



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Revisión Narrativa

Grado en Enfermería: Trabajo de fin de grado

Curso 2017/2018

“ATTENTION TO THE ADOLESCENT IN PRIMARY CARE CENTERS”

Díez Moreno Daniel

García Rodríguez Francisco Javier

Tutora: Martínez Marcos Mercedes

Agradecimientos

Queremos manifestar nuestra gratitud hacia la profesora Mercedes Martínez, por resolvernos las dudas y orientarnos en la elaboración de este trabajo.

Seguidamente, nos gustaría destacar nuestras primeras experiencias en Atención Primaria durante los rotatorios de segundo y tercer curso, en los cuáles, hemos encontrado profesionales y experiencias enriquecedoras.

Recalcar la labor realizada por la bibliotecaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, María Candelas Gil, tanto por los cursos formativos como por su ayuda directa en la elaboración de las búsquedas.

Finalmente agradecerle el tiempo empleado a nuestros familiares por leerse el trabajo y corregirnos erratas y otros errores gramaticales.

Resumen:

Introducción: La adolescencia se presenta como un periodo singularmente vulnerable en el desarrollo humano. Por ello los profesionales de la salud deben aspirar a una Atención Primaria integral que contemple y actúe en base a las singularidades de este grupo.

Objetivo: Conocer las opiniones de adolescentes sobre la atención recibida en Centros de Atención Primaria de Salud.

Metodología: Revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed®, Cinahl®, PsycINFO®, Cochrane Library®, Cuiden®, Scielo® y en revistas especializadas, de estudios publicados entre 2011 y 2018. Los artículos fueron seleccionados en base a criterios de inclusión, exclusión y limitadores.

Resultados: Se seleccionaron y analizaron 9 artículos cuyo contenido fue clasificado en tres temáticas: 1) Accesibilidad y utilización de los servicios de Atención Primaria, donde se obtuvieron los datos relacionados con la utilización de este grupo, así como las barreras que limitan el acceso. 2) Relación de los adolescentes con los profesionales de la salud, donde se recogen el respeto, la comunicación y la confianza percibidos por los adolescentes, que influyen en el establecimiento de la relación terapéutica. 3) Problemas o consultas atendidos en los centros de Atención Primaria hacia este grupo.

Conclusiones: A pesar de encontrar datos contradictorios y escasos, los adolescentes manifiestan: dificultades a la hora de relacionarse con los profesionales de Atención Primaria, e insatisfacción ante el trato recibido. Refieren además barreras que disminuyen la utilización de los servicios. Los profesionales deben tomar conciencia de sus acciones e identificar las necesidades de este grupo.

Palabras clave: Adolescente, Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud del Adolescente

Abstract:

Background: Adolescence appears as a vulnerable period in human development. Therefore, health professionals should aspire to comprehensive primary care that includes and acts based on the unique characteristics of this group.

Purpose: To know the opinions of adolescents about Primary Health Care.

Method: A narrative review was conducted using the databases Pubmed®, Cinahl®, PsycINFO®, Cochrane Library®, Cuiden®, Scielo® and specialized journals, searching studies published between 2011 and 2018 Inclusive, exclusive criteria and limiters were established. Articles were selected based on inclusion, exclusion and limiting criteria.

Results: There were selected and analyzed 9 articles whose content was classified into three themes: 1) Accessibility and utilization of Primary Care services, where there were obtained data related with the utilization of the adolescents, as well as accessibility barriers that decrease their access. 2) Relationship of adolescents with health professionals, where the respect, the communicative abilities and the confidence perceived by the adolescents were addressed requirements of the therapeutic relationship. 3) Problems or consultations attended in Primary Care Centers towards this group

Conclusions: Despite finding contradictory and scarce data, the adolescents state: difficulties when interacting with Primary Care professionals, and dissatisfaction with the treatment received. They also refer to barriers that reduce the use of services. Professionals should be aware of their actions and identify the needs of this group

Keywords: Adolescent, Primary Health Care, Adolescent Health Services

Índice:

| | |
|-------------------------------------|----|
| Introducción..... | 1 |
| Metodología..... | 6 |
| Resultados..... | 10 |
| Discusión..... | 18 |
| Limitaciones..... | 22 |
| Conclusiones..... | 24 |
| Implicaciones para la práctica..... | 26 |
| Bibliografía..... | 28 |
| Anexo 1..... | 35 |
| Anexo 2..... | 39 |

Introducción:

El término adolescencia responde a diversas definiciones, si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “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” (1). El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) hace una división en 2 grupos: la adolescencia temprana, comprendida entre los 10 y los 14 años, caracterizada principalmente por el comienzo de los cambios físicos; y la adolescencia tardía, entre los 15 y los 19 años, en la cual, ya acontecidos los cambios físicos más importantes, aumenta la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo (2). Dentro de las características de este grupo etario, encontramos rasgos definitorios tanto en el aspecto físico (aumento de peso y estatura, desarrollo de los órganos sexuales y aparición de caracteres sexuales secundarios), como en el psicosocial (búsqueda de la identidad, establecimiento de objetivos vocacionales irreales, necesidad de intimidad, y falta de control de impulsos que puede ocasionar conductas de riesgo) (3,4).

La población adolescente en el mundo en el año 2017 se sitúa en torno al 20% (5); mientras que en España, en el año 2016 la población de 10 a 19 años ascendía a 4.571.078 personas. Los problemas de salud mayoritarios de este grupo son los relativos al aparato respiratorio, seguidos de problemas relacionados con la piel y las faneras y, en tercer lugar, problemas generales e inespecíficos (6,7).

Los jóvenes y adolescentes en general acuden a los Servicios de Salud principalmente para resolver los problemas físicos puntuales que ellos identifican y que no pueden resolver de forma autónoma (8). La falta de percepción del riesgo ante algunas de las conductas y estilos de vida que practican conlleva que no acudan a los servicios sanitarios salvo para los casos que consideran realmente “urgentes”. Por todo esto se convierte en indispensable invertir en actividades preventivas proactivas en dichas consultas, además de resolver la demanda (9). En esta línea de prevención y promoción de la salud, la actuación debe incidir especialmente en: los indicadores del balance energético, reparando tanto en una dieta desequilibrada (especialmente en hombres) como en la inactividad física (especialmente en mujeres); los indicadores de consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, y otros); la prevención de accidentes de tráfico; y la violencia en las relaciones de pareja. Al mismo tiempo se deben incrementar las acciones de educación para la salud (EpS) de temática general, y en particular sobre sexualidad, prevención del embarazo no deseado, e infecciones de transmisión sexual (ITS) (10).

Para garantizar un nivel básico de calidad asistencial que vele por los derechos de los adolescentes, la OMS y ONUSIDA crearon ocho estándares de atención a las necesidades de los adolescentes en el mundo, con el objetivo de unificar los criterios y disminuir la variabilidad asistencial. Los ocho estándares globales tratan los siguientes aspectos: conocimientos sanitarios de los adolescentes, apoyo de la comunidad, conjunto de servicios apropiados, competencias de los proveedores, características de los centros, equidad, no discriminación, y la participación de los adolescentes (11). En esta línea de actuación que marca la OMS, es fundamental la atención integral e integrada, que implica un abanico de servicios (promoción, prevención, rehabilitación, curación, atención paliativa), los cuales deben ser suficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población (12).

En España se dispone de un amplio servicio de Atención Primaria (AP), que constituye el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida de las personas (13). El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, donde se contempla la atención a los adolescentes, incluyendo servicios de anamnesis, consejo ante conductas potencialmente de riesgo, conducta alimentaria, imagen corporal, y promoción de conductas saludables con relación a la sexualidad, así como en la esfera de la salud mental y psicopatologías de la infancia/adolescencia, en coordinación con los servicios de Atención Especializada (14). Dichas contemplaciones, pueden garantizar una asistencia integral, pero para ello, es necesario que la población acuda a los Centros de Atención Primaria (CAP). La frecuentación general de la población de 10 a 14 años a los CAPs de España es de una media de 3 consultas médicas/año y menos de 2 consultas de enfermería/año en el año 2016; incluyéndose entre estas últimas actividades de inmunización y controles periódicos de salud. Dichos datos se reducen en el grupo de 15 a 19 años, con medias inferiores a 3 consultas médicas/año y escasamente una consulta de enfermería/año, por lo que se evidencia una dificultad a la hora de establecer un seguimiento continuado y progresivo de la persona, así como el cumplimiento de las necesidades de cuidados para este grupo de población (6).

