

ACTUACIONS PREVENTIVES A L'ADOLESCÈNCIA

GUIA PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT



ACTUACIONS PREVENTIVES
A L'ADOLESCÈNCIA

GUIA PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

ACTUACIONS PREVENTIVES A L'ADOLESCÈNCIA

GUIA PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

© Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Edita: Direcció General de Salut Pública
Primera edició: Barcelona, novembre de 2004
Tiratge: 4.000 exemplars
Dipòsit legal: B-48.701-2004

Producció editorial: Ediciones Doyma, S.L.
Il·lustració portada: Modus Operandi
Impressió: Treballs Gràfics, SA

ÍNDEX

Índex

Autors	9
Presentació	13
Introducció	15
Capítol 1. L'atenció a l'adolescent: marc de referència	17
1.1. Els joves i el sistema sanitari	19
1.2. Millora de l'accessibilitat dels joves al sistema sanitari	21
1.3. Organització de la consulta	23
1.4. L'entrevista amb l'adolescent i amb els pares	24
1.5. Àmbits extrasanitaris	31
1.6. Característiques dels professionals	33
1.7. Aproximació multidisciplinària	34
1.8. Promoció de la salut a l'adolescència. Detecció dels factors de risc per emmalaltir	36
1.9. Aspectes ètics i legals	39
Capítol 2. L'adolescent normal	41
2.1. Desenvolupament físic	43
2.1.1. Desenvolupament físic en la noia	43
2.1.2. Desenvolupament físic en el noi	46
2.1.3. Activitat física i esport	49
2.2. Desenvolupament psicològic	51
2.3. Desenvolupament social: família, escola i societat, grup d'iguals	56
2.4. Sexualitat responsable. Identitat i sexualitat	58
2.4.1. Sexualitat responsable i contracepció	63
2.4.2. Anticoncepció d'emergència	67
Capítol 3. Situacions peculiars	71
3.1. L'adolescent amb malaltia crònica	73
3.2. L'adolescent i la família	75
3.3. L'adolescent adoptat	77
3.4. L'adolescent amb problemes acadèmics	78
3.5. L'adolescent agressiu	81
3.6. L'adolescent amb dificultats socials	83
3.7. Violació, abús sexual i maltractaments	86
3.8. L'adolescent en el sistema judicial	88
3.9. L'adolescent i el divorci o la separació dels pares	91
Capítol 4 . L'adolescent amb problemes específics	93
4.1. Trastorns pondoestaturals	95
4.2. Obesitat a l'adolescència	98
4.3. Problemes ortopèdics més freqüents	100
4.4. Salut mental: problemes més freqüents	104
4.4.1. Depressió. Conducta suïcida. Trastorns afectius	104
4.4.2. Trastorns de conducta o trastorn dissocial	107
4.4.3. Trastorns de la conducta alimentària	109
4.4.4. Altres trastorns psiquiàtrics	112

4.5. Problemes de l'aparell genital _____	115
4.5.1. Problemes de l'aparell genital en la noia _____	115
4.5.2. Problemes de l'aparell genital en el noi _____	119
4.6. L'acne _____	122
Capítol 5 . Conductes de risc _____	125
5.1. Consum de drogues _____	127
5.1.1. El tabac _____	134
5.1.2. L'alcohol _____	140
5.1.3. Cannabis i derivats _____	142
5.1.4. Altres drogues _____	146
5.2. Sexualitat _____	149
5.2.1. Malalties de transmissió sexual _____	150
5.2.2. Embaràs _____	153
5.3. Accidents _____	156
Capítol 6. Recomanacions segons l'edat _____	161
Bibliografia _____	167

AUTORS

Autors

Han coordinat l'elaboració de la guia:

Departament de Salut:
Direcció General de Salut Pública

Ramon Prats
Blanca Prats

Coordinadors dels Subgrups de treballs:

