

# 1 Definición y etapas de la adolescencia. Atención integral al adolescente

Idoia Jiménez Pulido

Sandra Robles Pellitero

Sara María Palenzuela Paniagua

## 1 Definición de la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Aunque se sabe con certeza que comienza siempre con los cambios físicos propios de la pubertad, es imposible determinar cuándo finaliza la adolescencia en función de la edad biológica, pues no hay cambios biológicos y fisiológicos que diferencien los últimos años del adolescente de la adultez.

Esta etapa es, esencialmente, una época de cambios y de aprendizaje. Con ella se producen variaciones físicas, psicológicas, biológicas, intelectuales y sociales. Cada adolescente crece y se desarrolla en un nicho cultural específico que define tanto la duración como las características de esa transición. Se adquieren nuevas capacidades y se tienen necesidades objetivas y subjetivas específicas determinadas por su edad. Los adolescentes son más que niños grandes o adultos jóvenes: es el momento en el que se desarrollan la identidad y la autonomía personal.

El comportamiento de los jóvenes ha cambiado en las últimas décadas. Son consumidores de moda y tecnología, la cultura del ocio ha sustituido al esfuerzo personal y hay una tendencia al aislamiento social y al uso de las redes sociales. No son mejores ni peores que en otras épocas, sino que su comportamiento es el reflejo de la sociedad que les ha tocado vivir. La familia es un pilar básico que también ha cambiado, se ha reducido su tamaño y hay nuevas estructuras familiares.

### 1.1. Etapas de la adolescencia

La adolescencia es un período común en casi todas las culturas, pero su duración, contenido y experiencias varían y lo hacen único en cada persona. De entre las distintas clasificaciones de las etapas de la adolescencia se propone la siguiente:

**Preadolescencia.** Aproximadamente a partir de los 9 años, el niño/a da señales de que está dejando de serlo. Comienza a tener ideas propias respecto a la forma de vestir y de afeitarse. Sus amistades suelen ser del mismo sexo y mantiene un equilibrio adecuado respecto a sí mismo y a su familia.



**Primera adolescencia, adolescencia temprana o pubertad.** Comienza a los 11-13 años en las chicas y a los 13-15 años en los chicos. Se aprecia un cambio físico notable, pero este desarrollo se lleva a cabo de forma centrípeta y desigual: las manos y los pies se desarrollan antes que los brazos y las piernas, y estos antes que el tronco. Todo ello ocasiona que se sientan angustiados en algunos momentos y se muestren más irritables. Normalmente, el adolescente de esta etapa es un ser espontáneo y emotivo. Está movido por el entusiasmo e, incluso, se apasiona en exceso con las cosas. Es habitual que critique las normas ya impuestas con anterioridad pretendiendo modificarlas. Comienza a dar signos de autonomía queriendo separarse de sus padres, aunque el distanciamiento es más psicológico que físico. Estas actitudes sirven para que descubra su identidad, en qué aspectos de la vida puede destacar y formar las bases para su vida de adulto. Su interés se centra, fundamentalmente, en agrandar a su grupo de iguales. Existe una gran presión del grupo en la toma de decisiones. En esta etapa mejoran las capacidades cognitivas, aparecen objetivos vocacionales idealistas e irreales como convertirse en modelos o estrellas de rock. Además, empiezan con la falta de control de impulsos, desafiando a la autoridad y dando lugar a conductas arriesgadas o peligrosas. Es por ello por lo que se recomienda en esta etapa entablar las bases para una buena comunicación.

**Adolescencia media.** Comienza a los 13-16 años en las chicas y a los 15-18 años en los chicos. El adolescente entra en un período de introspección e interacción con personas de su edad; se aísla de los adultos que hasta ahora influían en su vida, y se hace crítico con ellos. Aparece el pensamiento reflexivo y es habitual que vea fallos en sí mismo que le angustien. Tiene sentimientos particulares en esta etapa acerca de las nuevas formas que su cuerpo va adquiriendo. Comienza a cobrar fuerza el estímulo sexual. Es frecuente que aparezca la figura del amigo/a íntimo. Como carece de experiencia en diferentes ámbitos, cualquier acontecimiento que considera importante adquiere tintes dramáticos si se demora su aparición (no llevar ropa de moda, ser el último en afeitarse, ser la última de la clase en tener la menstruación...). Presenta un estado de crisis interna con aparición de conductas contradictorias, inseguridades y rebeldías. La edad de los 15 años es un período crítico, pues el joven tiene que definirse con una personalidad única y privada.

