
La atención a la salud integral de los adolescentes desde los servicios de Atención Primaria de salud

J. Cornellà i Canals*, À. Llusent Guillamet**

*Doctor en Medicina. Pediatra. Acreditado en Medicina del Adolescente. Máster en Paidopsiquiatría.

**Alumno asistente. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

Resumen

Se presenta la actividad llevada a cabo durante el primer año de funcionamiento de una unidad específica de atención a la salud integral de los adolescentes, desde la atención primaria de salud. El modelo utilizado se basa en la adecuación de otros modelos ya existentes y de probada eficacia.

El objetivo es dar una atención específica a las consultas derivadas por los médicos de cabecera (pediatras o de familia) y abrir consultas en los Centros de Enseñanza Secundaria.

Se atendieron un total de 942 consultas, de las que 185 correspondieron a primeras visitas. La primera causa de consulta fueron los problemas escolares, seguidos por los trastornos de conducta alimentaria y los cambios en el carácter. El diagnóstico más frecuente fue de "Trastorno Adaptativo de la Adolescencia". Este tipo de trastornos suelen ser benignos y de fácil manejo. Su detección y orientación precoces evitan una evolución hacia otras patologías psico-sociales mucho más conflictivas.

Se destaca la importancia de la actividad preventiva en la edad adolescente y la necesidad de aplicar estrategias adecuadas para evitar las barreras (internas y externas) que limitan el acceso de los adolescentes al sistema de salud. Se considera muy importante que los profesionales de la salud se desplacen a los Institutos para ofrecer puntos de atención a los adolescentes, desde la garantía de confidencialidad.

Palabras clave: Adolescencia, Atención Primaria, Salud Integral, Trastorno Adaptativo.

Abstract

Here is presented the activity developed during the first year of work of a specific unit dedicated to the attention of the adolescent integral health, from the view of the primary health care. The model used is based on the adaptation of other models already existing with proved efficiency.

The objective is give a specific attention to the consults derived from other doctors (paediatrics or family doctors) and open consults in High Schools.

A total of 942 consults where attended, from which 185 where first visits. The first consultation cause were school problems, followed by eating disorders and mood changes. The more frequent diagnosis was the "Adaptative Disorder of the Adolescence". These kind of disorders are usually kind and can be easily managed. Premature detection and orientation prevent the evolution to other psico-social pathologies much more conflictive.

It pointed up the importance of the preventive activity during the adolescent period and the need to apply adapted strategies to avoid the barriers (internal and external) that prevent the adolescents from getting the health system. It is considered very important the professionals of health get to the High Schools to offer points of attention to the adolescents, from the guarantee of confidentiality.

Key words: Adolescence, Primary Care, Integral Health, Adaptive Disorder.

Preámbulo

Cuando la Asociación Española de Pediatría acreditó mi formación y mi dedicación preferente y específica a la Medicina de la Adolescencia, ofrecí a la Administración la posibilidad de crear un programa para la atención especializada a los adolescentes de los Centros de Salud que se agrupaban en nuestra zona de Atención Primaria. La sensibilidad hacia el proyecto por parte del Director de Atención Primaria y de la Directora del Centro de Salud, así como el apoyo recibido por parte del Delegado de Sanidad, me animaron a preparar un proyecto de trabajo que, poco a poco, iría tomando la forma de una Unidad de Atención a los Adolescentes y Jóvenes. Se consideró oportuno que esta Unidad se ubicara en el Centro de Especialidades Médicas, para atender las consultas que se derivasen desde los correspondientes Centros de Salud. La zona de influencia de la Unidad sería la correspondiente a las comarcas geográficas del Gironès, La Selva, y el Pla de l'Estany.

1. La atención específica a los adolescentes

La atención específica a la salud integral del adolescente se inició el año 1950 en Boston (USA), cuando RJ Gallagher, un pediatra, abrió las primeras consultas especializadas para este grupo de edad. En 1968 se fundó la Society for Adolescent Medicine y durante la segunda mitad del siglo XX han ido apareciendo Unidades de Atención a los Adolescentes en otros países de Europa y de América. La mayor parte de ellos, han sido creados por pediatras sensibles a la recomendación de la Academia Americana de Pediatría¹, de que la Pediatría debe atender a la persona humana desde el embarazo hasta los 21 años. En el año 1988, el Prof. Blas Taracena del Piñal fundó la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Aunque se trata de una sociedad científica nacida como sección de la Asociación Española de Pediatría, acoge también hoy a todos los profesionales de la salud interesados en la promoción de la salud del adolescente.