Algunas fuentes sugieren como posibles factores influyentes de la baja asistencia de este grupo de población a los CAPs, los siguientes: la burocratización del sistema; la falta de atención adecuada del profesional; el desconocimiento por parte del adolescente; la infravaloración de sus problemas; la falta de coordinación de los centros; las influencias

de valores y creencias sobre el sistema sanitario de familiares y otros jóvenes; la presencia de un enfoque más clínico que preventivo; la falta de respeto, confidencialidad e intimidad; los horarios poco flexibles y la dificultad para la citación; y la existencia de servicios sanitarios que conlleven pagos debido a la dependencia económica de estos (9,15). A lo anterior, se añade la dificultad de obtener datos acerca de los motivos de consulta por los que acuden los adolescentes; en este sentido, la “agenda oculta”, implica varios aspectos: la preocupación por parte del paciente por un motivo diferente al principal de consulta; síntomas psicósomáticos que dificulten el diagnóstico; y las diferencias según el profesional al que consultan (9).

En el contexto español un factor influyente de la baja frecuentación podrían ser las diferencias organizativas entre CAPs. La atención a la población de 0-14 años es brindada por médicos pediatras y a partir de esta edad por médicos de familia, aunque las edades varían en cada comunidad autónoma pudiendo prolongarse hasta los 16 años. En relación a la atención que brindan los profesionales de enfermería, coexisten dos formas organizativas en los centros de salud, la organización por enfermera de atención familiar y la organización de la enfermera de atención infantil (0-14 años) junto a la enfermera de atención al adulto (≥ 14 años). Estos distintos tipos de organización pueden provocar una pérdida de continuidad de cuidados (16,17).

Es relevante conocer la opinión de los jóvenes relacionada con los servicios de AP, algunos estudios muestran que los adolescentes tienden a considerar poco o nada útiles los servicios sanitarios para tratar determinados problemas tales como: el tabaquismo, la prevención y tratamiento de las ITS, y los embarazos no deseados (18). Siendo todos estos problemas que los profesionales de enfermería pueden abordar de forma autónoma y en colaboración multidisciplinar.

Conocer las experiencias de los adolescentes sobre la atención que reciben cuando acuden a los CAPs, así como las necesidades sentidas que presentan, puede contribuir a identificar los aspectos susceptibles de mejora, y que esto permita lograr una asistencia de calidad que satisfaga las necesidades de los mismos.

Las aportaciones percibidas por la población adolescente que no han sido estudiadas en profundidad anteriormente, sobretodo en el marco de AP, pueden y deben ser relevantes para garantizar un buen abordaje de su salud, y para proporcionar una AP eficaz en cuanto a la prevención y promoción de la salud, necesarias para abordar los principales factores de riesgo de esta población descritos anteriormente.

El objetivo de este trabajo es conocer las opiniones de los adolescentes sobre la Atención recibida en Centros de Atención Primaria de Salud.

Metodología:

Se llevó a cabo una revisión narrativa, realizándose una búsqueda bibliográfica de artículos científicos incluidos en las siguientes bases de datos de Ciencias de la salud: Pubmed®, Cinahl®, PsycINFO®, Cochrane Library®, Cuiden® y Scielo®. Se empleó un lenguaje controlado en aquellas bases de datos habilitadas para ello, utilizando los siguientes descriptores MeSH (Medical Subject Headings): *adolescent, primary health care, delivery of health care, adolescent health services y health services accessibility*. Y los términos en lenguaje libre: *opinion, perception, experience y satisfaction*. Las estrategias de búsqueda se construyeron uniendo dichos términos con los operadores booleanos AND y OR. No obstante, a las estrategias anteriores se añadieron mediante el operador NOT, los siguientes términos: *infant, child, young adult, adult y secondary care*. Se construyeron las estrategias de búsqueda en función de los requisitos de las bases de datos empleadas. Dependiendo de los condicionantes de cada base de datos, los términos anteriores fueron sustituidos por los tesauros propios de cada base, o en su defecto por términos en lenguaje libre, o añadiendo un tesoro propio de la base. En determinadas bases de datos se aplicaron estrategias de búsqueda más simples debido a las limitaciones técnicas del buscador.

La búsqueda se limitó a artículos publicados entre los años 2011 y 2018, y en un lenguaje escrito en inglés, español o portugués.

Así mismo, se realizó una búsqueda manual de las referencias de los artículos incluidos y se llevó a cabo una revisión específica en revistas especializadas como: Journal of Adolescent Health, Atención Primaria, BMC Family Practice, Family practice, Journal of Family Nursing, Journal of Community Nursing, y Public Health Nursing. También se realizó una búsqueda manual de los estudios publicados por los autores relevantes. En la Tabla 2 del anexo 1 se detallan las estrategias de búsqueda empleadas.

Para la selección de los documentos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión reflejados en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

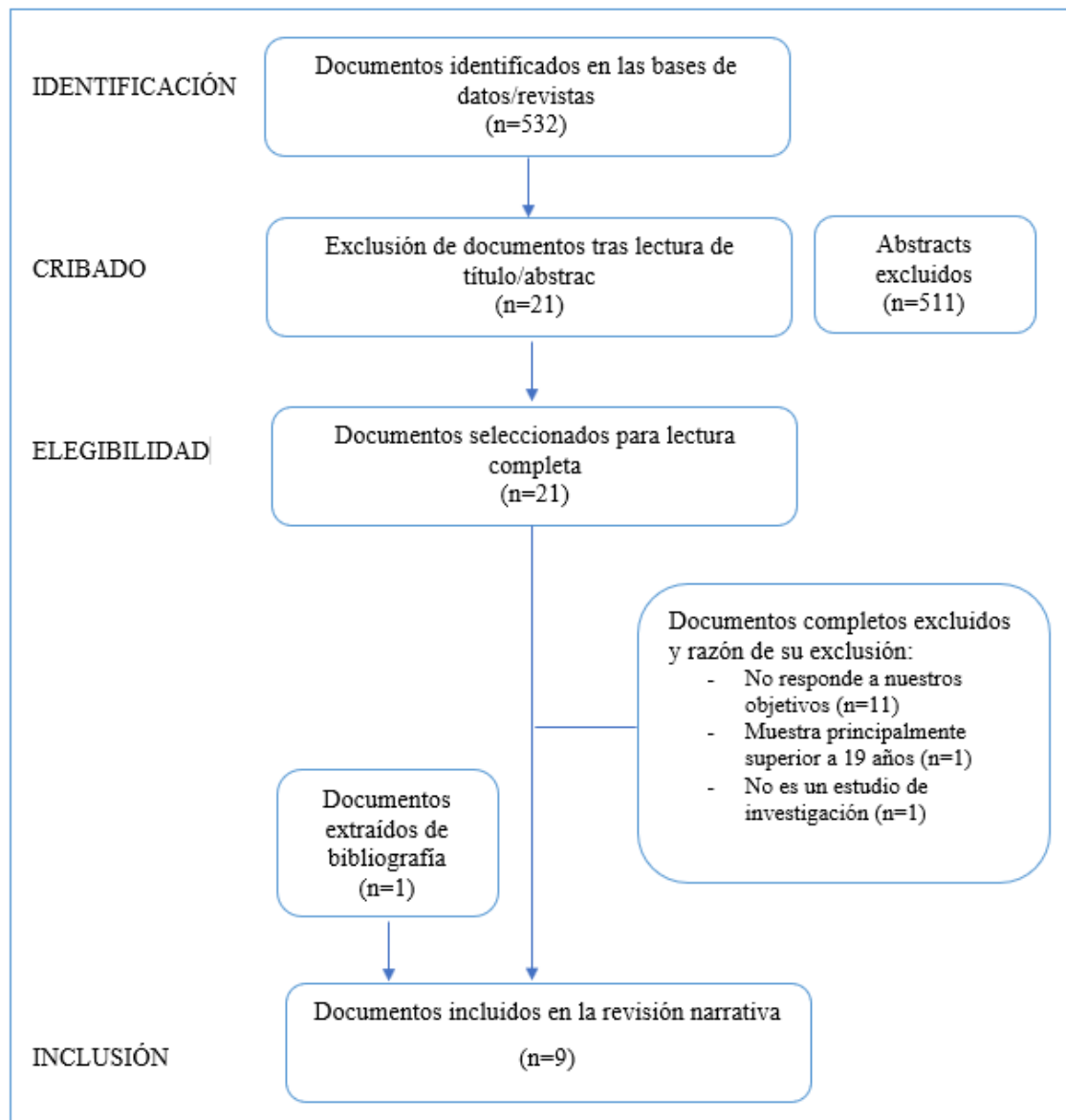
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|
| Estudios de investigación en adolescentes atendidos en atención primaria con edades comprendidas entre 10 y 19 años | Estudios con muestras de poblaciones principalmente superiores a 19 años |
| Estudios que analicen las dificultades en el acceso a los servicios de atención primaria en adolescentes | Estudios con muestras de poblaciones principalmente inferiores a 10 años |
| Estudios que analicen las relaciones de los adolescentes con los profesionales de Atención Primaria | Estudios de programas específicos de atención a adolescentes en servicios de Atención Especializada |
| Estudios que analicen las experiencias y opiniones de los adolescentes atendidos en centros de Atención Primaria | Estudios realizados con muestras de minorías étnicas |
| | Estudios que se centren en patologías o problemas de salud concretos |