**Adolescencia tardía.** Se extiende desde los 16-19 años en las chicas y desde los 18-21 en los chicos. Es el momento en el que el joven ha dejado de reaccionar de manera imprevisible contra todo y contra todos. Experimentan cosas que les ocurren a los adultos (votar, conducir...). Asumen más responsabilidades, toman decisiones sobre su educación y consolidan su identidad. Este período se define principalmente por el acceso a la independencia económica y social y la consolidación de las relaciones de pareja.

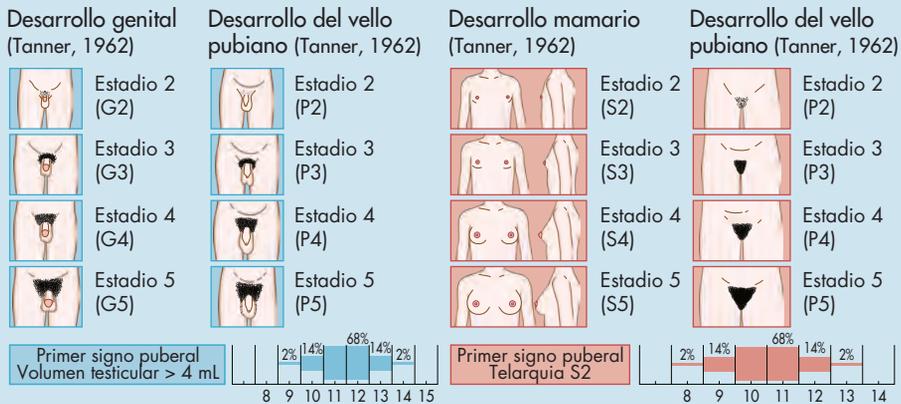
### 1.2. Desarrollo físico, psicológico y social

El desarrollo físico, psicológico y social del adolescente es un proceso complejo e interconectado que involucra cambios significativos en múltiples áreas. Estos cambios son fundamentales para la transición exitosa de la adolescencia a la edad adulta. La existencia de variaciones individuales aumenta la confusión por la compara-

ción continua con sus compañeros. Los cambios hormonales durante la pubertad son debidos a la interacción entre el sistema nervioso central, el hipotálamo, la hipófisis, las gónadas y las suprarrenales con la influencia de factores genéticos y ambientales.

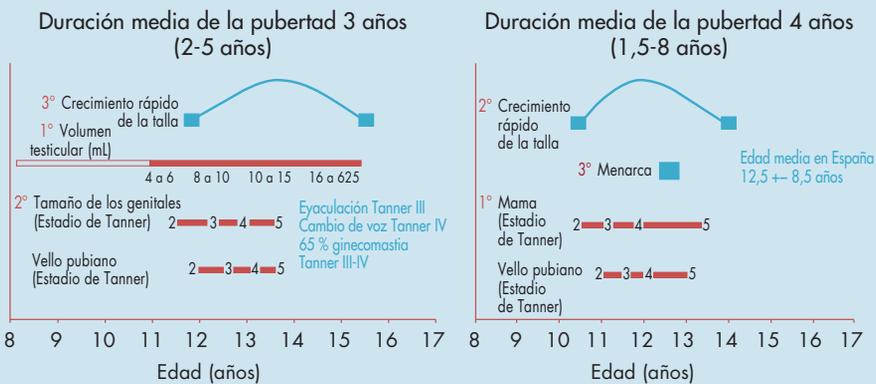
**Desarrollo físico.** Estos cambios son la aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal, adquisición de la masa ósea, así como la aparición de las características sexuales secundarias (crecimiento de vello facial y corporal, cambios en la voz, desarrollo mamario, etc.) y la maduración de los órganos sexuales (**figuras 1 y 2**). En las chicas, el primer signo de desarrollo puberal es el

**Figura 1.** Estadios puberales en el hombre y la mujer



Modificada de: Güemes et al., 2017.

**Figura 2.** Secuencia de eventos puberales en hombres y mujeres



Modificada de: Güemes et al., 2017.

aumento del botón mamario, que se inicia a los 9-10 años. El pico máximo de velocidad en altura ocurre pronto, mientras que la primera menstruación es un evento tardío (12,8 años) y señala la disminución en la velocidad del crecimiento. En los chicos, la pubertad puede suceder 2 años más tarde. El primer signo de desarrollo puberal es el aumento del volumen testicular, que puede aparecer alrededor de los 9 años. El pico de máxima velocidad en altura es tardío. El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto. Las chicas acumulan más grasa que los chicos y en estos predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro.

**Desarrollo cognitivo y psicológico.** El desarrollo cerebral en los adolescentes es un proceso complejo y dinámico marcado por cambios significativos en la estructura y la función del cerebro que afectan el comportamiento, las emociones y las habilidades cognitivas (tabla 1). Si durante los primeros años de vida la principal característica del cerebro es el crecimiento, en la adolescencia son la organización y la maduración. La mielogénesis es continua y muy vulnerable ante circunstancias del entorno.