RJ Gallagher² afirma que las consultas generales dedicadas a la atención de un

solo grupo de edad estimula la tendencia del médico a dar mayor consideración a su paciente, como persona, disminuyendo las posibilidades de que enfoque su atención a la enfermedad concreta, ayudando a incrementar sus conocimientos sobre cómo son los pacientes y cuáles son sus requerimientos más específicos a cada una de las diferentes etapas de la vida. Éste es el presupuesto básico del concepto de "salud integral", fundamental cuando atendemos adolescentes.

Se ha reconocido que los pediatras son los especialistas más idóneos para atender adolescentes³, siempre y cuando adquieran la formación adecuada y tengan predisposición para atender a este grupo de edad^{4,5,6}.

Pero la creación de una Unidad Específica para la atención a los adolescentes es expresión, sobre todo, de un concepto y una filosofía en el esquema integrador de los elementos que convergen en el concepto de salud integral del adolescente, sobre lo que existe una amplia revisión a cargo de la Society for Adolescent Medicine⁷.

2. Razón de ser de una unidad específica para la atención a la salud integral de los adolescentes

Al planificar un nuevo modelo de Unidad Asistencial, era importante que

quedasen claros algunos puntos fundamentales:

1. Hay experiencias similares en otros lugares del mundo. Por lo tanto, más que hacer una "experiencia piloto" se trata **de replicar y adecuar los modelos** ya existentes, y cuya efectividad ha sido demostrada, a las características de nuestra población.

2. El programa tenía que estar centrado en los objetivos y en el ámbito de **la Atención Primaria**. Existen en nuestro país unidades de hospitalización de adolescentes ubicadas en el seno de los servicios de Pediatría de algunos hospitales. Pero el objetivo del Programa es llegar a la mayor proximidad con el usuario.

3. Esta Unidad tendría las características de un **sistema de apoyo** a la red de atención primaria de salud. No se trata de crear una nueva especialidad médica. Se trata de dar un apoyo a los profesionales (pediatras, médicos de familia, enfermeras) que atienden adolescentes en el ámbito de la Atención Primaria.

4. Además de las consultas específicamente derivadas, la Unidad se proponía implantar una **atención específica en los Institutos de Enseñanza Secundaria**, como modelo de atención a la salud comunitaria. Esta acción específica supondría un sub-programa, adaptando los

modelos de las "High School Clinics" de Norteamérica^{8, 9, 10, 11, 12}.

Existen estudios epidemiológicos^{13, 14, 15} que ponen énfasis en la morbi-mortalidad de los adolescentes de nuestra Comunidad Autónoma, entre los que destacan los accidentes de tránsito, los suicidios, la experimentación con diversos tóxicos, o el aumento de la tasa de embarazos no deseados.

3. El programa de atención a los adolescentes y jóvenes dentro del plan de salud de Cataluña 1999-2001

La creación de una nueva Unidad no tendría sentido si no se enmarcara en los objetivos sanitarios de la Comunidad a la que sirve. Por ello se adecuó la oferta al Plan de Salud de Cataluña 1999-2001.

Entre las intervenciones y acciones prioritarias que allí se señalan, destaca la información y educación sanitaria sobre el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y de drogas no institucionalizadas, la infección por VIH, las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes de tráfico y los trastornos de conducta alimentaria. Se trata de aspectos que atañen directamente a la etapa de la adolescencia y juventud.

Este Plan de Salud da importancia a la potenciación de la educación para la sa-

lud en las escuelas, y a la promoción de las conductas saludables entre los jóvenes. Esto requiere, a menudo, apoyar iniciativas de coordinación intersectorial para el desarrollo de proyectos de educación para la salud en la escuela, en ámbitos territoriales específicos y, particularmente, entre los profesionales sanitarios y docentes. En lo que se refiere a los jóvenes, la escasa frecuentación que hacen de los servicios sanitarios motivan todavía más estas actuaciones intersectoriales.

4. Puesta en marcha del programa

El programa de atención a los adolescentes y jóvenes se puso en marcha el día 15 de noviembre de 1998.

4.1. La consulta

Inicialmente, la consulta se ubicó en los despachos de cardiología, aprovechando las horas en que éstos quedaban libres. Aunque no era la mejor ubicación, fue la única forma de empezar. Es importante aceptar aquello que la Administración brinda en un momento dado, aunque esté lejos de ser lo óptimo.

