

Centro Madrid Salud Joven

La promoción positiva en la adolescencia

J. Madrid Gutiérrez, D. Hernández Martín⁽¹⁾

Director del Centro Madrid Salud Joven. ⁽¹⁾Adjunta sección CMS Joven

MARCO TEÓRICO

La promoción de la salud¹ se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de *ejercer control sobre los determinantes de la salud*.

Por tanto, las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.

Existen diferencias importantes de perspectiva y énfasis con respecto a aquello que representa el 'éxito' de un programa de promoción de la salud, según quién lo evalúe:

Los responsables de elaborar las políticas y los gestores de presupuestos, que deben tener la capacidad de juzgar el éxito (o posible éxito) de los programas. Este éxito suele definirse en términos de la relación que existe entre la inversión y el logro de los resultados de salud a corto plazo.

Los profesionales de la promoción de la salud, que deben ser capaces de juzgar el posible éxito de un programa con respecto al logro de sus objetivos definidos en circunstancias de la "vida real".

La población que se beneficiará de la acción de promoción de la salud. Este éxito se podría definir en términos de relevancia con respecto a las necesidades percibidas, y de las oportunidades de participación de la comunidad.

Los investigadores académicos, que necesitan juzgar el éxito, con el fin de mejorar el conocimiento y la comprensión de la relación que existe entre las intervenciones y los efectos observados aplicando "reglas de evidencia" científica.

En este artículo nos situamos desde la visión de los profesionales que hemos elaborado y desarrollado este proyecto.

En otro sentido, existen distintos 'puntos de entrada' en la promoción de la salud según pongamos el énfasis en el escenario, la población o el tema que se aborda.

Estos enfoques no son mutuamente excluyentes. **Los escenarios** ofrecen oportunidades de llegar a poblaciones diana específicas, por ejemplo, en relación con los adolescentes, las intervenciones basadas en los centros de enseñanza; en sus redes de asociación o de barrio.

Una orientación a grupos concretos de **población**, como los adolescentes, permite una focalización mejor de los problemas de salud que son más comunes entre los diferentes grupos, pudiendo dar lugar a una participación mayor en las intervenciones. La atención prestada a los problemas sanitarios que

afectan a las poblaciones desfavorecidas puede asimismo alentar intervenciones que aborden determinantes sociales, económicos y políticos esenciales para la salud, como la pobreza, problemas de vivienda, escolarización, maltrato, etc. El éxito aquí se definirá en términos de oportunidades de participación comunitaria, junto con el logro de un cambio en los determinantes estructurales y relacionados con la conducta orientada a la salud.

La concentración en un **tema de salud** específico, como la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, garantiza que una intervención sea abordada de forma más abierta y directa. El éxito en este caso suele definirse por lo general de forma más sencilla en relación con el impacto y el resultado con respecto al problema identificado.

Por ello, es esencial proporcionar un marco que contribuya a definir los resultados asociados a la actividad de promoción de la salud. La tabla I presenta una jerarquía ampliamente aceptada de 'resultados' y sus relaciones con la actividad de promoción de la salud.

Las prácticas organizativas y las políticas públicas saludables son el resultado de esfuerzos destinados a superar las barreras estructurales que impiden la salud. La legislación de control del tabaco en Europa constituye un buen ejemplo de los esfuerzos combinados de la abogacía interna y externa por el cambio político.

Decidir cuál es el mejor punto de partida y cómo se deben combinar las diversas acciones con el fin de alcanzar los resultados deseados de promoción de la salud es esencial para una práctica eficaz de la promoción de la salud.

Un programa típico de promoción de la salud podría consistir en intervenciones dirigidas a los tres factores arriba identificados como resultados de la promoción de la salud. Por ejemplo, un programa que tenga por objeto reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes podría consistir en esfuerzos destinados a educar a los jóvenes en relación con las consecuencias negativas del tabaco, en esfuerzos destinados a influir en los padres y en otros modelos de roles sociales con el fin de conseguir que fumar sea menos atractivo / aceptable socialmente para los jóvenes, y en una acción legislativa destinada a limitar el acceso al tabaco y la exposición a su publicidad.

Está implícita la noción de que el cambio a los distintos niveles del resultado tendrá lugar de acuerdo con diferentes escalas de tiempo, dependiendo de la naturaleza de la intervención y del tipo de problema social y sanitario que se aborde. Esto explica también que la relación que existe entre la acción de promoción de la salud y los eventuales resultados de salud sea compleja y difícil de someter a seguimiento.