**Tabla 1.** Modificaciones que ocurren durante la adolescencia en las diferentes áreas

Rasgos	Adolescencia inicial	Adolescencia media	Adolescencia tardía
<b>Desarrollo físico</b>	Crecimiento en altura, aumento de peso, aparición del vello, crecimiento de diversas partes del cuerpo, desarrollo genital, incremento de fuerza y cambio en la voz		
<b>Conquista de la autonomía personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menor interés por los padres. Egocentrismo</li> <li>Vacío emocional con alteración del humor y del comportamiento</li> <li>Interés y amistades del mismo sexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Máximos conflictos con personas de autoridad (padres/profesores)</li> <li>Máxima integración con los amigos y sus valores</li> <li>Máximo peligro de conductas de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaceptación de los valores y consejos paternos</li> <li>Aumento de la seguridad en sí mismo</li> <li>Tendencia social a la emancipación emocional</li> <li>Comienzan las relaciones de pareja</li> </ul>
<b>Imagen corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupación por su cuerpo y los cambios</li> <li>Inseguridad</li> <li>Mayor necesidad de privacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoafirmación a través de dos vías: el contacto social y la intimidad</li> <li>Interés por hacerlo más atractivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceptación de los cambios y constatación de la propia individualidad</li> </ul>
<b>Desarrollo de conciencia moral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descubrimiento de los valores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimiento de unos principios éticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interiorización y asunción de las normas</li> <li>Preocupación por los asuntos sociales, políticos y morales</li> </ul>
<b>Identidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejoran las capacidades cognitivas (pensamiento concreto e inicio del pensamiento abstracto)</li> <li>Autointerés, fantasías</li> <li>Objetivos vocacionales idealistas e irreales</li> <li>Mayor necesidad de intimidad</li> <li>Emergen los sentimientos sexuales</li> <li>Falta de control de impulsos-conducta arriesgada peligrosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumenta la capacidad intelectual</li> <li>Omnipotencia, inmortalidad: conduce a comportamientos de alto riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensamiento abstracto establecido</li> <li>Objetivos vocacionales prácticos y realistas</li> <li>Delimitación de valores religiosos, morales y sexuales</li> <li>Capacidad para establecer límites y comprometerse</li> </ul>

Se produce una maduración continua del cerebro, incluyendo áreas asociadas con el control de los impulsos, la toma de decisiones, el razonamiento abstracto y la regulación emocional. Además, hay una tormenta hormonal que actúa sobre un cerebro en transformación; es decir, sin todos los filtros de autorregulación funcionando plenamente y con una corteza prefrontal incapaz en muchas ocasiones de organizar estímulos intensos. Experimentan una amplia gama de emociones, y están aprendiendo a manejarlas de manera efectiva. Presentan una gran fluctuación del estado de ánimo que se intensifica por la presión de grupo y el estrés académico. Así, lo emocional pesa más que lo racional. Se mueven por el aquí y el ahora, no siendo conscientes de sus limitaciones y asumiendo una sensación de invulnerabilidad. Presentan un sentimiento de inmortalidad que puede conducir a comportamientos de riesgo: accidentes, actos vandálicos, drogadicción, embarazos no deseados...

Comienza el período de las operaciones formales, en el cual son capaces de pensar de manera abstracta, razonar lógicamente sobre situaciones hipotéticas y considerar múltiples perspectivas. Aumenta la capacidad intelectual y creativa. Pero, para que las emociones se pongan al servicio del conocimiento, es importante fomentar un entorno que haga atractivo el aprendizaje y motive el esfuerzo. Construyen su identidad y desarrollan su sistema de valores (compromiso social, ideológico y religioso). Los adolescentes exploran diferentes roles, valores y creencias mientras intentan definir quiénes son (autoconcepto) y qué quieren ser en la vida (su profesión, orientación sexual y estilo de vida). Este proceso puede llevar a veces a conflictos internos y cambios de opinión frecuentes.

**Desarrollo social.** Se abandonan las actitudes infantiles y aparecen los conflictos con los progenitores. Se da más importancia a los grupos de amigos y aparecen las primeras relaciones de pareja. Buscan la aceptación y la pertenencia dentro de sus grupos de amigos, y estas relaciones pueden influir en su comportamiento y desarrollo. Sienten preocupación por sus cambios físicos y por la opinión de los demás y son muy sensibles a los mensajes publicitarios y a las modas. Aunque los adolescentes buscan autonomía de sus padres, las relaciones familiares siguen siendo importantes. Pueden experimentar conflictos con sus progenitores a medida que buscan establecer su propia identidad y autonomía, pero también pueden encontrar apoyo emocional y orientación en la familia. Desarrollan y perfeccionan habilidades sociales importantes, como la comunicación, la resolución de conflictos y la empatía. Todos estos cambios preparan a los adolescentes para la independencia y la vida adulta, pero también presentan desafíos únicos debido a la interacción entre un cerebro en desarrollo y un entorno social y emocional complejo.