Se hallaron en total 532 documentos, de los cuales, en un primer cribado, tras la lectura del título y resumen/abstract fueron excluidos 511 documentos. Fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión, cumplir criterios de exclusión, no ser relevantes para el objetivo de estudio o ser documentos repetidos. Tras este primer cribado, fueron seleccionados para una lectura completa del documento 21 artículos.

Tras la lectura de los 21 documentos fueron excluidos 13 estudios, seleccionando finalmente 8 documentos. Se añadió un estudio extraído de la bibliografía de otro documento, siendo seleccionados finalmente un total de 9 artículos.

En el siguiente diagrama de flujo (Figura 1) se puede observar el proceso de selección llevado a cabo de una forma esquemática.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos:



Resultados:

Se han seleccionado finalmente 9 artículos, de los cuales: 3 son estudios cualitativos basados en grupos focales (GF) y entrevistas semi-estructuradas; 3 son cuantitativos descriptivos; y 3 son estudios mixtos con metodología cualitativa y cuantitativa. La procedencia de los estudios se distribuye entre Latinoamérica, Norteamérica, Europa y Asia Occidental. En el anexo 2, la Tabla 3 expone las principales características de los estudios de la revisión.

Tras el análisis de los estudios seleccionados se identificaron tres categorías temáticas: 1. Accesibilidad y utilización de los servicios de AP, 2. Relación de los adolescentes con los profesionales de la salud, 3. Problemas o consultas atendidos.

1. Accesibilidad y utilización de los servicios de AP:

Todos los artículos seleccionados abordan la temática de la accesibilidad y la utilización de los recursos de AP. La asistencia de los adolescentes a los servicios de AP muestra porcentajes superiores al 80% en cuanto a visitas en el último año en tres estudios con población anglófona (19-21). En concreto, un estudio realizado con adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, transexuales y queers (LGBTQ), reportó que los jóvenes acudían al centro de AP de forma rutinaria, mostrando un contacto estrecho con estos servicios (20); y en el estudio con muestra inglesa, se evidencia que los adolescentes más jóvenes acudían más que sus compañeros más mayores (19). En contraposición a estos resultados, los estudios de Londres y Georgia, indican una falta de visita a los servicios de AP incluso ante la presencia de problemas, con porcentajes cercanos al 30% de adolescentes que no acuden a su MF a pesar de identificar problemas (22,23). En lo referente a diferencias de género, en los dos estudios de Reino Unido, ambos con poblaciones entre 11 y 15 años, se halló asociación estadística, identificándose mayor número de visitas por parte de las mujeres en comparación con los hombres (19,22).

Los dos estudios realizados en el contexto brasileño muestran que los y las adolescentes tienen dificultades para conseguir una cita debido a la demora en conseguirla, que en algunas circunstancias, ocasionaba desistir de la cita programada (24,25).

Otros estudios recogen resultados similares; en Chile, un 60% de los adolescentes reportaron demoras y problemas en sus citas y pruebas complementarias (26), así como

en Georgia los jóvenes reportaron en un 80% demoras para la cita previamente programada (23). En el caso de Dakota del Norte, un tercio de los adolescentes rurales reportó problemas de acceso en situaciones que percibían como necesarias (21).

En relación con el tiempo empleado en consulta, los estudios muestran opiniones contradictorias. Un 80% de adolescentes se muestran satisfechos con el tiempo empleado en las consultas en estudios llevados a cabo en Dakota del Norte y Chile (21,26). Sin embargo en el estudio de Snyder et al, realizado en Nueva Jersey, el porcentaje desciende a un 66% de satisfacción percibida por los adolescentes; el género femenino, reportó ligeramente menor grado de satisfacción que el masculino (20). En esta línea, los finlandeses establecieron que una consulta rápida y mecánica ocasiona un patrón de relación *evitante* por parte de los adolescentes hacia los servicios sociales y de AP, caracterizado por una disconformidad de esta población en la utilización de estos servicios (27).

Son pocos los estudios que recogen opiniones acerca de las condiciones físicas y estructurales de los centros. En Chile los hallazgos de Williams et al, demostraron que la mayoría de los adolescentes tuvieron buenas valoraciones del entorno físico de la consulta, sala de espera, el propio centro y la ubicación del mismo (26). En el estudio estadounidense de Snyder et al, los adolescentes reportan la necesidad de ambientes físicos más acogedores, que den un sentimiento de bienvenida y que estén mejor comunicados (20). La ubicación de los centros fue escasamente estudiada, salvo en los estudios con población rural, los cuales muestran resultados contradictorios; mientras que en el estudio de Secor-Turner et al en Dakota del Norte los adolescentes del estudio reportaron tasas aceptables de visita (21); la muestra georgiana rural presentó menor acceso a los servicios de AP, presentando desplazamientos de incluso más de 30 minutos en transporte público para llegar (23). Sin embargo, no se encuentran más datos específicos sobre las percepciones referentes a las infraestructuras de los centros, así como las necesidades sentidas al respecto que presentan los jóvenes.

Desde el punto de vista económico, los adolescentes brasileños, chilenos y georgianos, todos ellos países en vías de desarrollo, reportaron dificultades en relación al acceso a medicamentos, en concreto, algunos expresaron la necesidad de poder disponer de los medicamentos en el mismo centro (23-26). En esta línea, los adolescentes georgianos reportaron inconvenientes a la hora de cumplir tratamientos debido a los bajos ingresos familiares (23).

Resulta interesante el desconocimiento generalizado de los adolescentes sobre los diferentes servicios que la Atención Primaria ofrece, disponían de escasa o errónea información acerca de los diferentes profesionales, servicios ofertados y programas específicos (22,23,25). En concreto los adolescentes londinenses desconocían la posibilidad de poder solicitar citas y acudir por sí mismos. Solicitar citas dentro del horario escolar les generaba ansiedad y preocupación, ya que sus padres podrían descubrir la demanda de una consulta (22). Sin embargo, en el estudio de Lima-Benevides et al, los jóvenes brasileños reconocían la labor de la consulta de enfermería, así como el trabajo que esta figura desempeña, alabando su capacidad de resolver los problemas (24).

Los adolescentes recogen en sus experiencias datos que podrían mejorar la esfera de la accesibilidad. Los adolescentes de Londres sugieren: el uso de métodos más informales (mensajes de texto/emails); la presencia de un médico de familia (MF) asociado a un colegio, de tal manera que los adolescentes puedan acudir en horario escolar; y la visita de los MF u otros profesionales de la salud a las escuelas informando de los diferentes servicios disponibles. Así mismo expresaron su satisfacción por el servicio de un autobús informativo que circula por la ciudad, proporcionando asesoramiento sobre salud sexual (22).