¹ La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte dos. Informe de la Unión Europea.

TABLA I. Un modelo de resultados de la promoción de la salud

Resultados sociales y de salud

- *Resultados sociales:* calidad de vida, independencia funcional, equidad
- *Resultados de salud:* reducción de la morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable

Resultados intermedios de salud (determinantes de la salud modificables)

- *Estilos de vida saludables:* consumo de tabaco, elecciones alimentarias, actividad física, consumo de alcohol y drogas
- *Servicios sanitarios eficaces:* prestación de servicios preventivos, acceso a los servicios sanitarios y su adecuación
- *Entornos saludables:* entorno físico seguro, condiciones económicas y sociales que apoyen la salud, buen suministro de alimentos, acceso restringido al tabaco y al alcohol

Resultados de la promoción de la salud (medidas del impacto de las intervenciones)

- *Alfabetización para la salud:* conocimiento relacionado con la salud, actitudes, motivación, intenciones conductuales, habilidades personales, autoeficacia
- *Acción e influencia sociales:* participación comunitaria, 'empoderamiento' de la comunidad, normas sociales, opinión pública
- *Políticas públicas saludables y prácticas organizativas:* declaraciones políticas, legislación, reglamentación, asignación de recursos, prácticas organizativas

Acciones de promoción de la salud (algunos ejemplos)

- *Educación:* educación de los pacientes, educación escolar, comunicación con los medios de comunicación y la prensa escrita
- *Movilización social:* desarrollo de la comunidad, facilitación de los grupos, asesoramiento técnico
- *Abogacía:* lobbying, organización y activismo políticos, superación de la inercia burocrática

Fuente: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte dos. Informe de la Unión Europea.

¿POR QUÉ OCUPARNOS DE LOS ADOLESCENTES?

Podemos seguir tres razones o criterios para hacerlo (Funes Artega, 2000):

- Si nos ocupamos de los adolescentes es porque creemos que en su vida tienen un **conjunto de oportunidades** que si no las descubrieran el resultado cuando lleguen a la juventud, cuando lleguen a ser ciudadanas y ciudadanos, más tarde adultos, sería diferente. Lo que vivan, aprendan o pierdan puede condicionar toda su futuro.
- El segundo criterio, que se puede llamar de **inmunización o de autoprotección**. Cuando hablamos de autoprotección, nos referimos a dotar a los adolescentes de capacidades para decidir, de capacidades para descubrir y gestionar lo que pasa en sus vidas.
- Finalmente el criterio de **experiencia**. A los chicos y chicas adolescentes hay que aportarles nuestra experiencia, sin invadir su vida y sin querer controlarlo todo. Hoy viven muchas experiencias solos, salvo con sus iguales, sin contrastarlas con el adulto.

Diferentes experiencias en Europa y EE.UU. avalan la necesidad y conveniencia de desarrollar centros específicos y "mono-

gráficos" para jóvenes y adolescentes. En el mismo sentido, los objetivos marcados a nivel europeo por la Organización Mundial de la Salud (2001) para los próximos diez años, se establece la necesidad de crear servicios específicos de atención a jóvenes en salud sexual y salud reproductiva en una proporción de un servicio o centro por cada 100.000 jóvenes entre 15 y 24 años.

En una encuesta realizada por el Programa del Adolescente (Brugera, Asolo, Yega y Espinoza, 2001), en un centro educativo de Madrid con 659 adolescentes de 14 a 19 años, cuando les preguntamos acerca de sus intereses o necesidades de salud vemos que valoran la salud como algo importante. A medida que aumenta la edad valoran su estado de salud más bajo (6,37 sobre 10), en especial las chicas. Cuando se sienten mal acuden a la familia o a sus amigos, sólo un 8,5% acude al médico; sin embargo, el 37,2% estarían interesados en consultar con un profesional de la salud. Este interés aumenta con la edad y más en las chicas llegando al 50% en 2º de bachillerato. Los temas que más les interesan consultar son: sexualidad (43%), hábitos de salud (40,6%) y problemas psíquicos y emocionales (35,6%). Los temas de sexualidad y drogas pre-

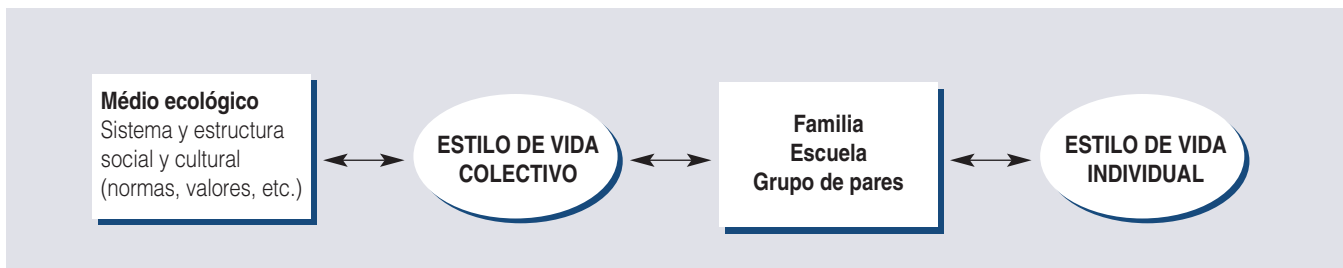


FIGURA 1. Interrelación de los factores macroambientales y microambientales

fieren tratarlos en grupo mientras que los psicoemocionales y familiares, individualmente.

¿CÓMO DEBE ENFOCARSE LA COMPLEJA TAREA DE PROVEER CUIDADOS DE SALUD ADECUADOS A LOS Y LAS ADOLESCENTES?

Primero de todo partimos de la idea de que la salud es integral y, por tanto, debe ser abordada de la misma forma. La salud del adolescente la concebimos dentro del contexto de las interrelaciones dinámicas de tres sistemas básicos: **biológico, psicosocial y ambiental**. Estos procesos sitúan a los profesionales que trabajamos con los adolescentes en la necesidad de concebir las condiciones de salud de los adolescentes como resultado de etapas anteriores y efecto de los factores presentes durante su adolescencia. Por tanto, nuestro programa de salud debe asumir la etapa adolescente dentro de un *continuum* en la vida de las personas.

"La adaptación a la transición adolescente muestra cómo la capacidad para afrontarla es el resultado de un proceso de interacción continua y compleja entre el individuo, la época en la que vive y los factores ambientales y socioculturales que le rodean" (Shorter, 1986).

El término integral nos remite a la **intersectorialidad** y a la **interdisciplinariedad**. Los problemas de los ciudadanos son intersectoriales. Por lo tanto, las soluciones y alternativas también lo tienen que ser. Intersectorialidad significa trabajar conjuntamente con otras áreas municipales como Servicios Sociales, Educación, Juventud, entre otras, así como con otras administraciones o recursos sociosanitarios. En este sentido cobra toda su importancia la creación y participación en mesas y comisiones como soporte de actuaciones conjuntas.

Otro enfoque necesario es el **comunitario**. Por comunitario entendemos la intervención en el conjunto de la colectividad y no exclusivamente en determinados ámbitos o sectores. El contexto ejerce su influencia a partir del entorno macrosocial o ambiente sociocultural en el que se mueven las personas y del cual recibe las influencias y del entorno microsociales o ambiente más cercano, en el que las personas están vinculadas afectivamente y que lo conforman los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales (Fig.1).

EL CENTRO MADRID SALUD JOVEN (CMSJ)

Una vez expuesto algunos de los marcos teóricos y criterios generales de los que partimos, presentamos en este artículo cómo lo estamos llevando a la práctica.

El CMSJ depende del Organismo Autónomo Madrid Salud, de la Concejalía de Seguridad y Servicios a la Comunidad del Ayuntamiento de Madrid. Se inaugura en noviembre de 2004 y surge como una necesidad para optimizar la atención que hasta ese momento se daba desde el Ayuntamiento. Las primeras intervenciones con adolescentes y jóvenes se inician en 1984 con algunas consultas jóvenes dentro de los Centros de Promoción de la Salud Municipales. En 1995 se pone en marcha el Programa de Atención Integral para Adolescentes que se desarrolla hasta la fecha en los 14 Centros Madrid Salud. En todo este tiempo el Ayuntamiento desde otras áreas municipales ha puesto en marcha numerosos servicios dirigidos a jóvenes y adolescentes y que se ha plasmado en el Plan Joven recientemente aprobado.

Consideramos que un centro específico, con horarios flexibles (mañana, tarde y fin de semana), con profesionales dedicados exclusivamente a trabajar con la juventud y adolescencia, donde se puedan desarrollar proyectos y programas, que los chicos y chicas identifiquen como propio: es una mejora evidente en la calidad de atención que prestamos desde el Ayuntamiento de Madrid.



FIGURA 2. Centro Madrid Salud Joven

La atención debe ser provista en múltiples niveles:

- En primer lugar, porque los adolescentes frecuentemente se sienten intimidados al compartir servicios dedicados a adultos, e irritados al compartir salas pediátricas, es importante que tengan acceso a programas específicos para ellos. Esto también es útil porque cuando consultan piden confidencialidad.
- En segundo lugar, porque el y la adolescente y joven a menudo es reacio a la visita médica, deben facilitarse las oportunidades de atención en los lugares donde ellos se encuentran (escuela, barrio, asociaciones, trabajo, internet, etc.).

Población diana

La actividad del Centro Joven va dirigida al conjunto de la población adolescente y joven hasta los 25 años, del municipio de Madrid, 461.948 personas (14,4% sobre el total de la población) y a los mediadores sociales (padres, profesores, animadores juveniles, etc.).

Objetivos

- Contribuir a la promoción, prevención y atención de los problemas de salud de nuestra población.
- Impulsar la educación para la salud en los centros educativos.
- Sensibilizar al conjunto de las fuerzas sociales sobre las necesidades de salud de los adolescentes y jóvenes.

Metodología de intervención

El Centro Joven se configura como un espacio de Información, asesoramiento, asistencia, educación para la salud, docencia, investigación y participación.

Algunas de las características a tener en cuenta con respecto al tipo de servicio que damos son:

- Se atiende a adolescentes y jóvenes hasta 20 años. Está comprobado que cuando se comparten horarios y tiempos con otros segmentos etáreos los y las jóvenes tienen dificultades para identificarse y acudir a un centro de salud. Una vez atendidos se mantendrá el seguimiento hasta los 24 años.
- Su ámbito de atención es todo el municipio de Madrid.
- Los profesionales están formados y cuentan con experiencia en trabajar con adolescentes desde diferentes áreas profesionales.
- Una de las características claves de la atención a adolescentes es la confidencialidad, no sólo desde la perspectiva del secreto profesional, sino también del reconocimiento del derecho que tienen los y las adolescentes a ser atendidos, sin el consentimiento de los padres, al considerarles como sujetos maduros y responsables, condición *sine qua non* para conseguir la tan exigida responsabilidad adolescente.
- Se prestará especial atención a evitar las barreras que puedan dificultar su accesibilidad al centro (ver Tabla II).

El primer grupo de posibles barreras tiene que ver con la accesibilidad: la capacidad que tiene el adolescente para retra-

TABLA II. Posibles barreras organizacionales de los Servicios de Salud

Relacionadas con la accesibilidad

1. Tiempos o listas de espera
2. Exigencia de cita previa y/o pasos intermedios
3. Sistemas de recepción rígidos
4. Horarios de atención

Relacionadas con el ambiente profesional

1. Ausencia de confidencialidad y/o anonimato
2. Sala de espera y espacios no específicos o adaptados
3. Personal con déficit de habilidades de comunicación con el/la adolescente
4. Medicalización

Relacionadas con la atención a demandas “urgentes” del/la adolescente

1. Anticoncepción postcoital
2. Pruebas de embarazo
3. Información previa y revisión *post ivae*
4. Otras consultas realizadas como urgencias

...sar o demorar la satisfacción de una necesidad es baja; esto plantea el que tengamos que manejar la recepción para que el tiempo que transcurre entre la solicitud de consulta por los adolescentes y la primera cita en el programa no supere dicha capacidad. Otro tanto ocurre con la cadena de pasos que el o la adolescente ha de dar hasta ver satisfecha su demanda: si aquella es alta o muy rígida (tiene que llamar en una banda horaria estrecha, ser atendido por una persona concreta, realizar un “recorrido asistencial” con trámites o pasos innecesarios para la prestación del servicio, acudir a consulta en horarios no compatibles, etc.) se perderán los adolescentes con menor capacidad para ver demorada la satisfacción de sus demandas, que frecuentemente coinciden con los que presentan un patrón de comportamiento de mayor riesgo.