### 1.3. Por qué intervenir en la salud de los y las adolescentes

Promover y proteger la salud de los adolescentes reporta grandes beneficios económicos, demográficos y de salud pública. Para los adolescentes del ahora, y para los de la próxima generación. Para fijar unos hábitos saludables que reduzcan la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura en la edad adulta, hay que fomentar los comportamientos saludables en la adolescencia. La atención del adolescente debe incluir factores de protección como la educación, la nutrición,



## Guía de adolescencia

las inmunizaciones, el ejercicio físico, la promoción de actividades familiares y la atención del desarrollo emocional. Es necesaria la puesta en marcha de actividades para la prevención de embarazos precoces, enfermedades de transmisión sexual, consumo de tóxicos y accidentes, así como hacer una evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo. Con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en el que viven y cómo afecta dicho entorno al desarrollo, la conducta y las relaciones sociales. Estos entornos (la familia, los grupos de pares, la escuela, el trabajo y las actividades de ocio) están al mismo tiempo en un estado de cambio constante. Todo ello implica que las intervenciones deben tener en cuenta estas dimensiones y además incluir de forma obligada a los propios adolescentes como potentes activos sociales cuyas contribuciones pueden ser atendidas y fomentadas mediante una participación y un compromiso significativos.

La atención biopsicosocial ofertada en la Atención Primaria de Salud facilita al adolescente el acceso a unas consultas personalizadas y próximas que le permiten expresar sin prisas sus problemas y temores, integrándose en la atención familiar y comunitaria que se venía prestando a su familia con anterioridad. No obstante, el acceso de los adolescentes a los centros de salud puede estar dificultada por diferentes barreras:

- La orientación biomédica de los sistemas sanitarios, centrada tan solo en los cambios y las patologías físicas y excluyendo los factores de riesgo psicosociales.
- El pensamiento mágico que domina en esta edad, que los lleva a minimizar, a negar o no consultar sus problemas de salud.
- La amenaza que supone para su autoestima la posibilidad de que exista algún problema en su salud física o mental.
- La falta de información sobre los recursos de salud existentes y dónde pueden acudir ante determinados problemas de salud.

Otros profesionales de la salud y los propios educadores en el ámbito educativo también tienen una importante influencia en el comportamiento, la salud y el bienestar de los adolescentes, ya que pueden llevar a cabo iniciativas intensivas, a largo plazo y de gran escala. La educación constituye, en sí misma, un determinante principal de la salud, tanto para la adolescencia como posteriormente para la edad adulta.

## 2 Determinantes sociales de la salud en la adolescencia

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son definidos por la OMS como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel local, nacional y mundial, y a su vez dependen de las políticas adoptadas. Una distribución desigual se traduce en diferencias en resultados en salud. Entre los DSS que afectan a la adolescencia se encuentran el género, el nivel socioeconómico familiar, las relaciones intrafamiliares

e interpersonales con las amistades o la pareja, la escolarización, la calidad del medio natural o el vecindario donde se vive.

Los servicios sanitarios son uno de los DSS que, sin tener un peso relevante en la generación de desigualdades en salud, pueden contribuir a no aumentarlas e intentar minimizarlas o atenuarlas. La intervención sobre los DSS en las etapas iniciales de la vida, incluida la adolescencia, es una oportunidad única para mejorar la salud de la población actual y futura. Para ello es necesario adoptar políticas que incidan sobre los determinantes estructurales de la desigualdad en salud, activando el ascensor social y compensando las diferentes condiciones de vida heredadas. El conocimiento sobre las familias y la capacidad para trabajar de la mano de la comunidad hacen de los equipos de Atención Primaria unos actores privilegiados para intervenir sobre los DSS, permitiendo mitigar e incluso reducir las desigualdades sociales en salud, al tiempo que se promueve la equidad en salud desde etapas tempranas de la vida.