En septiembre de 1999 se destinaron dos despachos del CE Güell para ubicar nuestras consultas (médico y enfermera), lo que supuso una mejoría notable en nuestras actividades asistenciales, así

como disponer de una sala de espera más amplia.

4.2. Los recursos humanos

Iniciamos el Programa con la colaboración de una Auxiliar de Enfermería. El sistema de funcionamiento del Centro requería que una auxiliar fuese la encargada de rellenar papeles y hacer recetas. Obviamente, se trata de actividades que nuestra consulta no requería. Conseguimos disponer de una diplomada en enfermería a partir del mes de abril de 1999. Esta enfermera pasó por un período de formación sobre los aspectos más específicos de atención a los adolescentes.

4.3. La coordinación con otros servicios y entidades

La puesta en marcha del Programa supuso una serie de acciones orientadas a dar a conocer nuestros objetivos y nuestras actividades. Ya que se trata de un programa en que se incluyen profesionales de distintos ámbitos, fue necesario un trabajo de coordinación multidisciplinar.

5. Actividad en la consulta especializada

5.1. Número de visitas

Durante el primer año de funciona-

miento, atendimos un total de 942 visitas programadas, derivadas por 42 médicos distintos y procedentes de 21 Centros de Salud, de las cuales 185 correspondían a primeras visitas.

El 45% de los adolescentes han sido derivados por pediatras y otro 45% por médicos de familia. El resto han sido derivados por otros especialistas o por los Orientadores Psicopedagógicos. En estos casos se ha establecido, con posterioridad, comunicación con los respectivos médicos de Atención Primaria.

Existe uniformidad por lo que se refiere a la distribución entre sexos: casi un 50% de cada uno.

Las edades han oscilado entre los 10 y los 24 años, aunque la mayoría están comprendidas entre los 12 y los 17 años. La edad media es de 15,02 (+/- 2,74) años. La distribución por edades se muestra en la Figura 1.

5.2. Motivos de consulta

Los principales motivos por los que hemos recibido pacientes derivados por otros profesionales de Atención Primaria se recogen en la Tabla I y en la Figura 2. Estos motivos de consulta han variado en función del sexo (Tabla II) y de la edad (Figura 3).

Son destacables los siguientes hechos:

Figura 1. Edad de consulta.

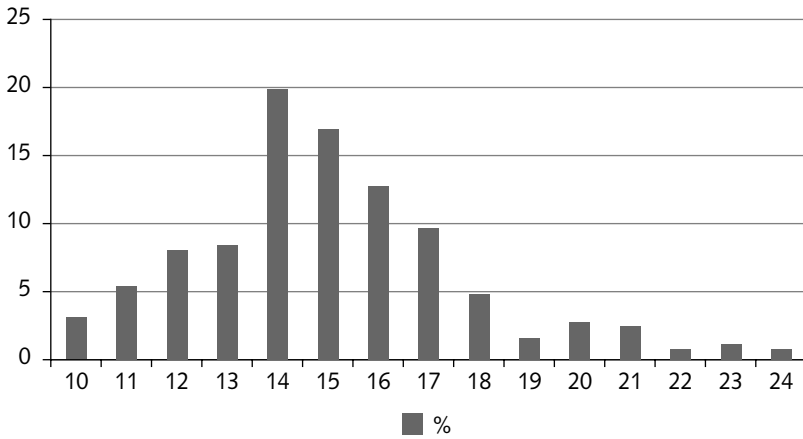


Tabla I. Motivos de consulta

| | |
|---|-------|
| Dificultades escolares | 30,6% |
| Cambio de carácter y comportamiento | 20,2% |
| Trastornos en la conducta alimentaria (TCA) | 15,8% |
| Trastornos de conducta | 12,0% |
| Molestias físicas diversas | 4,9% |

Figura 2. Motivos de consulta.