Un segundo grupo de barreras tiene que ver con el ambiente que va a rodear la atención prestada: la explicitación por parte del profesional del principio de confidencialidad en que se basa su intervención, la existencia de materiales y espacios de espera y atención adecuados para los adolescentes en el Centro de Salud (y que van desde los materiales de la sala de espera hasta los folletos audiovisuales, etc. de las actividades grupales de educación para la salud, pasando por la posibilidad de concentrar una parte central de las actividades programadas en un mismo día de la semana), y la necesaria formación del personal del programa en la relación con los adolescentes (habilidades de comunicación y escucha, reconocimiento de los aspectos emocionales, abordaje de áreas conflictivas, aspectos evolutivos de la etapa adolescente, metodología grupal, etc.).



FIGURA 3.
Propaganda informativa
del Centro Madrid Salud.

Frente al binomio Salud-Enfermedad, que es el que organiza habitualmente la relación entre profesionales y usuarios de los Centros de Salud, el concepto que prevalece en los adolescentes es el de bienestar-malestar por lo que es mucho más adecuado utilizar este concepto como referente para articular la relación entre el Centro de Salud o el Profesional y el o la adolescente.

Un tercer tipo de barreras se puede producir cuando no se gestionan adecuadamente las demandas urgentes que realiza el o la adolescente. Hay que tener en cuenta que un número significativo de adolescentes van a establecer su primer contacto a través de una consulta relacionada con alguna urgencia, sea ésta real o percibida por el adolescente. Conseguir que los y las adolescentes que realizan una consulta “urgente” en el Centro se conviertan en usuarios regulares del mismo, y permanezcan en el Programa, debe de ser un objetivo del mismo. En este sentido uno de los criterios de nuestro centro es que cualquier adolescente que acude debe ser atendido independientemente de la zona en la que viva, de hecho atendemos a muchos jóvenes que vienen de los pueblos de los alrededores de Madrid.

En otro nivel, y de cara a las actividades de difusión-captación, se debe tener en cuenta que la información de que disponen los adolescentes sobre los Servicios de Salud y las creencias que poseen, con frecuencia son un obstáculo más para su decisión de acudir al Servicio. Los estudios epidemiológicos disponibles con población adolescente indican que, sobre todo en algunos problemas de salud, existe una brecha importante entre las necesidades sentidas (demanda potencial) y las necesidades expresadas (demanda real) en este sector de población; y esa brecha se explica en buena medida por la percepción que tienen los adolescentes acerca de los Servicios de Salud y de los mismos profesionales que les atienden.

Por ello, se hace necesario, dar una información clara sobre los servicios que prestan, los pasos o procedimientos para su uso por el y la adolescente, así como enfatizar los aspectos relacionados con la accesibilidad en las actividades de difusión y captación. Disponer de una imagen y un lema y hacerlo familiar y reconocible facilita el contacto Centro y Adolescente.

Conseguido el objetivo de que acudan a la consulta, se hace preciso dar respuestas de calidad en el servicio. En no pocas ocasiones es preciso separar la demanda explícita de la implícita, porque suele suceder que tras la demanda expuesta aparecen otras necesidades o problemas (consciente o no) a las que hemos de dar respuestas. La mejor herramienta metodológica que hemos encontrado para la atención de los y las adolescentes es la entrevista abierta basada en la escucha activa, donde la empatía se nos presenta como la mejor manera de conocimiento e intervención. Cada chico o chica es una persona, una historia que ha de ser abordada de forma personal e individualizada. Las recetas estándar se nos han mostrada limitadas y limitantes. Los y las adolescentes suelen venir acompañados (parejas, amigos, etc.), que en algunas ocasiones pueden ser componentes fundamentales para el diagnóstico y la terapia. Así es imprescindible, dar espacios a los acompañantes, sin alterar la privacidad y confidencialidad de la atención.

Algunos datos del centro

- El equipo está formado por 20 profesionales de diferentes categorías: médicos, enfermeras, ginecólogas, psicóloga, trabajadora social, socióloga, auxiliares y administrativas.
- Estamos acreditados como centro de salud desde abril del 2006 y como punto de vacunación desde abril de 2007.

TABLA III. Organización por áreas de trabajo del CMS Joven

<p>Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual y reproductiva <ul style="list-style-type: none"> – Metodos anticonceptivos – IVE – Consejo VIH – Sexualidad – Violencia de genero – Educación maternal • Salud mental • Alimentación • Consumo de drogas
<p>Educación para la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres EpS en centro educativos o en el CMSJ • Escuela de madres/padres
<p>Participación comunitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto ARI (rehabilitación urbana) • Mesas de salud, prevención, familia-infancia, etc • Puntos de información • Coordinación movimiento asociativo
<p>Formación e Investigación</p>
<p>Publicaciones. Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de documentación • Web • Folletos • Ponencias y comunicaciones

- Atendemos los 365 días del año.
- Disponemos de los siguientes servicios:
 - Consulta general a demanda y programada de medicina y enfermería.
 - Ginecología de la adolescencia.
 - Atención en salud mental.
 - Consulta de trabajo social.
 - Grupos de educación maternal para adolescentes.
 - Consulta de consejo de VIH/SIDA con extracción de sangre en el centro.
 - Punto de vacunación para corrección de calendario vacunal.
 - Consulta de sexología.
 - Atención a través del correo electrónico (cmsjoven@muni-madrid.es).
- Las actividades del centro están organizadas en las siguientes áreas temáticas indicadas en la tabla III.

Horario

- De lunes a viernes en jornada de mañana y tarde.
 - Mañana de 8,00 a 15,00 h y Tarde de 14,00 a 21,00 h.
- Sábados, domingos y festivos, media jornada.
 - Mañana de 10,00 a 14,00h.

Ubicación

- Navas de Tolosa, 8. Distrito Centro.

DATOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL CMSJ

TABLA IV. Centro Joven. Consulta. Año 2007

	< 21 años	≥ 21 años	Total
Nuevos	7.633	3.497	11.130
Revisiones	10.096	2.908	13.004
Total	17.729	6.405	24.134

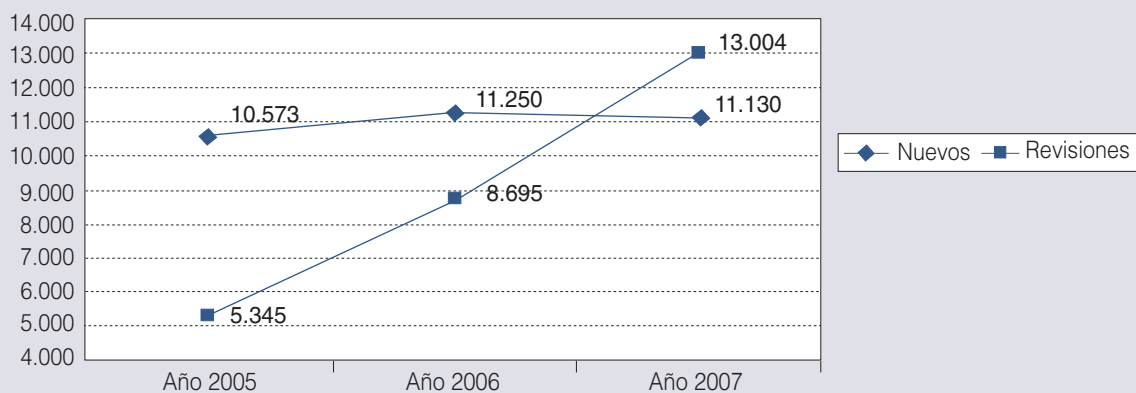


TABLA V. Centro Joven. Atenciones prestadas por tipo de consulta. Año 2007

	<i>Infanto juvenil</i>	<i>Ginecología</i>	<i>Salud mental</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Total</i>
Nuevos	10.454	493	132	51	11.130
Revisiones	8.160	3.021	1.222	601	13.004
Total	18.614	3.514	1.354	652	24.134

TABLA VI. Centro Joven. Motivo de consulta general en menores de 21 años. Año 2007

<i>Motivo de consulta</i>		<i>Usuarios</i>
Imagen corporal	0,98%	163
Relaciones familiares	3,08%	585
Educación trabajo	0,93%	155
Uso sustancias tóxicas	0,25%	42
Emocional	9,23%	1.540
Sexualidad	1,30%	216
Alteración física	1,03%	172
Anticoncepción	11,32%	1.888
Extracciones	2,31%	385
Postcoital	59,58%	9.938
Sospecha gestación	4,02%	670
Ginecología	0,86%	143
ITS	1,08%	180
Información IVE	1,55%	259
Vacunas/inyectables	1,50%	251
Otros/información general	0,57%	94
Total		16.679

DATOS DE ESTRATEGIA EDUCATIVA**Actividades de educación para la salud**

- Las actividades se realizan, tanto dentro del Centro Madrid Salud Joven como en el exterior. El aula que tenemos nos posibilita tener jornadas de **puertas abiertas** con talleres regulares un día por semana.
- Los temas más recurrentes en las intervenciones de Educación para la Salud son:
 - Alimentación e imagen corporal.
 - Relajación y habilidades emocionales
 - Educación sexual.
 - Prevención de la violencia de género.
 - Prevención del consumo de drogas.
- Una gran parte de nuestra actividad se desarrolla en apoyar y dar cobertura a las demandas de los Centros Educativos de la zona.
 - Intervención directa con adolescentes en el aula.
 - Orientación a educadores y mediadores juveniles sobre los problemas de salud biopsicosocial de los adolescentes y jóvenes.
 - Distribución entre los educadores y adolescentes y jóvenes de materiales divulgativos: folletos, guías, trípticos informativos, tanto de Madrid Salud como de otras instituciones de los que disponemos de material.
 - Ponemos a disposición el Centro de Documentación con más de 2.000 reseñas.

TABLA VII. Centro Joven. Lugar de procedencia de usuarios. Año 2007

	<i>Madrid</i>	<i>Madrid inmigrantes</i>	<i>Comunidad de Madrid</i>	<i>CM inmigrantes</i>	<i>Otras CC.AA.</i>	<i>Otros países</i>	<i>Total</i>
< 21 años	12.538	2.997	1.120	88	125	77	16.945
≥ 21 años	4.185	1.126	341	45	146	143	5.986

TABLA VIII. Centro Joven. Tipo de atención a usuarios menores de 21 años. Año 2007

<i>Individual</i>	<i>Pareja</i>	<i>Familia</i>	<i>Adolescente + Familia</i>	<i>Mediadores</i>	<i>Adolescentes + Mediadores</i>	<i>Adolescentes + Amigos</i>	<i>Total</i>
10.991	4.307	245	558	69	92	1.420	17.682

TABLA IX. Centro Joven. Educación para la salud en centros educativos. Año 2007

Dirigido a	Nº colegios	Sesiones	Nº personas
Alumnos	13	118	2.966
Profesores	1	1	9
Total	14	119	2.975

TABLA XI. Centro Joven. Educación para la salud en medio comunitario. Año 2007

	Sesiones	Nº personas
Adolescentes	9	82
Mediadores	163	2.342
Total	172	2.424

Actividades de coordinación

- Participamos en los Planes de Infancia y Adolescencia, de Familia y Plan Joven Municipal.
- Colaboramos en especial con los recursos del distrito Centro: mesas de salud y de prevención, con los que hemos organizado las primeras jornadas de salud comunitaria del distrito en el mes de abril, y la mesa de familia e infancia.
- Con las agentes de igualdad.
- Colaboramos con el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid, se mantiene una relación positiva de colaboración a través de actividades de formación, derivación de adolescentes, participación en jornadas o apoyo a sus actividades de voluntariado. Tenemos un convenio establecido con financiación de Madrid Salud para la atención en fines de semana.
- Con el SEMSI y con CEPAIM, PAIDEIA, Trama, Retiro 3. Los grupos que ellos llevan pasan con frecuencia por el CMSJ para EpS y ser atendidos en las consultas.
- Tenemos contactos con la Asociación Española contra el Cáncer. Con ellos organizamos todos los años, junto con la Escuela de Sanidad y el Ministerio de Sanidad y Consumo el Día Mundial sin Tabaco.
- Hemos establecido una buena relación con la Sociedad de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. En el 2005-06 realizamos varios talleres en el congreso de la sociedad. Formamos parte del Comité de Organización del Congreso que se celebró en marzo del 2006 en Alcalá de Henares.
- Formamos parte del equipo que elabora los programas de formación de la Comunidad de Madrid a través de la Agencia Laín Entralgo para Atención a Adolescentes y Educación para la Salud y a través de la cual hemos impartido tres cursos sobre Consulta Joven y varios sobre Educación Sexual.