## 2.1. Curso de vida

Las condiciones sociales que afectan a la salud influyen en las oportunidades y recursos a los que las personas adolescentes acceden, y a más largo plazo se traducen en diferentes posibilidades de alcanzar niveles de buena salud en la edad adulta, siguiendo el modelo de curso de vida, también llamado de la trayectoria vital. Según la Organización Panamericana de la Salud, el modelo del curso de vida permite el estudio dinámico de la vida de las personas y las poblaciones en sus contextos estructurales y sociales y se centra en la conexión entre las vidas individuales y el contexto histórico y socioeconómico donde se desarrollan y que afectan a la salud. Según este enfoque, tanto la salud como la enfermedad son el resultado de la exposición continuada a diferentes factores que se van sucediendo a lo largo de la vida y que, según su efecto positivo o negativo, influyen en el riesgo de padecer enfermedades crónicas y una mayor o menor morbimortalidad posterior. El coste de esta exposición crónica a factores estresantes del entorno se conoce como carga alostática, y esta deviene en un aumento de la vulnerabilidad a padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, procesos oncológicos y otros trastornos y enfermedades metabólicas en las siguientes etapas vitales.

## 2.2. Desigualdades en salud

Las desigualdades en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Pueden deberse a razones de clase social, género, etnia, territorio u origen, entre otras. Su impacto en salud es importante, y por eso se están convirtiendo en una prioridad en las políticas de salud pública. Siguiendo el modelo del curso vital, las desigualdades sociales en salud en etapas tempranas como la infancia y la adolescencia son uno de los principales catalizadores de las desigualdades sociales en salud en la etapa adulta, y fomentan la creación de un círculo de desventaja y transmisión intergeneracional de desigualdad en salud. Además del efecto de la carga alostática, la etapa de la adolescencia es especialmente sensible a la adquisición y el asentamiento de conductas, hábitos, actitudes, valores o estrategias de afronta-



miento vital que provocarán desigualdades en salud en edades posteriores. Estas desigualdades en la población adulta vendrían, por tanto, condicionadas por la exposición a las circunstancias vividas en edades más tempranas, como serían el inicio en el consumo de tabaco, de alcohol o el tipo de dieta y la actividad física.

A pesar de que no se han estudiado en profundidad las desigualdades sociales en salud en la adolescencia, su impacto se ha detectado en aspectos como la obesidad, la calidad de vida, la salud percibida o la salud bucodental, encontrándose relación con el nivel socioeconómico familiar, la privación material, la intensidad de empleo familiar, la dificultad para llegar a fin de mes, el género, el estatus migratorio o el origen étnico. El género, el territorio donde se vive, la clase social, el estatus migratorio o la edad son ejes de desigualdad que establecen jerarquías de poder en la sociedad, y determinan las oportunidades de tener o no una buena salud a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios de desigualdad en salud, como son las condiciones de empleo y trabajo familiares, el nivel de ingresos familiar, la calidad de la vivienda, la escolarización y su entorno y el barrio donde se reside. El apoyo social, el nivel de estrés y las conductas y los hábitos que tienen relación con la salud dependerán de estos recursos.

Hay un mayor nivel de desigualdad en salud cuando se da el fenómeno de la interseccionalidad; es decir, la concurrencia de varios ejes de desigualdad que atraviesan al individuo, y que convierten en más vulnerables a las personas adolescentes que pertenecen a etnias minoritarias, migrantes, miembros de familias en situación económica o material precaria, familias con baja intensidad de empleo o empleos poco cualificados, familias monomarentales o numerosas, con bajos ingresos o en las que los progenitores tienen bajos niveles de estudios máximos alcanzados.

Durante la adolescencia, las oportunidades de tener o no una buena salud dependen de la existencia de desigualdades en salud, que se traducen en problemas de salud en esa etapa de la vida y en las posteriores. Con relación a las personas adolescentes, son especialmente relevantes los ejes de desigualdad de nivel socioeconómico, de género y de origen étnico.

- **Desigualdades socioeconómicas:** se ha demostrado una relación entre los efectos de la pobreza y su impacto a nivel social y en salud, siguiendo un gradiente social; es decir, a mayor desventaja social, peores resultados en salud. Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística (Estado de la Pobreza, 2024) muestran una tasa de riesgo de pobreza del 28,9% para la población adolescente en España, en el año 2023. El mismo informe registraba datos como que un 19,9% de las familias con menores no podía mantener su vivienda a una temperatura adecuada o que un 54,9% de las familias con menores a cargo no llegaba a fin de mes. El nivel socioeconómico familiar es predictor de salud en sí mismo, y además puede limitar el acceso a oportunidades y recursos; por ejemplo, en la compra de fruta y verdura o en el acceso a actividades deportivas con coste económico.
- **Desigualdades de género:** la adolescencia es un momento vital crítico en el aprendizaje e incorporación de los roles y normas tradicionales de género y en

la incorporación de estereotipos y estigmas por origen étnico, con consecuencias negativas en la salud de las personas en este momento y cuando llegan a la edad adulta. Según el informe español del estudio europeo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, 2018), tanto la percepción de salud como la satisfacción vital y la calidad de vida están relacionadas directamente con el estado de salud y se ven afectadas por una brecha de género, percibiéndose como peores para las jóvenes a partir de los 13 años. Algunos de los indicadores de salud referentes a la adolescencia en España y desagregados por nivel socioeconómico familiar y sexo se pueden consultar en la [tabla 2](#).