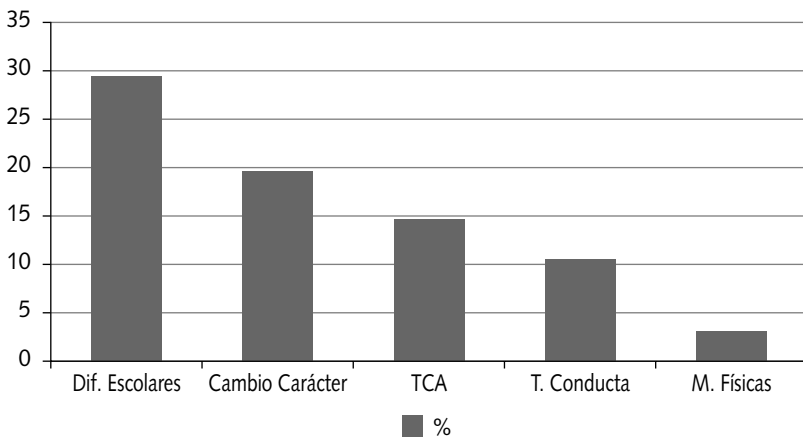
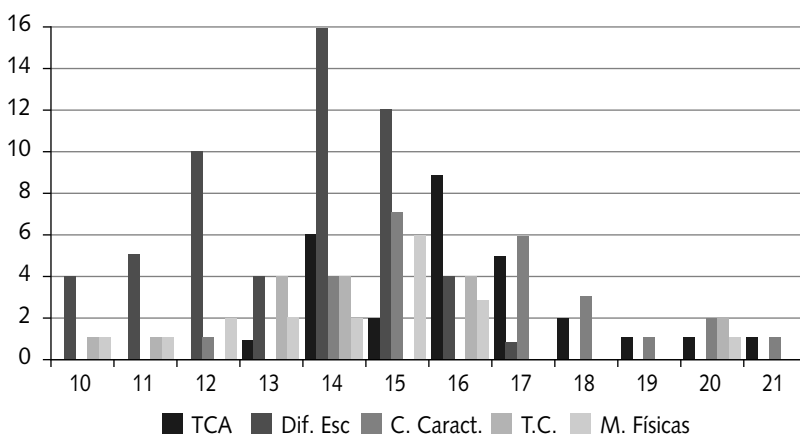


Tabla II. Motivos de consulta según sexo

| | chicos | chicas |
|------------------------|--------|--------|
| Dificultades escolares | 47% | 9% |
| Cambio de carácter | 12% | 25% |
| TCA | 3% | 26% |
| Trastornos de conducta | 14% | 8% |
| Molestias físicas | 4% | 5% |

Figura 3. Motivos de consulta según la edad.



- Los **problemas escolares** son motivo de consulta a los 14 y 15 años, coincidiendo con la segunda etapa de los estudios secundarios. Se va evidenciando como la obligatoriedad de la enseñanza formal entre los 14 y los 16 años es causa de problemas adaptativos.
- Los **Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)**, como motivo de consulta, presentan una mayor incidencia

alrededor de los 16 años. Los TCA que han sido derivados a nuestra consulta han consistido, fundamentalmente, en anorexias sintomáticas y en fases iniciales.

- Los problemas derivados de **cam-bios de carácter** ocurren a lo largo de toda la adolescencia media, con una máxima incidencia alrededor de los 15 años.

5.3. Diagnósticos

Nos hemos basado en los criterios de la WONCA y en el DSM-IV (en lo que se refiere a trastornos mentales). Las frecuencias de los distintos diagnósticos se recogen en la Tabla III y en el Figura 4. También existen diferencias de frecuen-

cias según el sexo (Tabla IV) y según la edad (Figura 5).

El repaso a estos diagnósticos nos muestra las siguientes evidencias:

- Los **Trastornos adaptativos de la adolescencia**, en todas sus variantes, han sido un diagnóstico presente du-

Tabla III. Diagnósticos

| | |
|---|-------|
| Trastorno adaptativo de la adolescencia <i>El Trastorno adaptativo puede ir asociado a sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, o a inhibición académica.</i> | 31,7% |
| Trastornos por déficit de atención (TDA) <i>El TDA puede ser con hiperactividad o sin ella.</i> | 19,5% |
| Trastornos en la conducta alimentaria | 8,7% |
| Trastornos depresivos | 6,0% |
| Trastorno de conducta/trastorno disocial | 4,9% |
| Situación de riesgo social | 3,8% |
| Cefalea tensional | 3,3% |
| Trastorno de personalidad | 2,2% |
| Experimentación con sustancias tóxicas | 2,2% |

Figura 4. Diagnósticos.