Carles Surís
Rosario Jiménez
Rosa Ros
Josep Toro
Josep Cornellà
Vicens Martínez

Han participat en l'elaboració i la redacció de la guia en els subgrups de treballs:

Xavier Allué
Neus Altet
Carles Ariza
Mercè Armelles
Clara Bardón
Josep M. Bofarull
Elisabeth Buira
Joaquim Cabra
Tomás Cantó
Ignasi Casado
Elies Casals
Fina Castro
Ana Cerro
Rosa Clivillé
Montserrat Contel
Josep Cornellà
Dolors Costa
Elisa de Frutos
Farnés de la Cruz
Pilar Duro
Maria Estrada

Rosa Fernández
Sofia Ferré
Santiago García Tornel
Marta Girós
Rafel Guayta
Diana Guerra
Mireia Jané
Rosario Jiménez Leal
Josep M. Lailla
Silvia López
Àlex Llusent
Xavier Majó
Cristina Martínez
Vicens Martínez
Mercè Mercader
Teresa Miró
Cristina Molina
Manel Nebot
Vicenç Ollés
Núria Parera
Pere Plaja

Jordi Pou
Rosa Pous
Blanca Prats
Montserrat Puig
Miquel Àngel Pujals
Begoña Ribas
Carles Roig
Rosa Ros
Assumpció Roset
Esteve Saltó
Benicio Sanz
Teresa Securun
Lluís Serrat
Pilar Soteras
Carles Surís
Jorge Luis Tizón
Josep Toro
Lluís Torralba
Assumpció Trinxant
Lluís Urbiztondo
Roser Viladot

Han col·laborat les següents institucions:

- Societat Catalana de Pediatria
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia
- Societat Catalana de Contracepció
- Societat Espanyola de Medicina de l'Adolescent
- Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears
- Associació Catalana de Llevadores
- Departament d'Educació
- Secretaria General de Joventut
- Departament de Justícia
- Societat Espanyola d'Obstetrícia i Ginecologia

Presentació

El Departament de Salut es planteja com una prioritat important l'atenció a l'adolescència, ja que és el període d'eclosió de la personalitat durant el qual es consolidaran els valors, les actituds i els estils de vida, tan importants per a la salut futura dels adolescents i els joves. En aquesta etapa, els adolescents tenen necessitats de salut objectives que no sempre són percebudes per ells d'aquesta forma. Aquesta característica s'expressa en la forma d'utilització dels serveis sanitaris per part dels adolescents i els joves, que es caracteritza per la baixa freqüentació d'aquests serveis, el seguiment irregular dels trastorns i un abordatge poc estructurat.

Per aquest fet, l'atenció sanitària als adolescents ha de tenir unes característiques pròpies diferents a les de l'adult i l'infant. És important que el jove tingui al seu abast tota la informació, i també cal facilitar-li l'accés als professionals i al sistema sanitari en condicions que assegurin la confidencialitat i la privacitat.

Els adolescents en la seva evolució busquen entendre el seu entorn, així com l'organització dels seus sentiments, vivències i emocions. Les interrelacions, especialment amb el seu grup d'iguals, juguen un paper clau en el seu desenvolupament, però la família forma part del seu marc de referència i, per tant, és també de vital importància. També tenen un paper clau altres grups, com l'escola, els amics o la societat.

Alguns problemes de salut dels adolescents (consum de tòxics, alcohol, trastorns mentals, embarassos) solen tenir etiologia multifactorial. Els factors que hi influeixen poden ser de tipus personal, familiar, sociocultural, etc., a la vegada que també hi

participen condicionants externs (noves estructures familiars, violència en la societat, perspectives laborals, immigració) que influeixen en una població especialment vulnerable com és l'adolescent.

Per orientar el conjunt de factors determinants de la salut dels adolescents, caldrà un abordatge multidisciplinari que està en mans de diferents professionals: pediatres, metges de família, obstetres, llevadores, professorat, monitors, etc., i que inclogui actuacions en diferents àmbits (salut, escola, lleure...).