**Tabla 2.** Indicadores de salud referidos a la adolescencia en España y desagregados por nivel socioeconómico familiar y sexo para el año 2018

Indicador	%	Hombres	Mujeres	Alta capacidad adquisitiva familiar	Baja capacidad adquisitiva familiar
Consumo óptimo de fruta	18,2	18,3	18,1	21,9	16,5
Consumo diario de bebidas azucaradas	15,8	18,5	13	11,6	21,5
Sobrepeso	14,4	16,9	11,8	13,5	23,8
Cepillado de dientes más de 1 vez al día	65,2	56,2	74,1	69,6	59,1
Actividad física todos los días	19,9	14	25,8	23	16
Inicio de las relaciones sexuales antes de los 13 años <sup>a</sup>	10,3	12,4	8	8,7	11,8
Inicio del consumo de tabaco antes de los 13 años <sup>a</sup>	25,9	26,7	25,3	23,6	30,1
Consumo de alcohol al menos 1 vez a la semana	7,6	8,9	6,2	9,6	6,6
Alto grado de satisfacción con el grupo de iguales	68,9	61,1	76,5	69,4	60,9
Alto grado de satisfacción con el vecindario	48,3	50,2	46,5	55,5	38
Percepción de salud excelente	37,5	42,5	32,5	44,4	28,6
Alto grado de satisfacción vital <sup>b</sup>	43,9	47,3	40,6	47,7	38,1
Alta calidad de vida	37,4	43,3	31,7	42,1	30,2

<sup>a</sup> Según el Informe Juventud en España 2020, el inicio en las relaciones sexuales y del consumo de tabaco se adelanta en 1 año en el medio rural (el medio actúa aquí como otro eje de desigualdad que potencia la desigualdad social en salud siguiendo el enfoque de interseccionalidad).

<sup>b</sup> Según la Encuesta Europea de Salud en España, del Instituto Nacional de Estadística del año 2020, el grado de satisfacción vital es mayor entre la población que habita el medio rural frente al urbano (en este caso, el efecto del medio como eje de desigualdad es protector para la salud).

Modificada: de HBSC-18.

### 2.3. Factores de riesgo y factores protectores

Muchas conductas iniciadas en la adolescencia constituyen un estilo de vida no saludable que condiciona la morbimortalidad de la etapa adulta. Algunos modelos teóricos, como la teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), explican determinados comportamientos de riesgo para la salud por parte del adolescente como una propensión general a desviarse de las normas sociales debido a la atracción que ejerce lo «no convencional». Muchas de estas conductas se interrelacionan entre sí y pueden agruparse en patrones, coherentes para el joven, porque favorecen sus relaciones con los pares, fortalecen su autonomía personal y les permiten ganar independencia respecto a los adultos.

Como se ha visto anteriormente, los determinantes sociales influyen en gran medida en la adopción del estilo de vida. Entre los factores de riesgo del ambiente social están la pobreza, la carencia de valores sociales, la desigualdad racial y la accesibilidad para probar las conductas de riesgo. Entre los factores de protección del ambiente social se sitúan las escuelas de calidad, la familia unida o cohesiva, los recursos del barrio y la presencia de adultos interesados por los jóvenes.

Las personas en la etapa de la adolescencia son **resilientes**: acumulan factores protectores contra los posibles problemas de salud futuros, aumentando con esta característica la probabilidad de afrontar situaciones adversas. Así, sistemas del contexto social como las familias, las amistades o el entorno escolar pueden proporcionar oportunidades de mejora de la salud. La calidad de las relaciones familiares es el predictor más importante de salud y bienestar en la adolescencia: una buena comunicación intrafamiliar mejora la autopercepción de salud, la satisfacción vital y disminuye el número de quejas físicas y psicológicas. En España, un 59,5% refería una buena comunicación con sus padres y un 73,1% con sus madres (HBSC, 2018).

Las relaciones positivas entre iguales, de amistad o de pareja ayudan a la formación de la propia identidad, mejoran el establecimiento de buenos hábitos sociales, la autoestima, la sensación de autoeficacia y autonomía, y reducen el aislamiento y los diagnósticos de depresión, ansiedad y estrés. Estas relaciones valiosas se asocian a un menor número de quejas psicológicas, a comportamientos más saludables y a una mayor percepción de salud y bienestar. En el lado opuesto, unas relaciones negativas entre pares pueden resultar perjudiciales y ser iniciáticas en el consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y otros tóxicos.