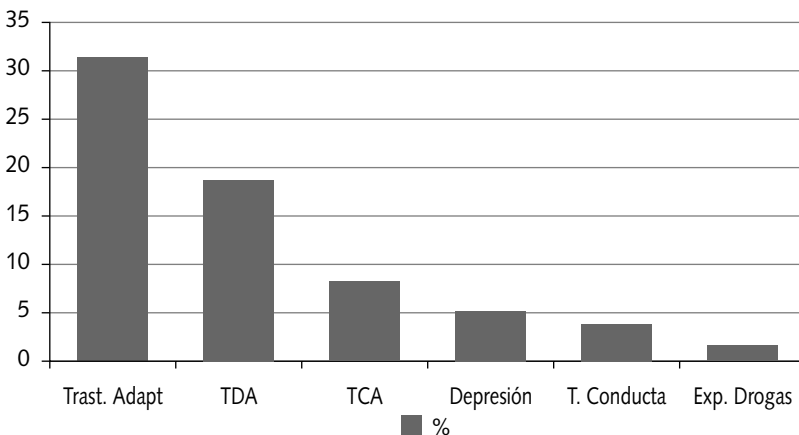
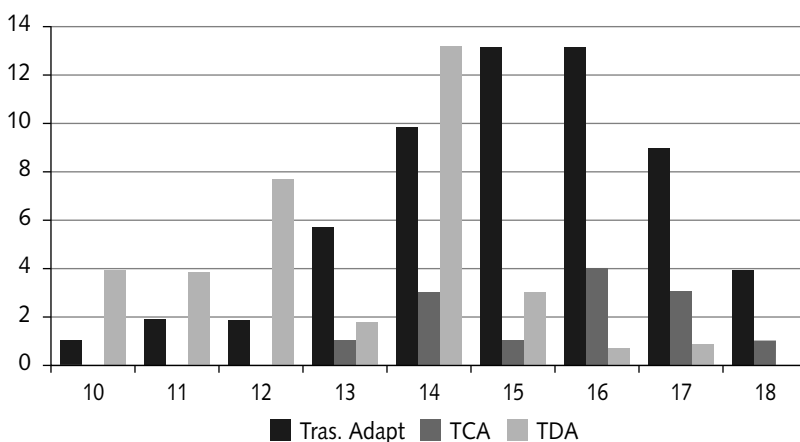


Tabla IV. Diagnóstico según el sexo

| | chicos | chicas |
|---|--------|--------|
| Trastorno adaptativo inespecífico | 8% | 9% |
| Tr. Adaptativo con s. depresiva | 2% | 22% |
| Tr. Adaptativo con s. ansiosa | 12% | 8% |
| Tr. Adaptativo con inhibición académica | 3% | 0% |
| TDA con hiperactividad | 22% | 2% |
| TDA inatentivo | 11% | 1% |
| TCA | 1% | 15% |
| Depresión | 6% | 5% |
| Trastorno de conducta | 3% | 6% |
| Experimentación con drogas | 2% | 2% |

Figura 5. Diagnósticos según la edad.



rante toda la etapa adolescente. Se ha mostrado en forma de síntomas ansiosos y depresivos (Figura 6).

- El **Trastorno por Déficit de Atención** con o sin hiperactividad ha sido diagnosticado, en nuestra casuística, bastante tarde (alrededor de los 14 años). En la mayoría de casos se tra-

taba de la variante hiperactiva (Figura 7), asociado con otros cuadros comórbidos.

- Se ha llegado al diagnóstico de **Trastorno de Conducta Alimentaria** en la mitad de pacientes que consultaban debido a sintomatología relacionada con la esfera alimentaria.

Figura 6. El trastorno adaptativo.

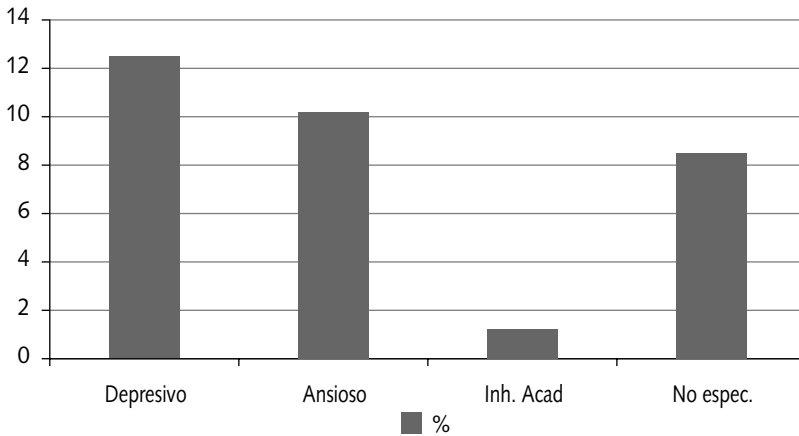
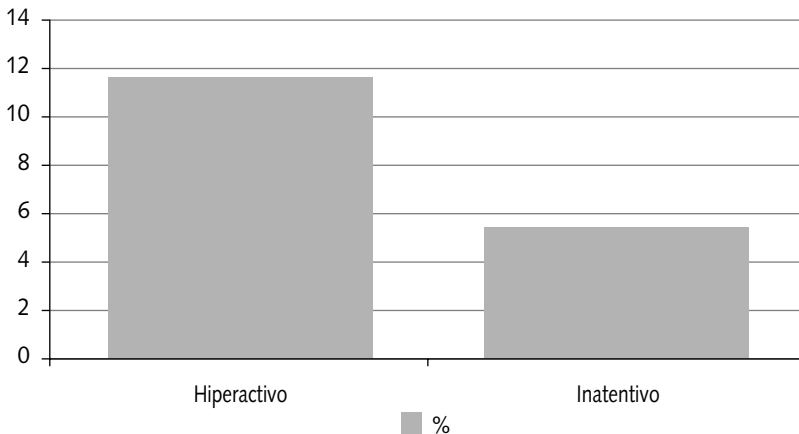