TABLA X. Centro Joven. Educación para la salud en el Centro Joven. Año 2007

Dirigido a	Sesiones	Nº personas
Adolescentes con asociaciones	40	599 (9 asociaciones)
Alumnos de centros educativos	21	489 (10 colegios)
Padres y orientadores	31	134
Total	92	1.222

- Para muchos educadores que trabajan en pequeñas asociaciones nos hemos convertido en referencia para derivar o venir a trabajar con sus adolescentes en el centro.

Actividades de investigación y publicaciones

- Se realizan tareas de investigación de ámbito global y sectorial, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo. Asimismo, la información relevante que se deriva de la realización de la actividad del CMSJ se publicará en revistas especializadas, se presenta en congresos, jornadas y seminarios relacionados con los adolescentes (Tabla XII).

Publicaciones

- Informe SIAS. Artículo "Adolescencia, Inmigración y Violencia Sexual"
- Revista Pediatría Integral: Artículo "De píldoras, parches y anillos. Anticoncepción: nuevas opciones, nuevos métodos".
- En colaboración con otros autores, artículo "La práctica de los descansos en el uso de anticonceptivos hormonales en España: resultado de cuatro encuestas de ámbito nacional", publicado en Revista Progresos en Obstetricia y Ginecología nº 49. 2006.
- Uso de métodos anticonceptivos por los jóvenes: una fotografía de la realidad española. En: Evolución de la anticoncepción en España: sociedad, salud y medios de comunicación. Aula Médica Ediciones, 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- Aláez M, Madrid J, Mayor M, Babín F, Cebrián M. Evaluación de un programa de atención a adolescentes en materia de sexualidad y anticoncepción (Programa Joven de Hortaleza). *Clinica y Salud* 1996; **7** (3): 293-315.
- Amarilla Gundín M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia". Chiesi España; 2004.
- Antona A, Madrid J, Aláez M. Adolescencia y Salud. Papeles del psicólogo 2003; **84**: 45-53.
- Barranco E. Salud y relaciones afectivas y sexuales adolescentes. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza: Wyeth-Lederle; 2001.
- Brañas P. Atención del pediatra al adolescente. *Pediatría Integral* 1997; **2** (3): 207-16.
- Brugerá M, Asolo I, Yega M, Espinoza E. Intereses y necesidades de salud en un grupo de adolescentes según sexo y edad. XII congreso nacional de la sociedad española de medicina del adolescente. Libro de ponencias. Pamplona: SEMA; 2001.

TABLA XII. Estudios e investigaciones

<i>Denominación</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Población diana</i>	<i>Nº participantes</i>
Investigación cualitativa sobre la anticoncepción de emergencia	Conocer variables o factores relacionados con la APC	Adolescentes del CMS Joven	20 entrevistas individuales y 2 grupos de discusión
Investigación sobre la percepción de riesgo de VIH en población adolescente residente e inmigrante	Conocer percepción y conocimientos frente a VIH Diferencias entre población residente e inmigrante	Adolescentes CMSJ, Madrid y Granada	Muestra de 3.000 adolescentes
Estudio GRT-BEL 2006	Tolerabilidad y eficacia de un anticonceptivo hormonal de bajo coste conteniendo acetato de clormadinona	Captación y seguimiento de 13 ciclos. 2006/2007	15 casos
Percepción sobre violencia de género en parejas adolescentes	Conocer percepción violencia de genero entre parejas adolescentes	Adolescentes que acuden al CMSJ 240	

- Funes J. Nosotros, los adolescentes y las drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- Madrid J, Antona A. Programa del Adolescente. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Area de Salud y Consumo; 2000.
- Madrid J. Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. *Revista de Estudios de Juventud* 2003; **63**: 63-74.
- Madrid J, Antona A. De píldoras, parches y anillos. Anticoncepción: nuevas opciones, nuevos métodos. *Pediatría Integral*; 2006: 12-6.
- Martín M, Velarde O. Informe Juventud en España 2000. Madrid. INJUVE. Ministerio de Educación y Cultura, 2001.
- Neinstein LS. Salud del Adolescente. Barcelona: JR Prous Editores; 1991.
- OMS. Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos 1999; **886**: 1-17.
- Serrano CV. La salud integral del adolescente. En Manual de Medicina de la adolescencia. Organización panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de Salud nº 20. 587-600. Washington, D.C.: Organización mundial de la Salud;1992.
- Serrano I. Educación para la Salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodológica. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez E. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de Salud,1992.