Un entorno escolar que funcione como punto de apoyo por las personas adolescentes mejora su autoestima, la percepción de salud y la satisfacción vital, y disminuye el malestar, rebaja el nivel de consumo y la iniciación temprana en el tabaquismo, además de potenciar conductas positivas en salud (que redundan en mejores resultados en salud). Es decir, los entornos escolares pueden funcionar como amortiguadores de desigualdades y contribuir en el buen funcionamiento del ascensor social.

El vecindario es otro de los factores que puede actuar como protector de salud, brindando a las personas adolescentes oportunidades para establecer redes de apoyo y lugares donde desarrollar su ocio. Aquellos barrios con alto nivel de capital social

mejoran la salud mental, la percepción de salud y la actividad física, fomentan los comportamientos promotores de salud y disminuyen las conductas de riesgo.

### 3 Claves de la atención integral a la adolescencia

La atención integral a adolescentes es aquella atención médica con un enfoque no solo centrado en los aspectos médicos o biológicos, sino también en aspectos psicosociales, familiares, económicos y ecológicos, y en las necesidades de las personas adolescentes y sus familias, permitiendo un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de los problemas de salud de aquellos. Las claves de la atención integral al adolescente son las siguientes:

- La confianza mutua entre el médico de familia y el adolescente.
- La confidencialidad de la información, que conlleva la exigencia de mantener la discreción y el secreto médico. Esta confidencialidad debe comentarse de forma explícita al menor. Los límites para la confidencialidad serían el peligro grave para su vida o para la de los demás.
- El respeto a la intimidad del menor.
- El respeto a la autonomía del adolescente, como base elemental en la relación que se establece con él, utilizando la información que se le da para favorecer su capacitación y el desarrollo de la responsabilidad en la toma de sus propias decisiones.

Es importante que el encuentro clínico con el adolescente adopte una sistemática general que favorezca la atención integral, permita recoger información, detectar riesgos y problemas de salud, realizar prevención y orientar la actuación más adecuada (véase el capítulo 5). Los cambios biopsicosociales del adolescente obligan a los médicos de familia a adaptar su estilo de atención médica para tenerlos en cuenta y lograr una adecuada relación profesional sanitario-adolescente. La entrevista clínica y la exploración física son las herramientas esenciales para establecer una comunicación adecuada con esta población. Las técnicas de entrevista (véase el capítulo 5) pueden facilitar, en una entrevista semiestructurada, priorizar sus intereses y preocupaciones. La sistemática de la entrevista clínica comprendería:

- Una parte exploratoria, con la presentación del profesional al adolescente, iniciando la relación de confianza, la confidencialidad y el respeto a la intimidad. Importante es tanto la exploración como la recopilación de la siguiente información:
  - Datos de filiación: edad, sexo, etapa de adolescencia, estudios.
  - Datos clínicos: motivo de consulta, clínica, comportamientos de riesgos, colegio...
  - Estudio familiar, del hogar y social (véase el capítulo 3): estructura familiar, ciclo vital, acontecimientos vitales estresantes y red social.



## Guía de adolescencia

- Una parte resolutiva, compartiendo información sobre los problemas que se han detectado, los acuerdos que se han establecido, así como el plan terapéutico y de seguimiento, realizando:
  - Lista de problemas consensuada con el adolescente.
  - Lista de tareas consensuada con el adolescente, para la resolución de los problemas.
  - Seguimiento de las tareas.

Los objetivos que se establecen en la atención médica al adolescente son los siguientes:

- Establecer una buena relación terapéutica con el paciente, ya que facilitará el abordaje de los problemas y su seguimiento posterior.
- Identificar el problema real, ya sea físico, psicológico o sociocultural. En la atención al adolescente se debe tener siempre en cuenta «la agenda oculta» e indagar sobre el problema que realmente le preocupa.
- Valorar el desarrollo madurativo del adolescente. Conocer sus capacidades y los factores para afrontar y resolver problemas.
- Evaluar su entorno familiar y la red de apoyo social (amigos, pareja, compañeros, etc.).
- Prevenir problemas de salud futura realizando educación para la salud, explicando al joven los cambios que va a experimentar antes de que se produzcan y estimulando modificaciones en su comportamiento para variar los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Favorecer la responsabilidad y autonomía. Tomar decisiones y orientar el tratamiento, según la madurez del adolescente, valorando siempre las más razonables y las preferidas por el joven.