Figura 7. El trastorno por déficit de atención.



5.4. Seguimiento

La mayoría de casos (83,2%) han sido seguidos desde este Programa. Una vez establecido el diagnóstico y orientado el tratamiento, se ha informado al respec-

tivo médico de cabecera (pediatra o médico de familia) para hacer, conjuntamente, el seguimiento. Algunos pacientes (12,9%) han sido derivados al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

para estudio, orientación y tratamiento. En las reuniones de trabajo con los profesionales de Salud Mental se acordó que se derivarían aquellos casos en que hubiese una patología psiquiátrica ya definida y en los que hiciera falta un tratamiento psicoterapéutico.

6. El programa de atención a la salud en los Institutos de Enseñanza Secundaria

El Programa de atención a los Adolescentes contempla, entre sus objetivos, acercar los Servicios de Promoción de la Salud a los posibles usuarios (los adolescentes) en los Institutos de Enseñanza Secundaria. No se trata de dar una atención a los alumnos que puedan presentar enfermedades agudas o sufrir accidentes, ni de llevar a cabo el programa de vacunaciones. El objetivo es facilitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, poniendo especial énfasis en la vertiente preventiva.

Los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes no suelen ser graves, pero revisten complejidad, pudiendo ser el origen de patologías más importantes. Muchos de los problemas de salud prevalentes del adulto (y que originan un importante gasto económico) tienen su origen en conductas iniciadas durante la adolescencia y juventud (consumo de ta-

baco, alcohol y drogas, conductas sexuales que aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, actividad física insuficiente, malos hábitos de nutrición, trastornos en la conducta alimentaria,...).

La consideración de las barreras que dificultan el acceso de los adolescentes a los Centros de Salud ha motivado nuestra presencia física en los Institutos de Enseñanza Secundaria. En el Instituto se pueden integrar la educación para la salud con la oferta de un espacio abierto para las consultas confidenciales.

El programa de atención a la salud en los institutos supone un importante trabajo en equipo para ofrecer unos servicios de calidad. Esto supone una estrecha colaboración con los equipos de apoyo psicopedagógico y con el profesorado. Dentro del marco de la reforma sanitaria, se trata de un ejercicio de colaboración interdisciplinaria en el bien de la salud comunitaria. En cada Centro se han establecido los canales de coordinación correspondientes con los diferentes profesionales.

Desde estas perspectivas, hemos ofrecido a los Institutos de Enseñanza Secundaria las siguientes actividades:

1. Consulta abierta. Ya que solamente un 15% de los adolescentes con problemas de salud acuden a los Centros Sa-

nitarios, la consulta abierta ofrece una posibilidad de atención personalizada con las garantías de confidencialidad que derivan de los códigos de bioética.

2. Asesoramiento a los profesores sobre los trastornos médicos que pueden causar retraso o problemas en el seguimiento escolar o en la conducta de los alumnos.

3. Charlas o seminarios con los alumnos sobre los temas de promoción de la salud que puedan interesar, a propuesta de los profesores.

4. Campañas de promoción de la salud en temas prioritarios, de acuerdo con las características de cada Centro, y con la colaboración de los profesores.

6.1. Actividades llevadas a cabo en los Institutos

Durante los dos primeros años de funcionamiento del Programa hemos podido llegar a cinco Institutos. En cada Centro se ha expuesto el Programa al Equipo de Dirección y solicitado una demanda escrita, acordada por el Consejo Escolar, por entender que es el órgano de máxima representatividad.