2. Relación de los adolescentes con los profesionales de la salud:

Todos los artículos seleccionados abordan las relaciones entre los profesionales de la salud y los adolescentes. De todos ellos, cuatro abordan las interacciones con los médicos del centro, sin hacer distinción entre pediatra o médico de familia; cuatro engloban a los profesionales sanitarios en general, aunque concretamente matizan en determinadas cuestiones; y tan solo un estudio aborda las percepciones y opiniones de los adolescentes referentes al profesional de enfermería.

En relación a los profesionales de enfermería, los adolescentes recalcan, en el estudio de Lima-Benevides et al, la importancia de la consulta de enfermería, en concreto destacan su capacidad en la resolución de problemas, la labor educativa de proporcionar información sencilla y la atención que esta figura desempeña desarrollando una consulta completa; sin embargo, los jóvenes se encuentran molestos por la cantidad de tiempo que se emplea, y la gran cantidad de preguntas que se realizan (24). No obstante, en otro estudio realizado en el mismo país, los adolescentes desconocían la figura de la

enfermera, así como la atención que esta presta (25). Por otro lado, los finlandeses asocian la figura de la enfermera de edad avanzada a su “abuela”, en cuanto a la atención jovial y cálida que ésta proporciona (27).

Dos estudios muestran que, en relación con la atención en los CAPs, los adolescentes expresan descontento hacia los trabajadores de recepción del centro, refiriendo que desestiman los problemas que presentan, así como que priorizan la atención a sus conocidos (25); otros refieren que estos profesionales preguntan en exceso por el motivo de consulta, incluso lo minimizan (22). En contraposición, en el estudio de Williams et al, realizado en Santiago de Chile, una gran mayoría de los jóvenes refieren un buen trato recibido por los trabajadores de recepción (26).

La opinión de los adolescentes acerca de su relación con los médicos quedó recogida en varios estudios. En el estudio de Snyder et al, en Nueva Jersey, se recogieron comportamientos irrespetuosos en consulta, expresando no sentirse escuchados, o sentir imposibilidad de tratar temas psicológicos con su médico. Los adolescentes pertenecientes al colectivo LGBTQ percibieron comentarios inapropiados relacionados con su condición sexual (burlas e infravaloración) (20). Sin embargo, en el mismo estudio los jóvenes parecen tener buenas consideraciones hacia el MF, con opiniones mantenidas en Londres, Santiago y Georgia, mostrando porcentajes iguales o superiores al 70%, en la línea de ser tratados con respeto, sentirse cómodos y aceptados por este profesional (19,23,26).

Los estudios que abordan la relación de los adolescentes con los miembros del EAP también muestran diferentes opiniones. Mientras que en el estudio brasileño de Freitas-Marques et al, los adolescentes reportaron actitudes que reflejaban una falta de respeto y mal humor por parte de los profesionales, influyendo así en el servicio que reciben (25); los adolescentes del estudio de Secor-Turner et al en Dakota del Norte reportaron porcentajes cercanos al 80% en cuanto a ser tratados con respeto y escuchados cuidadosamente (21). Siendo más específicos los adolescentes finlandeses del estudio de Rytönen et al, manifestaron una atmósfera de cuidado, de empoderamiento, placentera e interactiva como parte de los niveles de participación que atraen y permiten a esta población vincularse a los CAPs y servicios sociales (27).

En relación con la confianza que se establece con los profesionales de medicina, los estudios muestran distintas opiniones, en concreto, en el estudio con adolescentes del colectivo LGBTQ, estos refieren no sentir privacidad al abordar temas personales en

consulta (20). Sin embargo, otras opiniones reflejan que la confianza se relaciona con el hecho de que el médico no conozca, atienda o mantenga relación con más miembros de la familia, de modo que lo abordado en la consulta no traspase a sus progenitores (22). En el artículo de Yassaee et al, la mitad de los y las adolescentes ingleses que hicieron una visita a su médico en el último año se sintieron capaces de hablar de temas personales, dicho sentimiento se redujo por debajo de la mitad en aquellos y aquellas que no habían visitado a su médico en el último año; otras relaciones encontradas en el mismo estudio fueron que los hombres se sintieron más disponibles para hablar de temas personales que las mujeres, así como los más jóvenes más que los más mayores, y la etnia negra respecto a la blanca (19). En el estudio de Williams et al, los y las adolescentes chilenos reportaron mayor confianza con el MF, así como confidencialidad con relación a que el profesional no transmitiría la información abordada a sus padres, con porcentajes cercanos al 80%. Sin embargo, hubo resultados empatados en esta cuestión, pues la mitad de los adolescentes se mostraban dispuestos a que su padre/madre estuviera presente en la consulta (26). La falta de confidencialidad está relacionada con una falta de seguridad que transmite el profesional al adolescente característica del nivel *excluyente*, según el estudio de Rytönen et al (27); así mismo Leavey et al refieren en su estudio que un cambio constante de profesionales crea desconfianza en el paciente adolescente (22).

La escucha por parte de los profesionales también presentó diferencia de opinión. Mientras que un 80% de los y las adolescentes rurales del estudio de Secor-Turner et al sintieron que fueron escuchados cuidadosamente (21); los y las adolescentes LGBTQ del estudio de Snyder et al, informaron en los grupos focales que los médicos que les atendían no escuchaban, así como que se dirigían a los progenitores en lugar de a ellos (20). Del mismo modo, los adolescentes del estudio de Freitas-Marques et al opinan que el MF no escucha al paciente y se limita a escribir anotaciones, por lo que provoca así, bloqueos comunicativos para los adolescentes (25). En contraposición, los estudios de Lima-Benevides et al y Rytönen et al, destacan la habilidad comunicativa de los profesionales de enfermería (24,27); concretamente en el estudio de Rytönen et al, se reseña que una relación terapéutica donde primen las preguntas por parte del adolescente, la participación, y el sentimiento de ser escuchados, se asocia con el marco que atrae y permite la participación de los adolescentes a los CAPs y a los servicios sociales (27).

Respecto al nivel adaptativo del profesional con respecto a la información que transmite en consulta, los adolescentes coinciden en la comprensión de la misma, realizándoles

preguntas comprensibles y adaptando las explicaciones en la consulta (21,26). Del mismo modo los adolescentes brasileños que abordaron al profesional de enfermería en el estudio informaron que las aclaraciones sobre la salud son una fortaleza del colectivo (24).

3. Problemas o consultas atendidos:

Ocho estudios abordan los problemas o consultas atendidos. Únicamente en el estudio de Lima-Benevides et al se reflejan algunas de las demandas del adolescente al servicio de salud, siendo éstas relativas a la búsqueda de servicios de especialistas: odontología, dermatología, ginecología, psicología, y consulta de nutrición; relacionados con problemas de baja autoestima, imagen corporal, acné y sobrepeso, indicando así, una demanda ante problemas relacionados con la autopercepción (24).

Sin embargo, en los demás estudios, se desconoce quién plantea realmente la temática de la consulta, si el propio PAPA, o el/la adolescente. Los adolescentes de varios estudios realizados en países de habla inglesa y Georgia, reflejan que las temáticas más abordadas son la promoción del ejercicio físico y el consumo de sustancias tóxicas, mientras que disminuyen los porcentajes relacionados con la reproducción, las relaciones sexuales, el riesgo de suicidio o aspectos relacionados con la salud mental (20-23).

Llama la atención la poca demanda de ayuda en aspectos como la ansiedad o la depresión por parte de los adolescentes al MF (22). También se encuentran discrepancias en este aspecto, los adolescentes del estudio de Williams et al, muestran disposición para abordar otras temáticas diferentes al motivo de consulta inicial (26); y al contrario, existe un sentimiento de incomodidad e incapacidad al tratar temas de su vida personal en los estudios de Yassaee et al y Snyder et al (19,20). En concreto, en el estudio de Snyder et al, se especifica el porcentaje de jóvenes que han tenido una conversación con el MF sobre su orientación sexual, siendo este del 16%, y significativamente más alto en adolescentes cercanos a la adultez. Igualmente, el estudio también realiza una asociación positiva entre ser adolescente transgénero y abordar en consulta las ITS (20).