En esta etapa es frecuente que el adolescente no cuente de forma espontánea sus problemas. En primer lugar, es fundamental crear un clima de confianza mutua en el que se ceda progresivamente la responsabilidad al menor. La atención médica ofertada por el médico de familia está basada en la longitudinalidad, por lo que existirán más contactos en los que se podrán ir investigando los antecedentes personales y familiares, la historia escolar o laboral y los hábitos y estilos de vida. Existen diferentes guiones que ayudan a recoger, de forma ordenada, toda la información necesaria para el abordaje integral ([tabla 3](#)).

**Tabla 3.** Reglas para la recogida de datos sobre aspectos de la vida del adolescente

F.A.V.O.R.E.C.E.R.	H.E.E.A.D.S.S.S.
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia	Academia Americana de Pediatría
Familia Amigos Vida sana Objetivos Religión Estima Colegio-universidad-trabajo Estado mental Riesgos	Hogar Educación-trabajo Actividades Drogas Sexualidad Tristeza, depresión, suicidio Seguridad Fortaleza espiritual
F.A.C.T.O.R.E.S.	HEADS FIRTS
García Tornel, 2005	Berman, 1972
Familia: dinámica familiar, funcionalidad y estructura Amistades: apoyo social, actividades de ocio, satisfacción Colegio: integración y satisfacción, rendimiento académico Tóxicos: contacto, consumo y abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales, ambiente y patrones de consumo Objetivos: perspectivas de futuro (estudios, trabajo), ideales, ilusiones Riesgos: uso de vehículos a motor, deportes de riesgo, ambientes violentos, redes sociales, conductas sexuales de riesgo, alteraciones en la alimentación, medicación Estima: aceptación personal, autoestima, percepción corporal Sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones	Hogar: relaciones, separación, apoyo, libertad y restricciones «espacio para crecer» Educación: expectativas, hábitos de estudio, logros Abuso: emocional, verbal, sexual, físico Drogas: tabaco, alcohol y otras drogas Seguridad: actividades peligrosas, cinturones de seguridad, cascos <i>Friends</i> (amigos): confidente, presión por parte de compañeros, interacción Imagen: autoestima, aspecto, imagen corporal (percibida en contraposición con deseada) Recreación: ejercicio, relajación, televisión/videojuegos, deportes, «uso de la tecnología» Sexualidad: identidad sexual, sentimientos, relaciones, actividad, seguridad <i>Threats</i> (amenazas): peligro para sí mismo u otros, fugas, influencia por cultos

### Puntos clave

- La adolescencia es un período con tres etapas (temprana, media y tardía) con intensos cambios y gran variabilidad dentro de la normalidad.
- Presenta un alto riesgo psicosocial, siendo el momento más importante para afianzar las bases de la salud adulta.
- Los objetivos en esta etapa son adquirir la independencia de los padres, tomar conciencia y aceptar la nueva imagen corporal, establecer relaciones con los pares y afianzar la identidad sexual.
- La exposición a diferentes DSS en la adolescencia influirá en los resultados en salud en todas las etapas vitales según el modelo del curso de vida. Tener en cuenta estos determinantes dentro de cada comunidad permite atenuar las desigualdades sociales en salud poblacionales.



## Guía de adolescencia

- La atención integral al adolescente es una atención médica que recoge los aspectos médicos, biológicos, psicológicos, sociales, educacionales, familiares, económicos y ecológicos, además de actividades de prevención y promoción para la salud.
- Las claves de la atención integral son una relación basada en la confianza, la confidencialidad, la intimidad y autonomía del adolescente.
- Los adolescentes son parte activa y principal en la detección y resolución de sus problemas, con un plan terapéutico consensuado y un seguimiento proactivo.

## Bibliografía

### Guías de sociedades científicas que aportan elementos clave para la atención integral al adolescente:

- Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública [Internet]. Washington, D.C.; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>
- WHO. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey [Internet]. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051361>
- Willis ER, McDonagh JE. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services (NICE Guideline NG43). Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2018 Oct;103(5):253-6. doi: 10.1136/archdischild-2017-313208. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>

### Bibliografía específica sobre la atención integral al adolescente y los determinantes sociales:

- Bueno D. El cerebro del adolescente. Barcelona: Grijalbo; 2022.
- Güemes Hidalgo A, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral. 2017;XXI(4):233-44. Consultado el 25/03/2024. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi04/01/n4-233-244\\_InesHidalgo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi04/01/n4-233-244_InesHidalgo.pdf)
- Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez-Queija I, Jiménez Iglesias A, García-Moya I, et al. La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocion/Prevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2018/resultados.htm>
- Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(S1):42-48. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.09.012