Per tal de facilitar la implementació d'aquestes recomanacions en els diferents àmbits es potenciarà des del Departament de Salut i amb el Departament d'Educació el Programa "Salut i Escola", que impulsarà les actuacions de prevenció i promoció de la salut a l'escola i coordinarà les actuacions en el territori, tal i com es proposa de manera consensuada en els continguts d'aquestes publicacions.

Aquesta Guia representa una aportació encaminada a aconseguir aquest objectiu, i és el resultat del treball realitzat per un ampli grup de professionals de la salut i de les associacions i societats científiques implicades en l'atenció als joves.

Els continguts que aquesta Guia proposa són unes recomanacions flexibles per on pot discórrer la pràctica professional, amb la il·lusió que aquestes pautes serveixin per millorar la salut futura dels nostres joves i adolescents.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

Introducció

Una Guia sobre Actuacions preventives a l'adolescència com a resposta a una necessitat latent

En el context actual de la medicina preventiva i la salut pública hi ha un interès per fer front als problemes emergents i les desigualtats, així com a les noves amenaces globals, en un context de salut progressivament favorable.

Les grans línies estratègiques del Departament de Salut en aquest camp han de ser de tipus anticipatives, resolutives, basades en l'evidència científica, avalades legalment i properes als ciutadans. D'aquesta manera es pot garantir la confiança i la seguretat dels ciutadans.

En els darrers anys s'han produït en la nostra societat una sèrie de canvis sociològics i culturals que han determinat l'allargament de l'etapa de l'adolescència. Aquest fet ha desencadenat noves necessitats en aquest grup dels adolescents i joves, de manera que el sistema sanitari ha incorporat noves formes d'accessibilitat i actuació davant aquest grup d'edat.

L'augment de coneixements sobre l'adolescència i la preocupació per part dels professionals que tracten amb els adolescents ha estimulat la creixent necessitat d'un marc de referència o de treball per orientar les activitats preventives en aquest grup d'edat.

Els joves tenen unes característiques específiques que han fet necessari elaborar aquesta Guia amb unes peculiaritats que s'adeqüin a les seves necessitats i en un entorn interdisciplinari.

Aquesta Guia, doncs, és la continuació de la línia de treball iniciada en els *Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica*, però donant unes eines específiques per al grup dels joves, que també presenta unes peculiaritats determinades.

Actuacions preventives a l'adolescència. Guia per a l'atenció primària de salut.

Com tothom sap, l'adolescència és una etapa de canvis, un període de transició entre la vida infantil i adulta, que no solament comprèn canvis biològics

sinó també una evolució psicosocial inserida en un marc concret.

L'etapa de l'adolescència és difícil d'emmarcar en unes edats concretes. No obstant això, s'ha emmarcat en 3 etapes:

- la primera adolescència (que inclouria dels 10 als 14 anys, aproximadament)
- l'adolescència mitjana (dels 15 als 17 anys)
- l'adolescència tardana (dels 18 fins als 21 anys)

La mortalitat i morbiditat de les malalties físiques no és un problema prevalent entre els adolescents. Les seves principals patologies no es deuen sobretot a causes físiques sinó a comportaments d'interrelació amb el medi. Per tant, es tracta de treballar els factors de promoció i prevenció de la salut, evitant els factors de risc, per aconseguir una bona integració amb el medi físic i social.

Els principals comportaments de risc serien la conducció de vehicles de motor, desajustaments en les relacions interpersonals, consum de drogues, relacions sexuals sense protecció i, en general, conductes nocives per a la seva salut.