Dos estudios coinciden en la escasa importancia que se le da a la esfera psicológica en la consulta; los adolescentes perciben falta de interés por el contexto psicosocial (22,26). La identificación del MF como fuente de ayuda en cuestiones como “oír voces” o “problemas alimentarios”, y por contra, la escasa indagación en aspectos como la ansiedad, la depresión o el suicidio, evidencian una percepción biologicista en el estudio realizado en

adolescentes londinenses de entre 14 y 15 años (22). En el estudio de Rytönen et al, se especifica que los de relación *permisivo* y *atractivo*, que describen los adolescentes del estudio, empoderan a los jóvenes en consulta y fomentan un vínculo favorable para tomar una actitud proactiva y hablar de sus necesidades sin que se les pregunte. Contrariamente una atmósfera con niveles de participación *excluyente* y *evitante*, caracterizadas por carecer de cualquier vínculo profesional-paciente, no dejar expresarse al adolescente, al igual que dirigirse a los padres o escribir constantemente sin mirar a la cara del adolescente etc. provocan que el joven no quiera expresar sus necesidades y por lo tanto no desarrolle aquellos temas que le inquietan (27).

Discusión:

Los adolescentes de los estudios seleccionados muestran diversidad de opiniones en torno a distintas cuestiones, si bien, acuden en porcentajes similares a los servicios de AP, acuden ante problemas percibidos presentes, y demandan consultas especializadas en algunos casos. A pesar de que una gran mayoría de los jóvenes visitaron los CAPs en el último año, se desconocen las visitas globales, el tipo de consulta que demandan, y no se puede afirmar que las necesidades de los adolescentes quedaran cubiertas. Tampoco se refleja si una única visita al año resulta suficiente para lograr una atención integral, o cuántas hacen falta para ello. Por otro lado, no se detallan visitas preventivas o de prevención de la salud, además el abordaje preventivo en las poblaciones estudiadas dejaba mucho que desear; en especial en los estudios de Georgia y Dakota del Norte (21,23).

En relación a la accesibilidad a los servicios de salud, ya sea de Atención Primaria o de Atención Especializada, desde la perspectiva de los adolescentes, se reseña como prioritario, con el fin de lograr *unos servicios amigables del adolescente*, los siguientes factores: flexibilidad entre las citas para minimizar las faltas escolares; espacios separados; carteles informativos orientados a los jóvenes; televisión y juegos en la sala de espera; limpieza del entorno; y como factor más repetido, los tiempos de espera, percibidos como una falta de respeto (28). Igualmente, estos individuos suelen desconocer el funcionamiento del EAP, las funciones de cada trabajador de la salud, y los diferentes servicios ofertados. Por ello, como profesionales, es responsabilidad nuestra informar y dar a conocer las funciones y servicios de la AP, con el objetivo de propiciar un mayor acercamiento hacia este grupo (19-21,23-26).

Por otro lado, la visión de los adolescentes es poco valorada, no se tienen en cuenta sus preferencias, así como las sugerencias que pudieran resultar valiosas para el desempeño de la atención de los miembros del EAP. En esta línea de conocer las necesidades de los adolescentes, la OMS afirma que algunos profesionales de Atención Primaria (PAPs) se dejan llevar por sus propias creencias y actitudes, de tal manera que puedan impedir o desalentar el uso de determinados servicios que requieran los adolescentes (11).

Las habilidades comunicativas del profesional de la salud se perciben como un aspecto clave en la relación terapéutica por parte de los adolescentes según varios de los estudios seleccionados en este trabajo (19,20,24,25,27). Algunos adolescentes informan en

ocasiones actitudes “demasiado profesionales” por parte del MF, entre ellas: falta de compasión, atención exclusiva a la patología y dispensación de medicamentos (29). En esta línea, un estudio realizado con pediatras estadounidenses reveló que tan solo el 57% de éstos expresó interés adicional para sus habilidades en estas competencias (30). En contraposición, en el estudio de Lima-Benevides et al, centrado en la consulta de enfermería, los adolescentes manifestaron testimonios positivos en relación a las habilidades comunicativas, la información adaptada, y en aclaraciones comprensibles en cuestiones de salud que recibieron de estos profesionales; sin embargo, dicho estudio se llevó a cabo en una zona limitada, y con una muestra de 9 adolescentes (24). Existen pocos estudios de investigación que evalúen las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario. Aquí los y las adolescentes refieren un sentimiento de negación ante un trato “infantil”, y su preferencia por profesionales que les expliquen el diagnóstico de su enfermedad y les participen el seguimiento evolutivo, y por profesionales que muestren comprensión, se involucren en la relación de ayuda, y transmitan confianza y protagonismo al paciente adolescente (31). En una revisión se detallaron indicadores para un cuidado amigable del adolescente en varios niveles de atención; a partir de las perspectivas de éstos, la comunicación de los profesionales debe orientarse a: proporcionar información de forma clara y en cantidad; ofrecer una escucha activa, como un componente de satisfacción; y mantener un estilo de comunicación directa, que incluya información técnica, pero sin “sermonear” o “charlar directamente” al informar de malas noticias (28).

La confianza entre el profesional de la salud y el adolescente es igualmente un aspecto percibido como esencial para éstos. Los resultados específicos referentes a ésta muestran opiniones ambiguas, aunque se puede identificar que, el conocimiento de la información abordada en consulta por parte de los progenitores, o la propia presencia de éstos en consulta, modula la confianza percibida por el paciente (20,26). Sería quizás importante recalcar a los adolescentes en cada consulta que los profesionales estamos obligados a la confidencialidad, tal y como sostiene la ley de autonomía del paciente, “Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud,” (32). Hay quienes opinan, que “la confianza genera confidencialidad y ésta, exige mantener la discreción y el secreto de lo que conoce el profesional de salud”, recalcando además las consecuencias legales en el caso del incumplimiento del secreto médico (33).

Las temáticas abordadas en la consulta de AP fueron recogidas en la mayoría de los estudios de la revisión. En dos estudios que albergaban población rural, encontramos porcentajes notablemente bajos en aspectos de promoción de la salud y prevención, siendo aún inferiores en Georgia que en Dakota (21,23). Algunas fuentes sugieren razones que justifican estos bajos porcentajes en los estudios rurales tales como el hecho de ser extranjero, los bajos ingresos económicos de la familia, el estigma aún existente al abordar las enfermedades mentales, el menor número de profesionales sanitarios en zonas rurales que condiciona la confidencialidad con el profesional de la salud, el mayor control parental, y la preferencia por entrenadores deportivos como referentes para abordar asuntos de salud (34,35).

No obstante, otros estudios parecen recoger también esta falta de actividades de prevención a nivel general, sin ser específico del ámbito rural. Rand et al afirma que los médicos de AP aportan información sanitaria cuando el problema de salud está instaurado, y no se anticipa ni invierte en promocionar antes esta información; así, la alimentación y el ejercicio físico, tan solo se abordan en un 28% y 23% respectivamente de las consultas si el paciente no es obeso o tiene la patología instaurada (36). El estudio de Nueva Jersey es el único de los incluidos que recoge información acerca del porcentaje de adolescentes que plantean su orientación sexual en consulta con el profesional de la salud; siendo en un 16% de los encuestados dialogada (20). Es probable que exista una tendencia a socializar a las personas como heterosexuales, por ello, los profesionales no obtienen esta información ya que no contemplan la orientación homosexual como una opción frecuente; es por esto, por lo que son necesarias las intervenciones de educación sexual en el ámbito de la AP, y no solo hacia los usuarios, sino también hacia los profesionales (37).

Limitaciones:

- Los estudios incluidos fueron extraídos de un número limitado de bases de datos electrónicas y solo fueron incluidos en la revisión los estudios en inglés, español y portugués.
- Los estudios encontrados que abordaran exclusivamente las percepciones de los adolescentes en el ámbito de la Atención Primaria fueron reducidos.
- Algunos de los estudios encontrados no tratan en exclusividad las edades comprendidas en la etapa de la adolescencia.
- La heterogeneidad de las muestras en la mayoría de los estudios: colectivos LGBT, poblaciones rurales, países distantes y con diversidades culturales significativas, donde los sistemas sanitarios y las condiciones socioeconómicas pueden estar incidiendo en las opiniones y problemas de los adolescentes, dificultando la comparación y síntesis de los resultados.
- No se ha realizado una evaluación de la calidad para limitar los estudios seleccionados.