En cada uno de estos Institutos se ha abierto una consulta abierta durante dos horas, un día a la semana, y en un despacho cedido por el mismo Centro. La consulta ha sido atendida, de forma

alternada, por el médico y la enfermera. A la consulta abierta los adolescentes han podido acudir sin necesidad de identificarse y con garantía de confidencialidad. Se ha mantenido una media de cuatro visitas por día de consulta.

Cuando se han atendido consultas solicitadas por el profesorado o por el equipo psicopedagógico, hemos requerido el visto bueno de los padres o del propio adolescente si era mayor de edad.

Asimismo, se han realizado seminarios y charlas con los alumnos sobre temas de promoción de la salud, de acuerdo con la demanda y con el perfil pedagógico de cada Centro.

En este tipo de actividades, debemos tener en cuenta nuestro carácter no docente y que el objetivo de las charlas debe ser presentarnos e invitar a la consulta. Está claro que la utilidad de estas charlas está directamente proporcionada con nuestra presencia "efectiva" en el Centro.

Una buena manera de llegar a aspectos preventivos muy importantes en la salud del adolescente ha sido el ofrecimiento de orientación para aquellos alumnos de bachillerato que realizan un trabajo de investigación en temas de salud.

En algunos Institutos hemos programado, asimismo, charlas para padres.

6.2. Los motivos de consulta de los adolescentes

Los motivos que han llevado a los adolescentes a nuestra consulta abierta han sido muy diversos y variados. Quiero destacar los más significativos, por su frecuencia y su importancia.

- **Orientación sobre cuestiones conflictivas** con la familia, con los amigos o con los profesores. En estos casos se han valorado los factores de riesgo y los factores de protección. La prevalencia de los factores de riesgo ha hecho recomendable la visita a la consulta del Centro de Especialidades. En algunos casos se han diagnosticado trastornos adaptativos. Aunque se trata de un trastorno benigno, la buena orientación (que no significa medicalización) puede prevenir complicaciones hacia depresiones, trastornos de ansiedad o consumo de sustancias tóxicas.
- **Orientación sobre relaciones sexuales.** Han sido muy frecuentes estas consultas entre chicos y chicas entre 16 y 18 años. Han planteado sus dudas sobre los métodos anticonceptivos y, una vez más, hemos podido constatar que tienen mucha información y poca capacidad de actuación responsable. Se trata de consultas

que se han podido resolver en el mismo Instituto.

- **Orientación sobre consumo de tabaco y otras drogas.** Han acudido adolescentes con ganas de dejar de fumar y se han podido constituir pequeños grupos de chicos/chicas que han entrado en un programa de deshabituación tabáquica, conducido por la enfermera. La difusión que han hecho entre ellos ha sido nuestra mejor propaganda. No hemos utilizado carteles. Asimismo han abundado las consultas sobre los efectos de la marihuana y sus derivados y alguna consulta sobre las pastillas y la cocaína.
- **Consulta sobre trastornos de la conducta alimentaria.** En especial han consultado las chicas que presentaban síntomas de bulimia. Así como la anorexia suele detectarse por parte de la familia y acude al médico de cabecera, los síntomas de bulimia suelen constituir una patología oculta. También en este caso la difusión que se han hecho entre ellas ha sido la mejor propaganda. En muchos casos hemos recomendado la visita al Centro de especialidades.
- **Consulta sobre enfermedades diversas.** Han consultado adolescen-

tes que han tenido algún tipo de patología orgánica, pero no tienen claro el significado del diagnóstico ni el pronóstico. La consulta ha servido para aclarar conceptos y rebajar los niveles de angustia.

– **Consulta sobre enfermedades de transmisión sexual.** En estos casos ha sido necesaria la derivación al Centro de Especialidades. Se han detectado dos casos de candidiasis vaginal y otros dos de uretritis no gonocócica. Se ha podido hacer el control de los contactos.

6.3. ¿Cómo derivamos a la consulta del Centro de Especialidades?

Muchos adolescentes tienen cierto miedo o reticencia ante una primera visita con un profesional de la salud. El hecho de hallarnos en el mismo Instituto ha facilitado el primer contacto. Después, con la misma garantía de confidencialidad, les hemos invitado a acudir a la consulta del Centro de Especialidades. Y cuando ha sido necesaria la presencia de la familia para enfocar el tratamiento, hemos propuesto un encuentro conjunto y nos hemos comprometido a actuar como “abogados defensores” de su causa delante de los padres. La experiencia ha sido muy enriquecedora.