Els objectius globals que es pretenen aconseguir amb la implementació d'aquesta Guia són:

- Facilitar uns hàbits de salut i unes actituds positives en l'etapa de l'adolescència.
- Fer prevenció de les malalties i dels comportaments de risc en l'etapa de l'adolescència.
- Crear nous espais i noves vies de captació dels joves, per tal de facilitar-los l'accessibilitat al sistema sanitari.
- Garantir la confidencialitat i la privacitat d'aquests espais.
- Donar una eina de treball per als professionals que treballen amb joves en diferents àmbits d'actuació (escola, esplai, centres d'atenció primària...)
- Integrar els diferents sectors en la tasca d'atenció als adolescents, de manera que aquesta es faci extensiva no solament al sistema sanitari i extrasanitari, sinó a tota la societat.
- Donar a conèixer nous recursos materials i humans orientats a la millora de la salut dels joves (Programa de salut sexual i reproductiva, met-

ges de família, pediatres, infermeria comunitària, professorat...).

- Posar les bases per donar una atenció de salut als joves integral.

Aquesta Guia s'estructura en diferents parts:

- **L'atenció a l'adolescent: marc de referència.** Vol donar les pautes als professionals que tracten amb joves sobre com poden accedir els joves al sistema sanitari i quins àmbits extrasanitaris existeixen que facilitin el contacte amb l'adolescent.

Es tracten també els aspectes ètics i legals, entre ells el concepte del menor madur i la relació que s'estableix entre el professional i el jove, així com les característiques especials que ha de contenir l'entrevista clínica.

- **L'adolescent normal.** En aquest grup de temes es tracten les peculiaritats físiques de l'adolescència normal i el desenvolupament psicològic i social, així com la sexualitat responsable, els mètodes contraceptius i l'anticoncepció d'emergència.

- **Situacions peculiars.** Dins de l'àmbit de l'adolescència s'han treballat aquelles temàtiques referents a les situacions peculiars amb què es pot trobar l'adolescent en l'entorn actual (la violència, la immigració, l'adolescent en el sistema judicial, els problemes acadèmics, els canvis dintre del context familiar...).

- **L'adolescent amb problemes específics.** Comprendria aquells trastorns de desenvolupament i creixement, obesitat, trastorns mentals, problemes afectivosexuals, problemes ortopèdics i d'activitat física.

- **Conductes de risc.** Comprèn la prevenció d'aquestes conductes (tabac, alcohol, drogues, accidents i sexualitat de risc).

La Guia finalitza amb un bloc de recomanacions segons les edats, que comprèn els cribratges, proves físiques, immunitzacions, signes d'alerta i temes d'educació sanitària.

Aquesta Guia és el resultat de l'esforç conjunt d'un ampli grup de professionals de diferents àmbits i de les societats científiques i associacions, que han elaborat aquest seguit de recomanacions després d'un treball continuat que feia necessari l'elaboració d'un material destinat als professionals que atenen joves en l'àmbit preventiu.

Aquest document ha estat elaborat consensuadament per cinc grups de treball interrelacionats entre si: un grup d'epidemiologia i característiques dels joves, un grup de trastorns relacionats amb la patologia física, un grup de prevenció de les conductes de risc (drogues, tabac, alcohol, accidents), un grup d'afectivitat i sexualitat (prevenció de les malalties de transmissió sexual i embarassos no desitjats), un grup de salut mental en l'etapa juvenil (patologies, problemes escolars, violència i maltractaments).

Aquests grups de treball han estat integrats per professionals de tots els àmbits (pediatres, metges d'atenció primària, psiquiatres infantojuvenils, psicòlegs clínics, especialistes en adolescència, professionals d'infermeria, llevadores, educadors, ginecòlegs, farmacèutics, especialistes en medicina preventiva...).

Com a fruit d'aquest treball s'ha elaborat aquesta Guia, que caldrà emmarcar dintre de les possibilitats de cada situació i àmbit de treball, ja que són unes recomanacions que hauran de ser revisades i contrastades amb els resultats obtinguts, amb l'esperança que sigui útil com a pauta de treball per facilitar la tasca preventiva que ja molts professionals estan duent a terme amb els joves.