Conclusiones:

Nuestro trabajo ha buscado conocer el punto de vista que tienen algunos adolescentes sobre la Atención Primaria de Salud, y hemos concluido lo siguiente:

- Se han encontrado datos contradictorios en los distintos artículos, tales como frecuentación de los servicios sanitarios, tiempo invertido en la consulta, respeto por parte de los profesionales sanitarios.
- La accesibilidad a los servicios de AP se encuentra limitada por demoras y por el desconocimiento generalizado que poseen los adolescentes acerca de las responsabilidades profesionales y los servicios ofrecidos por la AP.
- La percepción de baja confidencialidad ejercida por el profesional, o el enfoque biológico aún presente en la sanidad, son reportados por los adolescentes como barreras que pueden impedir una relación adolescente-profesional más efectiva.
- Los proveedores de AP deben tomar conciencia de sus comportamientos y habilidades de comunicación, que constituyen la base de una relación terapéutica empática y flexible.
- Los profesionales y responsables de gestión de los servicios de la salud deben interesarse por el conocimiento de las necesidades particulares e individuales que presentan los miembros de este grupo, las cuales son necesarias para abordar la perspectiva preventiva y establecer una relación de ayuda eficaz, además de instaurar medidas ante las barreras de accesibilidad percibidas.
- Las deficiencias reconocidas en la prestación de actividades preventivas obligan a los profesionales a estar formados acerca de los principales factores de riesgo que presenta esta etapa, y a utilizar distintos métodos para realizar una prevención de calidad.

Implicaciones para la práctica:

- Revisar las agendas de los profesionales sanitarios, en especial las de los médicos. Los adolescentes perciben y relatan demoras significativas tanto a la hora de conseguir la próxima cita en el centro de AP, como a la hora de entrar a la consulta el día de la cita. Cuestiones que dificultan el acceso pueden llevar al adolescente a prescindir del servicio.
- Informar y detallar a los adolescentes por parte de los profesionales de la salud acerca de los servicios que ofrece el centro de AP, así como de las responsabilidades de cada profesional.
- La población adolescente sugiere que el profesional de AP debe mostrar mayor respeto, adecuando su registro de comunicación hacia este grupo, e involucrar al adolescente en el cuidado de su salud.
- Los médicos y enfermeras del centro de salud deben considerar que una atmósfera de actuación donde el adolescente perciba una relación de confianza, favorece la comunicación bidireccional y por tanto, el conocimiento y posterior abordaje de las necesidades del paciente.
- Los profesionales de la salud deben considerar las temáticas reproductivas, relaciones sexuales, el riesgo de suicidio o los aspectos relacionados con la salud mental, ya que los adolescentes relatan tasas muy bajas en relación al abordaje de estas temáticas en consulta.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. [Consultado 21 ene 2018]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2011. [Consultado 21 ene 2018]. 148 p. Disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
3. Silva-Diverio I. La adolescencia y su interrelación con el entorno [Internet]. Madrid: Instituto de la juventud; 2007. [Consultado 24 mar 2018]. 156 p. Disponible en:
http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20entorno_completo.pdf
4. Hidalgo-Vicario MI, Ceñal-González-Fierro MJ. Hablemos de Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatr Contin. 2014;12(1):42-6. Disponible en:
http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90274223&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=74&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=51v12n01a90274223pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pd
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Población Mundial: Población por grupo de edad [Internet]. 2017. [Consultado 23 abr 2018]. Disponible en:
<https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard>
6. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Portal estadístico MSSSI [Internet]. [Consultado 26 ene 2018]. Disponible en:
<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>
7. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. [Consultado 21 abr 2018]. 491 p. Disponible en:
<http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/docs/InformeCompleto.pdf>

8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ganar salud con la juventud. Nuevas Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental, del grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Consultado 11 febrero 2018]. 135 p. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes_2008.pdf
9. Salmerón-Ruiz MA, Casas-Rivero J. Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2013; XVII(2): 94-100. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/02/94-100%20Problemas.pdf>
10. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2015. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2015. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. [Consultado el 26 ene 2018]. 50 p. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+SIVFRENT_J+2015.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352929348131&ssbinary=true
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [Consultado 24 mar 2018]. 40 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol1_eng.pdf;jsessionid=39520AC33A5DAB122F92394C099FFC46?sequence=1
12. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2008. [Consultado 27 abr 2018]. 46 p. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

13. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29 de mayo de 2003). [Internet]. [Consultado 26 ene 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
14. 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 actualización. Boletín Oficial del Estado, nº 222, (16 de septiembre de 2006) [Internet]. [Consultado 26 ene 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. Nota normativa. Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los adolescentes mediante un enfoque basado en normas [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [Consultado 30 mar 2018]. 4 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204663/WHO_FWC_MCA_15.06_spa.pdf?sequence=1
16. Carrasco-Rodríguez FJ. Posicionamiento de FAECAP con respecto a la atención enfermera de la población infantil en el ámbito de la Atención Primaria de Salud [Internet]. Toledo;2016. [Consultado 10 abr 2018]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/rol-de-la-enfermeria-familiar-y-comunitaria-en-los-equipos-de-atencion-primaria>
17. Hidalgo-Vicario MI. Adolescencia. Perspectivas asistenciales. *Adolescere*. 2014;2(2):130-136. Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/07-01%20Tema%20actual%20-%20Hidalgo%20Vicario.pdf>
18. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y Juventud. Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]. Madrid: Consejo de la Juventud de España; 2004. [Consultado 11 feb 2018]. 150 p. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=19&tipo=documento>
19. Yassaee AA, Hargreaves DS, Chester K, Lamb S, Hagell A, Brooks FM. Experience of Primary Care Services among early adolescents in England and Association with health outcomes. *Journal of Adolescent Health*. 2016;60(4):388-394. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.022>

20. Snyder BK, Burack GD, Petrova A. LGBTQ Youth's perceptions of Primary Care. *Clinical Pediatrics*. 2017;56(5):443-450. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0009922816673306>
21. Secor-Turner MA, Randall BA, Brennan AL, Anderson MK, Gross DA. Rural adolescents' Access to adolescent friendly health services. *J Pediatr Health Care*. 2014;28(6):534-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.05.004>
22. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: The help-seeking preferences of Young people in secondary level schools in London (UK). *Journal of Adolescent Health*. 2011;34(4):685-693. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.09.004>
23. Mirzikashvili N, Kazakhashvili N. Main trends in access to primary care for adolescents in Georgia. *Georgian Med News*. 2016;252(3):47-53. Disponible en: <http://www.geomednews.org/shared/issues/med252.pdf#page=51>
24. Lima-Benevides J, De-Souza-Gurgel S, Carvalho-De-Souza I, Teixeira-Lima FE, Do-Amaral-Gulbert F, Da-Costa-Pinheiro PN. Consulta de enfermagem na atenção primária: percepção dos adolescentes. *Rev enferm UFPE on line*. 2012;6(10):2371-8. Disponible en: <https://doi.org/10.5205/reuol.3111-24934-1-LE.0610201206>
25. Freitas-Marques J, Oliveira-Queiroz MV. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuarios e sua relação com o serviço. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(3):65-72. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/09.pdf>
26. Williams C, Poblete F, Baldrich F. Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de atención primaria en una comuna de Santiago. *Rev. méd. Chile*. 2012;140(9):1145-1153. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900007>
27. Rytönen MM, Kaunisto MA, Pietilä AMK. How do primary healthcare and social services enable young people's participation. *Health Education Journal*. 2017;76(6):730-740. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0017896917713234>
28. Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, Sawyer SM. Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(6):670-681. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.014>

29. Dagmar AS, Corry GL. Adolescent trust and primary care: Help-seeking for emotional and psychological difficulties. *Journal of Adolescence*. 2017;54:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.11.003>
30. Turner T, Cull WL, Bayldon B et al. Pediatricians and Health Literacy: Descriptive Results From a National Survey. *Pediatrics*. 2009;124:S299-S305. Disponible en: <https://doi.org/doi:10.1542/peds.2009-1162F>
31. Gaspà-Martí J, García-Tornel-Florensa S. Relación medico-adolescente. Técnicas de la entrevista. Aspectos legales. *Pediatr Integral*. 2005;IX(1):13-19. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/relacion_medico_adolescente\(1\)_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/relacion_medico_adolescente(1)_1.pdf)
32. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, (15 de noviembre de 2002). [Internet]. [Consultado 10 abr 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
33. Rodríguez-Molinero L. Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?. *Adolescere*. 2016; IV(1): 17-27. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num1-2016/17_atencion_al_adolescente.pdf
34. Elliot BA, Larson JT. Adolescents in mid-sized and rural communities: Foregone care, perceived barriers, and risk factors. *Journal of Adolescent Health*. 2004;35(4):303-309. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.09.015>
35. Lawrence RS, Appleton-Gootman J, Sim LJ. Adolescent health services. Missing opportunities [Internet]. Washington D.C: The National Academies Press; 2015. [Consultado 12 may 2018]. 367 p. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215418/pdf/Bookshelf_NBK215418.pdf
36. Rand CM, Auinger P, Klein JD, Weitzman M. Preventive counseling at adolescent ambulatory visits. *Journal of Adolescent Health*. 2005;37(2):87-93. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.02.008>

37. López-Sánchez F. Homosexualidad. *Pediatr Integral*. 2017;XXI (5): 350–356.

Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi05/06/n5-350-356_RB_FelixSchez.pdf

Anexo 1: Tabla 2: Estrategias de búsqueda utilizadas:

| Base de datos/revista | Estrategia de búsqueda | Limitadores | Resultados |
|-----------------------|--|--|------------|
| Pubmed | ((((((((((("Adolescent"[Mesh]) AND ("Primary Health Care"[Mesh])) AND ("Delivery of Health Care"[Mesh]) OR ("Adolescent Health"[Mesh]) OR ("Adolescent Health Services"[Mesh]) OR ("Health Services Accessibility"[Mesh]) OR (opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (perspective*) OR (satisfaction)))))) NOT (((("Young Adult"[Mesh]) OR ("Adult"[Mesh]) OR ("Infant"[Mesh]) OR ("Child"[Mesh]) OR ("Secondary Care"[Mesh])))))))) | Desde el año 2011 Idioma: inglés, portugués, español. | 184 |
| Cinahl | (((((adolescent*) OR (Teen*) OR (MM "Adolescence")) AND (MM "Primary Health Care") AND ((MM "Health Care Delivery") OR (MM "Adolescent Health") OR (MM "Adolescent Health Services") OR (MM "Health Services Accessibility") OR (opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (satisfaction) OR (perspective*))) NOT ((MM "Infant") OR (MM "Child") OR (MM "Young Adult") OR (MM "Adult") OR (MM "Secondary Health Care")))) | Desde el año 2011 Idioma: inglés, portugués, español. | 87 |
| PsycINFO | (((((adolescent*) OR (Teen*)) AND (MM "Primary Health Care")) AND ((MM "Health Care Delivery") OR (MM "Adolescent Characteristics") OR ("health services accessibility") OR ("Adolescent Health Services") OR ("adolescent health") OR (opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (satisfaction) OR (perspective*))) NOT (("Adult") OR ("Young Adult") OR ("Infant") OR ("Child") OR ("Secondary Health Care")) | Desde el año 2011 Idioma: inglés, portugués, español. | 48 |

| | | | |
|------------------------------|---|---|-----|
| Cochrane Library | (([Adolescent] this term only AND [Primary Health Care] this term only) AND ([Delivery of Health Care] this term only OR [Adolescent Health Services] this term only OR [Adolescent Health] this term only OR [Health Services Accessibility] this term only) OR (opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (satisfaction) OR (perspective*)) NOT ([Infant] this term only OR [Child] this term only OR [Young Adult] this term only OR [Adult] this term only OR [Secondary Care] this term only) | Desde el año 2011 | 62 |
| Cuiden | (([cla=Adolescente]) and ([cla=Atención primaria de salud])) | Desde el año 2011 | 29 |
| Scielo | ADOLESCENT or ADOLESCENTE or ADOLESCENTES or ADOLESCENTS or ADOLESECENT [Todos los índices] and ATENCION PRIMARIA or ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD or PRIMARY HEALTH CARE [Todos los índices] and 2011 or 2012 or 2013 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 [Año de publicación] | Desde el año 2011 | 10 |
| Journal of adolescent health | TITLE KEYWORDS ABSTRACT: ((adolescent*) OR (teen*)) AND (("primary health care") OR ("primary care")) AND ((opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (satisfaction)) OR (perspective*) | Desde el año 2011 Review articles Research articles | 16 |
| Journal of adolescent health | TITLE KEYWORDS ABSTRACT: ((opinion*) OR (perception*) OR (perspective*) OR (satisfaction)) | Desde el año 2011 Review articles Research articles | 196 |

| | | | |
|------------------------------|---|--|----|
| Atención Primaria | TITLE KEYWORDS ABSTRACT: (adolescent*) AND ((opinion*) OR (percep*) OR (experi*) OR (satisfac*) OR (perspectiv*)) | Desde el año 2011 Review articles Research articles | 4 |
| BMC Family Practice | ((adolescent*) OR (teen*)) AND ((opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (satisfaction) OR (perspective*)) | Desde el año 2011 | 12 |
| Family Practice | ((adolescent*) OR (teen*)) | Desde el año 2011 | 24 |
| Journal of Family Nursing | ((adolescent*) OR (teen*)) AND ("primary care") OR ("primary health care")) AND ((opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (satisfaction) OR (perspetive*)) | Desde el año 2011 Review articles Research articles | 20 |
| Journal of Community Nursing | ((adolescent*) OR (teen*)) | Desde el año 2011 Idioma: inglés, portugués, español. | 23 |
| Public Health Nursing | ((adolescent*) OR (teen*)) AND ((opinion*) OR (perception*) OR (experience*) OR (satisfaction) OR (perspective*)) | Desde el año 2011 Abstract | 13 |

Anexo 2: Tabla 3: Estudios seleccionados:

| Autor/es, año de publicación, país | Objetivo del estudio | Tipo de estudio Recogida de datos | Población de estudio y variables | Resultados |
|--|--|---|---|---|
| Lima-Benevides J, De-Souza-Gurgel S, Carvalho-De-Souza I, Teixeira-Lima FE, Do-Amaral-Gulbert F, Da-Costa-Pinheiro PN. (2012) Brasil | Evaluar la percepción de los adolescentes acerca de la consulta de enfermería | Cualitativo Entrevistas semi-estructuradas | 9 adolescentes entre 12-18 años incluidos en un programa para adolescentes de un centro de atención primaria de Fortaleza (Brasil) | 6 categorías descritas: Razón para la búsqueda de servicios de salud: consulta a distintos especialistas Temas tratados en la consulta de enfermería: alimentación, sexualidad, autocuidado y autoestima Importancia de la consulta de enfermería para los adolescentes: sobretodo actividades educacionales, y actitudes para el cambio Acciones enfermeras para la solución de las necesidades de los adolescentes: escucharon, aclararon dudas y continuaron seguimiento Solvencia de la consulta de enfermería: los adolescentes reportaron que sus problemas fueron resueltos Fortalezas y limitaciones de la consulta de enfermería: aspectos positivos como la atención enfermera, información fácil, consulta completa. Limitaciones como múltiples preguntas, consulta larga y poca oferta |
| Yassae AA, Hargreaves DS, Chester K et al. (2016) Reino Unido | Investigar las experiencias de los adolescentes de 11 a 15 años de su médico de familia. | Cuantitativo descriptivo Cuestionario autoadministrado | 5177 adolescentes de 11-13-15 años de encuestas secundarias en Inglaterra (Reino Unido) Variables: resultados de salud (dolor de cabeza, bajo ánimo, dificultad para dormir). Experiencia con MF: respeto, comodidad, satisfacción, confianza | De los 4149 estudiantes que acudieron a su médico de familia en el último año: 91.8% se sintieron tratados con respeto 78.7% se sintieron cómodos 85.7% estuvieron satisfechos con la explicación 53.9% capaces de hablar de asuntos personales Una experiencia pobre anterior del adolescente en AP estuvo fuertemente asociada con un incremento del riesgo de autolesión, bajo ánimo, o problemas para dormir |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>Freitas-Marques J, Oliveira-Queiroz MV. (2012) Brasil</p> | <p>Analizar la atención a los adolescentes en la atención primaria desde la perspectiva de estos, centrándose en las necesidades e interacción con los trabajadores de salud.</p> | <p>Cualitativo Grupos focales (GF)</p> | <p>15 adolescentes de 13 a 17 años matriculados en 9° curso de una escuela pública de Fortaleza (Brasil) 2 GF de 7 y 8 adolescentes con 4 encuentros para cada GF.</p> | <p>3 categorías descritas: Necesidades del adolescente en cuanto al acceso: se reportan dificultades en el acceso (tiempos de espera), falta de toma en cuenta de necesidades, falta de profesionalidad, falta de recursos Acogida del adolescente en el servicio de atención primaria: trato inadecuado de los trabajadores, bloqueo en la comunicación Vínculo entre el adolescente y trabajadores: ofreciendo confianza en el cuidado producido: relaciones superficiales, desconocimiento de las funciones de los diferentes profesionales, falta de actuación multidisciplinar</p> |
| <p>Snyder BK, Burack GD, Petrova A. (2017) Estados Unidos</p> | <p>Determinar si los servicios de atención primaria son percibidos como adecuados hacia las necesidades de los jóvenes LGBTQ.</p> | <p>Estudio mixto cuantitativo y cualitativo. Cuestionario autoadministrado y grupos focales</p> | <p>60 jóvenes entre 14 y mayores de 18 años de 5 centros comunitarios en Nueva Jersey (EEUU) 5 GF Variables: experiencias con PAP (privacidad, salud emocional, ITS, sexualidad), calidad de la atención, deseo de clínicas especialistas LGBTQ</p> | <p>Resultados de la encuesta: Un 46,7% hablan de temas emocionales con MF Un 51,7% hablan de ITS con MF A un 16,7% se le preguntó por su orientación sexual Un 45,6% se sienten cómodos para hablar de su vida Un 66,1% cree que debería haber clínicas especialistas Los GF reportaron: Comunicación pobre: falta de escucha, falta de discusión sobre sexualidad... No hay privacidad para discutir cuestiones sensibles: preguntas realizadas en presencia de los padres... Comportamiento desrespetuoso: no se dirigen directamente al adolescente... Comportamiento inapropiado hacia pacientes no-heterosexuales: bromas, denegar atención... Opiniones a favor/en contra sobre clínicas especialistas</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <p>Rytkönen MM, Kaunisto MA, Pietilä AMK. How do (2017) Finlandia</p> | <p>Describir las experiencias de las personas de 15 a 17 años sobre la participación en atención primaria de salud y los servicios sociales.</p> | <p>Cualitativo Entrevistas grupales</p> | <p>106 jóvenes entre 15 a 17 años, de 11 educativos y 7 centros juveniles de una ciudad de Savonia del Norte (Finlandia) GF de 2-5 personas</p> | <p>4 categorías descritas definidas como niveles de participación: “inviting” (atrayente): experiencia con significado, de ayuda, tomada en serio “allowing” (permite): experiencia acorde a las necesidades, confianza en la profesionalidad “avoiding” (evitante): experiencia mecánica, desconfianza en el servicio “excluding” (excluyente): experiencia amenazante, frustración que empeora la situación</p> |
| <p>Williams C, Poblete F, Baldrich F. (2012) Chile</p> | <p>Evaluar la calidad de los servicios de salud prestados a usuarios adolescentes en atención primaria de salud, (Chile).</p> | <p>Estudio de casos múltiples cuantitativo y cualitativo. 1. Evaluación de la calidad técnica: 2. Percepción de los prestadores: entrevistas a informantes clave con GF 3. Evaluación de la satisfacción adolescente: encuesta autoaplicada,</p> | <p>2 centros de salud familiar de Puente Alto (Chile): 149 y 307 adolescentes vistos por depresión y embarazo respectivamente para evaluación de calidad. 10 enfermeras en 7 GF 386 adolescentes para la evaluación de la satisfacción</p> | <p>La evaluación técnica de la calidad demostró un registro inapropiado de los datos en ambos centros Los prestadores reportaron en los GF: Acceso: inadecuado en enfoque integral y patología general Infraestructura: espacio limitado y con falta de privacidad Calidad: se sienten poco apoyados por la institución, atención con enfoque curativo, tiempo insuficiente Relaciones equipo-adolescente: buenas relaciones, percepción de sobredemanda y falta de atención, algunos afirman actitudes desdeñosas de determinados profesionales La satisfacción adolescente reveló que lo mejor percibido fue la atención médica y el tratamiento (porcentajes entre el 80-90%), y lo peor fue el acceso a los servicios (entre 40-60%)</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>Mirzakashvili N, Kazakhashvili N. (2016) Georgia</p> | <p>Describir el acceso a la atención primaria entre jóvenes en Georgia</p> | <p>Cuantitativo descriptivo Cuestionarios</p> | <p>814 adolescentes entre 11 y 19 años, de escuelas, universidades y calles de Georgia. Variables: satisfacción, acceso, prevención</p> | <p>Resultados de la encuesta: Un 33,1% están satisfechos con la AP Un 18,5% no confía en su MF Un tercio tarda más de 30 min en llegar al CAP Un 66% reporta no haber recibido consejo sobre actividad física El acceso limitado en áreas rurales en comparación con las áreas urbanas fue estadísticamente significativo.</p> |
| <p>Secor-Turner MA, Randall BA, Brennan AL, Anderson MK, Gross DA. (2014) Estados Unidos</p> | <p>Describir las experiencias de los adolescentes rurales en el acceso a los servicios de salud amigables del adolescente inclusivos de la información en promoción de la salud.</p> | <p>Cuantitativo descriptivo Cuestionario autoadministrado</p> | <p>322 adolescentes entre 14 y 19 años, de escuelas secundarias de 4 condados de Dakota del Norte (EEUU) Variables: servicios preventivos, información, comportamientos de riesgo</p> | <p>Los adolescentes rurales reportan un elevado acceso (94,1 %) a servicios de atención primaria, con buena satisfacción (porcentajes entre 77%-84%) En el último año el PAP habló sobre prevención y distintos comportamientos de riesgo (6,5%-45%) Determinados comportamientos de riesgo estuvieron relacionados con haber recibido información por parte de los PAP acerca de las causas de mortalidad y morbilidad.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Leavey G, Rothi D, Paul R. (2011) Reino Unido</p> | <p>Conocer como perciben los jóvenes a su médico de familia como alguien a quien acudir en busca de salud mental y otros problemas</p> | <p>Estudio mixto cuantitativo y cualitativo</p> <p>Cuestionario autoadministrado y grupos focales</p> | <p>298 adolescentes entre 14 y 15 años, de escuelas secundarias del área de Londres (RU) cumplieron la encuesta</p> <p>6 GF de 48 adolescentes de 14 y 15 años</p> <p>Variables: búsqueda por diferentes problemas mentales y confidentes a los que acuden</p> | <p>Resultados de la encuesta:</p> <p>Un 60% de los jóvenes acude a su madre para la mayoría de los problemas mentales, excepto ideas suicidas (48%)</p> <p>Menos de 1/3 de los jóvenes acude a su MF, siendo un 10% en casos de ansiedad</p> <p>GF: las categorías descritas fueron:</p> <p>El rol del MF en la salud física: creencia general de que el MF se encarga de problemas físicos</p> <p>Información: desconocimiento generalizado de los distintos servicios de salud</p> <p>Autonomía: creencia errónea de no disponer derecho a solicitar por sí mismos una consulta</p> <p>Confianza: no creen en la confidencialidad del MF, en el sentido de revelar información a los padres</p> <p>Acceso: preguntas intrusivas de los recepcionistas, falta de adaptación a los horarios de citas</p> |
|--|--|---|--|--|