7. Un apunte final

Tengo especial interés en destacar que la tarea llevada a cabo en los Institutos se ha desarrollado de una forma callada y discreta, sin grandes exposiciones ni actividades de escaparate. Creo que el adolescente actual está saciado de imágenes y hambriento de palabras y argumentos. Por lo tanto, he desestimado expresamente las técnicas que habitualmente se utilizan en talleres, como pueden ser las proyecciones de vídeos o la utilización de materiales específicos.

Creo en la necesidad de recuperar la capacidad de hablar y discutir. Por ello creo en los pequeños grupos de adolescentes en que se puedan realizar “*rol-play*” o debates moderados por ellos mismos. La palabra del adulto queda distante y es poco efectiva. La palabra de quien tiene la misma edad y vive en su mismo mundo llega a niveles de mayor profundidad.

Y creo en la posibilidad de poder consultar, “*in situ*”, con el mismo profesional, aquellos temas que le han quedado pendientes de resolver o que le han planteado interrogantes sobre su propia salud. El adolescente vive en un mundo de dispersión (sólo hace falta ver la gran variedad de “créditos” educativos y de profesores). Le hace falta, por lo tanto,

un referente más fijo en quien pueda depositar su confianza.

La captación de los adolescentes se ha hecho mediante la presentación del Programa a los profesores, a los alumnos, en pequeñas sesiones informativas y en seminarios. Pero la mejor propaganda ha sido la corriente de comunicación que se ha establecido entre los alumnos de los Centros.

El 80% de las consultas efectuadas se han podido resolver satisfactoriamente en el mismo Centro. Han requerido una

derivación al Centro de Especialidades el restante 20%.

La atención a los Institutos, como forma y modelo para llegar a los adolescentes, debería ser una acción de salud comunitaria de los Centros de Salud. Se trata de un programa que se puede desarrollar perfectamente por profesionales de enfermería formados de forma adecuada y con el apoyo de un médico que estuviese dispuesto a atender adolescentes de forma más específica.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. *Policy Statment*. Pediatrics 1972, 43-49.
2. Gallagher RJ, Heald FP, Garell DC. *Medical Care of the Adolescent* (3ª ed). New York. Appleton Century Crafts, 1976.
3. Vallbona C. *El pediatra, especialista idóneo para el adolescente*. An Esp Pediatr 1987; S27: 87-92.
4. Silber TJ. *Adolescent Medicine: the development of a new speciality*. Adolescence 1980; 15 (59): 495-500.
5. Silber TJ, D'Angelo LJ, Greenberg LW. *Career satisfaction in adolescent medicine. A survey of physicians trained over a 20-year period*. J Adolesc Health Care 1989; 10(2): 126-128.
6. McAnarney ER. *Medicina del Adolescente: desarrollo a lo largo del tiempo*. Pediatrics (ed esp) 1988; 26(2): 71-73.
7. Klein JD, Slap GB, Elster AB, Schonberg SK. *Access to Health Care for Adolescents: A position paper of the Society for Adolescent Medicine*. J Adolesc Health 1992; 13: 162-170.
8. Harold N, Young L. *The St. Paul Story: the pionner school-based clinic program today*. 2ª ed. Health Start. St. Paul (Minnesota), USA. 1992.
9. Lear JG, Gleicher HB, St Germaine A, Porter PJ. *Reorganizing health care for adolescents: the experience of the school-based adolescent health care program*. J Adolesc Health 1991; 12: 450-458.
10. Ralassone ML, Bell M, Peterfreund N. *A comparison of users of a school-based health and mental health clinic*. J Adolesc Health 1991; 12: 240-246.
11. Kaplan AW. *Centros de Salud Escolares: Atención Primaria en la escuela secundaria*. MTA-Pediatría 1996; 17(8): 440-450.
12. Anglin TM. *School-Based Health Clinic. A position paper of the Society for Adolescent Medicine*. Society for Adolescent Medicine. 1988.
13. Surís Granell JC. *Dades sobre els adolescents a Catalunya*. But Soc Cat Pediatr 1993; 53: 317-320.
14. Anónim. *Avortament adolescent*. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1991; XII (6): 11-14. 9.
15. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Avortament legal a Catalunya 1991*. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1991; XIII (7): 46-7.
16. Suárez Ojeda EN, Munist MM, Silber TJ. *Condiciones de eficiencia de los servicios ambulatorios de salud para los adolescentes*. En: "La salud del Adolescente y del Joven". Editores: M Maddaleno, MM Munist, CV Serrano, TJ Silber. En: Suárez Ojeda, J Yunes. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 552. Washington 1995.