Antoni Plasència i Taradach
Director general de Salut Pública

Capítol 1

L'atenció a l'adolescent: marc de referència

1.1. Els joves i el sistema sanitari

Introducció

La utilització dels serveis sanitaris per part dels adolescents i joves, i més àmpliament la seva relació amb els recursos del sistema de salut, té unes característiques específiques que, tant a Catalunya com als països europeus en general, es tradueixen en problemes de freqüentació baixa, seguiment irregular dels trastorns i un abordatge poc estructurat.

D'altra banda, els joves, tot i presentar una baixa freqüència i gravetat de patologies, mostren prevalències elevades dels principals factors de risc associats als problemes prioritaris de les polítiques comunitàries de salut (cardiovascular, càncer, accidents, salut mental, drogodependències, etcètera).

En aquest sentit, un objectiu fonamental dels serveis sanitaris en relació amb la població jove ha de ser l'organització i adequació de l'oferta a les seves característiques i necessitats especials.

Segons l'ESCA (Enquesta de salut a Catalunya 2002, amb una submostra d'aproximadament 582 individus de 15 a 19 anys), la visita al metge general els darrers 12 mesos en edats de 0-14 anys és del 34,1% en dones i el 33,8% en homes; i quan parlem d'edats de 15-19 anys, del 67,8% en dones i el 65,5% en homes.

En el cas de visites al pediatre en els darrers 12 mesos la freqüentació és, en edats de 0-14 anys, del 76,9% en dones i el 80,4% en homes; i en edats de 15-19 anys, de l'1,5% en dones i el 0,9% en homes.

Quan es pregunta si s'han dut a terme exàmens mèdics preventius en edats de 15-19 anys responen que sí el 30,1% dels homes i el 26,2% de les dones d'aquesta edat. En el cas dels majors de 19 anys responen que sí el 48,2% dels homes i el 41,7% de les dones.

Aquest esforç d'adaptació a un grup específic d'usuaris implica conèixer millor els elements diferencials que els adolescents i joves presenten en

relació amb l'atenció sanitària. En tot cas, cal remarcar l'existència de 2 grans grups de població diana: els adolescents (entre els 12 i 19 anys, en línies generals) i els joves adults (entre els 20 i 29 anys), cadascun amb elements propis, tant en relació amb el grau de maduració personal i social com pel que fa a les habilitats de relació amb els serveis sanitaris.

Una anàlisi general de la situació ens permet conèixer els principals elements influenciadors d'aquesta baixa, irregular i inadequada utilització dels serveis, entre els que destaquen els següents:

- Presència majoritària de malaltia aguda i poc rellevant i, en conseqüència, pocs problemes crònics o greus.
- Escassa sensibilització sobre la salut i la malaltia. Sensació d'invulnerabilitat. Baixa consciència del risc i la prevenció.
- Problemes d'accessibilitat i adequació dels serveis: horaris, circuits administratius, etcètera.
- Dependència i problemes de relació i comunicació amb els pares.
- Alguns dels problemes de salut amb una prevalença més alta entre els joves, com els hàbits tòxics, la patologia sexual o els trastorns mentals, requereixen un entorn de confidencialitat i acolliment específic per part del sistema sanitari.

Alguns elements per a l'enfocament de l'atenció sanitària als joves i adolescents són:

- L'atenció sanitària dels joves a Catalunya, inclosa la de tipus preventiu, té fonamentalment 3 portes d'entrada: l'atenció primària de salut, l'atenció especialitzada (els recursos sobre drogodependències, sexualitat, malalties de transmissió sexual o salut mental) i els serveis d'urgències (amb els traumatismes com a principal element de demanda). Així, en primer lloc, cal definir estratègies sanitàries diferenciades de millora a l'accessibilitat i continuïtat del seguiment en aquests

- 3 àmbits de l'atenció sanitària, adreçades als adolescents i joves.
- Un bon punt de partida és l'inici o la consolidació de les accions d'adequació dels espais, circuits, horaris i altres components infraestructurals i organitzatius dels serveis.
 - La millora de coneixements i habilitats dels professionals sanitaris (millora del coneixement de les patologies orgàniques, mentals i socials més freqüents en aquests grups d'edat, del coneixement dels valors i l'entorn dels joves i perfeccionament de les eines de comunicació amb el pacient).
 - En el cas dels adolescents cal tenir en compte els aspectes jurídics i deontològics de l'atenció als menors d'edat, així com la relació del professional amb els pares o tutors. Tot i l'existència de normativa legal i de recomanacions elaborades per les entitats professionals, aquest pot ser un dels punts més complexos de l'atenció a un menor d'edat.
- Com en altres àmbits de la bona pràctica professional, és important elaborar i aplicar protocols d'efectivitat demostrada en relació amb intervencions preventives, de tractament i de seguiment dels problemes de salut més prevalents, específics per a cada població objecte.
 - Així mateix, es recomanaria iniciar i/o optimitzar la coordinació amb altres àmbits de la vida dels joves, com els centres d'ensenyament i de treball o els àmbits de lleure, entre d'altres.
 - L'abordatge dels problemes sanitaris i socials més específics de la població jove requereix l'accés a recursos especialitzats (centres d'atenció sexual, d'atenció a les toxicomanies, etc.) amb estratègies pròpies de detecció, tractament i seguiment.
 - Un element organitzatiu de molta utilitat en altres països és el desenvolupament i la consolidació d'unitats de referència per a l'atenció a adolescents, que ofereixen suport especialitzat i dinamitzen les activitats dels centres no especialitzats.

1.2. Millora de l'accessibilitat dels joves al sistema sanitari

Introducció

Sovint l'adolescent no té facilitat per accedir als serveis sanitaris. A la vegada que en aquests darrers anys els problemes de salut integral dels adolescents i joves s'han fet cada cop més complexos, els nostres sistemes organitzatius en certes ocasions no han facilitat l'accés dels joves als serveis de promoció de la salut.

Barreres en el sistema de captació

Algunes de les barreres que els adolescents o joves poden trobar al centre d'atenció primària són:

1. Llistes d'espera per tenir una visita amb el seu metge de capçalera.
2. Freqüentment, en la mateixa cua es gestionen les derivacions, receptes dels malalts crònics, visites per especialistes, etcètera.
3. Els telèfons sovint comuniquen i els joves han de trucar més d'un cop quan finalment es decideixen a demanar visita.
4. Se'ls fa difícil compaginar els horaris de visita del seu metge amb els dels estudis o de la feina que realitzen, que generalment és força precària.
5. Han de compartir sala d'espera amb nens i nadons de la visita de pediatria o, si van a la consulta dels adults, amb gent gran i coneguts dels pares.
6. Possibles llargues esperes perquè els professionals generalment van amb retard.
7. Professionals poc formats en el tracte amb els pacients joves, que es senten incòmodes i "jutjats".
8. Por de que el professional que l'atén pugui explicar als pares els motius de la seva visita.

Primers contactes amb el servei sanitari. Demanda de visita

Habitualment, quan l'adolescent fa una demanda de visita acudeix als centres de primària d'urgències. Les causes solen ser quadres de vies respiratòries altes o bé traumatismes.

Si davant les demandes troba llistes d'espera, probablement anirà a un centre hospitalari. Molts d'aquests adolescents o joves no identifiquen el seu pediatre o el seu metge de referència i, a més a més, senten la necessitat d'atenció sanitària immediata.

Aquest tipus de visites es solen solucionar ràpidament, però creiem que també s'haurien d'aprofitar per iniciar una atenció integral biopsicosocial dels nostres adolescents.

Algunes idees per millorar aquests primers contactes amb els serveis sanitaris són:

1. Fer una explicació de com funciona el nostre centre i presentar-nos com a professionals que els atenem. Si no som el seu metge o pediatre de capçalera podem adreçar-lo a ell en properes visites.
2. En els primers contactes amb el centre, els nois s'han de sentir ben rebuts; si no, no tornaran. De vegades, costa no "renyar-los" per consultar sempre fora d'hora.
3. Si qui atén el jove és el seu propi metge o diplomad d'infermeria, s'hauria d'aprofitar per elaborar una història clínica i de detecció-prevenció de riscos. També és possible tornar a citar el pacient per fer-ho, però hem de pensar que els joves, sobretot els de major problemàtica, poden no acudir a la visita.

4. Des dels equips d'atenció primària s'hauria de mantenir el contacte amb els instituts i els centres docents de la zona. D'aquesta manera s'afavoreix que l'adolescent identifiqui on són els seus professionals sanitaris de referència.
5. Des de les unitats d'atenció als usuaris s'han de facilitar l'accés i la confidencialitat dels joves.

Exemple

Una noia de 16 anys acudeix a un centre d'atenció primària perquè té un dubte sobre anticonceptius. Si al taulell d'atenció a l'usuari, amb 10 persones més fent cua, se li pregunta el motiu de la seva visita, el més probable és que no arribi a entrar a la consulta.

Idees clau

- Els adolescents tenen una manera pròpia de pensar i alguns dels problemes que poden presentar són característics d'aquesta edat: dificultats adaptatives i escolars; consum d'alcohol, tabac i drogues; relacions sexuals no segures; alteracions de salut mental, entre d'altres.
- Totes aquestes alteracions presenten un tipus d'atenció mèdica específica que té unes característiques pròpies i que es tractarà més endavant.
- Malgrat tot, per tal que el noi arribi a l'interior de la consulta, cal tenir cura de molts altres factors externs, tal i com acabem de veure.
- No obstant, el que l'adolescent valorarà de forma molt important és com se sent rebut i escoltat pel professional que l'atén.
- Hem de pensar que molts dels problemes de salut que suposen una molt important despesa sanitària, s'inicien durant l'adolescència i la joventut. Així, sempre serà rentable tenir la màxima cura en la manera com atenem els joves.

1.3. Organització de la consulta

Introducció

Des de la consulta d'atenció primària és difícil entrar en discussions de com haurien de ser les característiques físiques de la consulta ideal per atendre els adolescents. La realitat és que cada centre és diferent i que s'ha de comptar amb el que tenim.

Sovint, el fet de proporcionar a l'adolescent una consulta específica no garanteix la seva cooperació.

Així, doncs, el més important és com es desenvolupa l'entrevista clínica amb el jove un cop ha entrat a la consulta.

“El que realment importa és la manera en què el professional sanitari parla amb ell i el tracta”
(J. Roswell Gallagher, pare de la medicina de l'adolescent).

Modificacions en la consulta

Hi ha qüestions que sense suposar grans modificacions poden fer que el jove se senti més còmode en els nostres centres:

1. Visites concertades amb els adolescents. Podem citar-los a primera o última hora per evitar les aglomeracions de les sales d'espera (nadons plorant, nens saltant per les cadires, avis explicant les seves malalties).
2. Dedicar una franja horària concreta a la seva atenció.
3. Colocar fulletons específics amb temes del seu interès: efectes de l'abús de substàncies tòxiques (com les drogues de síntesi), informació sobre mètodes anticonceptius i sobre les relacions sexuals, etcètera.
4. És imprescindible que a les consultes hi hagi una mica d'intimitat i és recomanable fer servir una cortina per fer les exploracions físiques.

Recomanacions sobre l'organització de la consulta

Aquestes recomanacions poden ser útils pels professionals no acostumats a atendre adolescents a la consulta. Bàsicament tracten sobre com organitzar la visita. (Vegeu l'apartat 1.4.)

Idees clau

- És realment important la manera com el professional s'adreça a l'adolescent o jove, i tal com li parla i el tracta.
- Serien recomanables unes condicions específiques en la consulta per tal de tractar adequadament els joves, amb una franja horària específica.
- És important no entrar en polèmiques amb els pares i l'adolescent.
- Cal escoltar ambdues parts i fer un primer recull de la informació de la història clínica conjuntament amb els pares.
- Cal garantir la confidencialitat de l'entrevista. Així mateix, cal deixar clar que s'està atenent l'adolescent i no els pares.
- Posteriorment, s'entrevistarà l'adolescent de forma individual o s'aprofitarà per citar-lo més endavant.

1.4. L'entrevista amb l'adolescent i amb els pares

Introducció

L'objectiu de l'entrevista clínica és obtenir informació sobre l'adolescent i el seu entorn, amb un caràcter marcadament biopsicosocial.

Sovint, això és difícil. Ens trobem amb un jove "arrossegat" a la nostra consulta que es mostrarà desconfiat, depressiu o bé xerraire i autosuficient, com un mecanisme de defensa. És per això que ens poden ser d'utilitat els qüestionaris.

L'entrevista amb l'adolescent

La utilització de qüestionaris

Són d'utilitat els qüestionaris senzills, adaptats al seu llenguatge i que ens permeten aprofundir en diferents punts.

Aquests qüestionaris poden servir-nos com una guia per fer una entrevista semiestructurada o bé per tenir una eina uniforme per passar als nostres adolescents. (En trobareu un parell d'exemples en els annexos 1 i 2.)

No obstant, animem a que cada professional intenti el·laborar el seu propi.

Detecció de riscos

El professional sanitari que vol atendre adolescents ha de tenir present que cada visita pot ser una oportunitat única per detectar possibles riscos o malalties en estat inicial, abans que suposin un risc veritable en la seva futura vida d'adult.

L'entrevista clínica s'ha de considerar terapèutica en si mateixa i ens ha de servir per conèixer el jove que tenim davant.

L'entrevista clínica ha de servir per fer-li veure que hi ha una persona adulta que sap escoltar-lo

i que pot orientar-lo pel que fa a la seva salut integral.

Esquema d'actuació de l'entrevista amb l'adolescent

Presentació del professional

- Hem de presentar-nos a l'adolescent. Explicar-li qui som nosaltres i qui són els diferents membres de l'equip. Aquest procediment és necessari ja que l'adolescent no té clares les funcions dels professionals de la salut.
- Quan surti de la consulta, el jove ha de ser capaç d'identificar el professional amb qui ha parlat. D'aquesta manera hi podrà tornar si té algun dubte.

Presentació de l'adolescent

- És convenient conèixer el nom i si s'escau el sobrenom del noi o noia.
- Les premises serien: observar molt i escriure poc. Hem de fixar-nos en tot el llenguatge no verbal: des de la roba i l'actitud, fins el moviment de les mans, la manera de seure i de mirar. Això ens donarà idea dels sentiments de l'adolescent, i així mateix provocarà determinats sentiments en els professionals (angoixa, avorriment, agressivitat). Per tant, hem de conèixer i saber controlar aquestes emocions.

Bona relació entre el professional i l'adolescent

- Hem d'assegurar la privacitat i la confidencialitat en l'entrevista. (El concepte de confidencialitat el trobareu desenvolupat en l'apartat 1.9.)

Intervencions dels professionals

- Hem de fer servir un llenguatge que els joves puguin entendre, però a la vegada evitar utilitzar “argots” juvenils, ja que l'adolescent no necessita un col·lega (i tampoc ens veu a nosaltres com a tals) sinó que necessita un professional sensible als seus problemes.
- Així mateix cal evitar els silencis perllongats i comentaris que puguin implicar un judici de valor.
- És preferible que el jove reflexioni i arribi a les seves pròpies conclusions. Sempre és millor una argumentació pròpia que un consell que prové d'un altre.

Empatia a l'entrevista

- Hem de prendre seriosament qualsevol comentari que el jove ens faci.
- L'hem de fer sentir-se valorat com a persona.
- Haurem d'evitar que es senti tractat com un nen o un cas clínic. