

ADOLESCENCIA

Entrevista con el adolescente. Problemas de la comunicación

Interview with the teenager. Communication problems

Carmen Martínez González¹, Carmen Ortega González²

¹Pediatra. Magíster en Bioética. Profesora Asociada de Pediatría (UCM). EAP Villablanca. Madrid.

²Médico de familia. Colaboradora del Grupo Comunicación y Salud. SoMaMFyC. EAP San Blas. Parla, Madrid

Resumen

Los adolescentes en España están generalmente sanos y frecuentan poco la consulta del pediatra. Sin embargo, entre ellos y el pediatra pueden surgir problemas de comunicación debidos a la dificultad de pasar progresivamente de una relación triangular (padres-hijos-pediatra) a una relación personal. En particular, el manejo de la autonomía se constituye como la principal fuente de problemas. Cinco actitudes del pediatra favorecen la buena comunicación: capacidad de escucha, búsqueda de asentimiento, actitud empática, mantenimiento de confidencialidad y capacidad de contención.⁽¹⁾

Palabras clave: *adolescencia, pediatría, comunicación, asentimiento, empatía*

Abstract

Teenagers in Spain are generally healthy and do not visit the pediatrician often. However communication problems may arise due to the difficulty of gradually moving from a triangular relationship (parents-child-pediatrician) to a more personal relationship. In particular, dealing with the child's autonomy is usually the main source of problems.

Five attitudes of the pediatrician promote a good communication: listening skills, seeking the child's

assent, an empathetic attitude, preservation of confidentiality and capacity of acting as first-line of defence.

Key words: *adolescence, pediatrics, communication, assent, empathy*

Introducción

Todo parece confluir para ver la adolescencia como un irremediable problema. Una percepción que impide normalizar esta etapa y apreciar los aspectos positivos de un tiempo maravilloso. La repetida advertencia profética: "disfruta de los hijos mientras sean pequeños porque ya verás cuando sean adolescentes" o algunos términos usados en la literatura científica sobre la adolescencia: "ese monstruo", la "tormenta" hormonal del adolescente etc.; dicho con el máximo respeto a los autores, no ayudan a normalizar esta etapa.

En términos estadísticos, para los pediatras son los mejores pacientes: gozan de una excelente salud, consultan poco, y lo habitual es que sea por problemas médicos banales⁽¹⁾. Generalmente vienen acompañados por alguno de sus padres y están más interesados en lo que les cuentan sus amigos que en pedir consejo a un adulto, sea padre o pediatra.

En coherencia, deberíamos liberarnos del miedo anticipatorio al tema conflictivo (psicológico, sexual, social, legal), que sentimos sobre nosotros como una espada de Damocles. Este tipo de consultas no son lo habitual, aunque debemos tener formación suficiente para entender que es una etapa de cambios y duelos que, como todas las transiciones, tiene sus riesgos.

Correspondencia:

Carmen Martínez González
Pediatra. Magíster en Bioética
Profesora Asociada de Pediatría (UCM)
EAP Villablanca, Madrid

Para atender un adolescente es pertinente recordar tres obviedades. La primera es que no somos sus padres. Ni psicólogos, ni jueces, ni trabajadores sociales. Por su puesto tampoco somos sus amigos, aunque establezcamos un buen vínculo, como corresponde a una buena relación médico paciente. La segunda es la necesidad de rebajar la omnipotencia, a veces disfrazada de voluntad de ayudar. Y, por último, la obligación moral de no usurpar las competencias de los padres, aunque para algunos que “no pueden con ellos” o son proclives a delegar sus funciones, resulte cómodo.

Peculiaridades de la anamnesis

La entrevista clínica es siempre una relación privilegiada y confidencial que se establece entre el clínico, el paciente y en mayor o menor grado la familia.

Quien entrevista a un adolescente debe ser capaz de adquirir una conciencia y una sensibilidad ajustada a las necesidades de esa etapa de la vida y desarrollar la habilidad de percibir que, como ocurre frecuentemente en adultos, detrás del motivo de consulta banal y manifiesto, hay otro latente más importante. Desvelar esa agenda oculta que puede ser lo que más preocupa al adolescente o a sus padres, requiere evaluar (sin hacer un *tercer grado*) el entorno psicosocial del joven. El clásico acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S⁽²⁾ señala acertadamente las áreas de mayor interés:

- **Familia:** Relación con los padres y hermanos, grado de satisfacción.
- **Amigos:** Actividades, deportes, tipo de relaciones.
- **Colegio o trabajo:** Rendimiento, grado de satisfacción.
- **Tóxicos:** Experimentación o abuso de tabaco, alcohol, drogas.
- **Objetivos:** Estudio, trabajo, familia, ideales, ilusiones.
- **Riesgos:** Deportes, moto, coche, ambientes violentos, consumo de medicamentos, dietas desequilibradas.
- **Estima:** Aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen.
- **Sexualidad.** Información, identidad, actividad, preocupaciones, homosexualidad. Historia ginecológica y sexual.

Problemas en la comunicación

El gran problema de comunicación con el adolescente, es la incomunicación: una característica propia de esta etapa y de la distancia generacional. Y la causa que subyace en la mayoría de los problemas de la relación clínica, es el manejo de la autonomía y la dificultad de transformar progresivamente una relación hasta ahora triangular (padres-hijo-médico) en una relación personal (médico-paciente), con todo lo que supone de reconocimiento de confidencialidad y respeto.

Dar o no dar autonomía en esta transición a la vida adulta, genera dudas éticas y legales. La dificultad de dejar atrás nuestro deber de beneficencia mientras damos paso al derecho progresivo a ser independiente, nos hace percibir que, como en el juego de las siete y media, o te pasas o no llegas.

La actitud del pediatra es clave en esta edad⁽³⁾ en la cual el sentimiento más frecuente es el de incompreensión, basado en la percepción de sentirse permanentemente enjuiciados y poco escuchados.

Cinco actitudes (nada raras) están abocadas a dificultar la comunicación:

- **Prejuicios** como ponerse en guardia ante un adolescente por su apariencia (piercings, tatuajes...)
- **Actitudes extremas** de hiperempatía (exceso de componente afectivo que hace perder el objetivo y la objetividad) o por el contrario de inhibición o rechazo franco.
- Asumir un **rol parental sustitutivo**.
- **Diluir nuestra identidad adulta** poniéndonos a su altura, olvidando que los adolescentes necesitan un médico, no un compañero.
- Convertirnos en **jueces o etiquetarlos** de inmediato con un diagnóstico⁽⁴⁾.

Otras cinco actitudes promueven la buena comunicación:

- Capacidad de **escucha**.

Escuchar implica contener, sostener y validar, no necesariamente comprender. Puede que no entendamos la conducta promiscua de una adolescente, pero debemos contener su angustia ante el embarazo.

Escuchar no es quedarnos ingenuamente atrapados en el relato del adolescente o en el de los padres, pero tampoco tener una actitud de desconfianza absoluta.

- Relación clínica deliberativa que busque el **asentimiento**.

El asentimiento es un concepto poco conocido en pediatría que se refiere al acto imperfecto (sin valor legal) de aceptación, que realiza una persona parcialmente capaz por ser menor.

El adolescente ya no es un niño pequeño con el que apenas contamos. La Academia Americana de Pediatría considera que por debajo de los 12 años se debe obtener el **asentimiento** frente a procedimientos menores como extracciones de sangre, estudios complementarios para dolor abdominal recurrente, tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ⁽⁵⁾, ortesis para escoliosis, sistemas de alarmas nocturnas en la enuresis o un tratamiento quirúrgico estético para la malformación de orejas ⁽⁶⁾.

La negativa de un adolescente a cualquier acción no urgente ni imprescindible debe tenerse en cuenta y diferir, si es posible, la prueba, el procedimiento o el tratamiento hasta conseguir su asentimiento. El engaño, la manipulación, la mala información y la coacción no son éticamente aceptables a ninguna edad.

Conseguir el asentimiento del menor es un hecho de gran valor ético (aunque no lo tenga legal) que solo es posible con una buena comunicación y un estilo deliberativo de relación clínica.

- **Actitud empática.**

Empatía es “captar al otro sin fusionarse con él conservando un espacio propio de identidad” (Bleichmar). Es comprender las emociones y sufrimientos del otro y ser capaz de comunicar esta comprensión con intención de ayudar. No es lo mismo que simpatía, ni es ponernos literalmente en el lugar del adolescente.

Aunque empatía y simpatía son dos cualidades diferentes, no son excluyentes. La gran diferencia y el gran valor de la empatía reside en que sus componentes predominantemente cognitivos hacen que sea educable. Por el contrario, la simpatía es un rasgo de carácter y por ello difícilmente modificable.

- Favorecer la privacidad y la **confidencialidad**.

Con todos los condicionantes que pueda tener cada caso concreto, estamos obligados a proveer un marco de confidencialidad y privacidad.

- Capacidad de **contención**.

El adolescente cuando pide ayuda necesita un adulto que le escuche sin asustarse. Que le entien-

da y sea capaz de ofrecer un espacio psíquico de contención. No necesita un pediatra que le derive a otros especialistas sistemática y compulsivamente sin apenas escucharle o entenderle. Esta actitud obviamente, no debe estar dirigida exclusivamente a esta edad, ni podemos justificar la actitud contraria quejándonos sistemáticamente de falta de tiempo en las consultas.

No obstante algunos problemas como las autolesiones, patología emergente que afecta al 10% de los adolescentes ^(7,8) pueden superar nuestra capacidad de contención y manejo. En este caso, identificar su relación con una posible conducta suicida requiere una valoración inmediata por el equipo de salud mental.

En algunas situaciones clínicas los problemas en la comunicación derivan del perfil del adolescente:

El adolescente autoexiliado

Para algunos adolescentes perder los soportes infantiles es muy angustioso. Uno de los mecanismos psicológicos para superar estos duelos es aislarse.

El adolescente gaseoso (desbordado).

La madurez requiere una limitación de lo pulsional. Si los propios padres están en crisis o desbordados, no podrán contener a su hijo. Este perfil se asocia frecuentemente a un modelo educativo muy permisivo en los primeros años.

El adolescente perdido, carente de modelo.

Algunos jóvenes se quedan sin modelo, sin referente, por encontrarse en su propia adolescencia con un padre o una madre “adultescente”. Esta situación, que puede ser de mayor riesgo que nacer de una madre adolescente, ocurre frecuentemente cuando uno o ambos progenitores separados encuentran una nueva pareja, comienzan una segunda adolescencia (salidas, ocio) y dejan de ejercer la autoridad y el liderazgo que necesitan sus hijos.

El púber discapacitado

Pubertad y adolescencia no son sinónimos. La pubertad es el proceso de cambios somáticos, y la adolescencia es el proceso psíquico que ocurre habitualmente durante la pubertad.

Los adolescentes con retraso mental, tienen cambios puberales pero no siempre psíquicos. Esta peculiar situación nos obliga a orientar la entrevista,

incluso a pensar por ellos, en los casos con gran discapacidad psíquica, planteando a la familia tratamientos o intervenciones que pudieran beneficiarle, que ellos nunca van a poder plantear.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen Conflictos de Interés Potenciales.

Referencias Bibliográficas

1. Jiménez-Escobar I, Weingerz-Mehl S, Castillo-Macedo E, Jiménez-Gutiérrez C, Gutiérrez-Castrellón P. Caracterización de los adolescentes y motivo de consulta por el que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Dr. Manuel Gea González. *Gac Med Mex.* 2016;152:30-5
2. García-Tornel S, Gaspà J. Control de salud en la población adolescente. *Pediatr Integral* 1997;2(3): 285-295
3. La entrevista con el adolescente. Sociedad argentina de Pediatría. 2009. http://www.sap.org.ar/docs/institucional/Entrevista_adoles.pdf
4. Ruiz Lázaro P. La entrevista clínica al adolescente. *Jano* 2009.
5. Koshy AJ, Sisti DA. Assent as an ethical imperative in the treatment of ADHD. *J Med Ethics* 2015; 41: 977-981.
6. Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice. *Pediatrics* 1995; 95: 314-317.
7. Stephen P. Lewis, Nancy L. Heath, Jill M. St Denis and Rick Noble .The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *Pediatrics* 2011;127:e552
8. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro M-R. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *Botbol M, ed. PLoS ONE.* 2016; 11(4):e0153760.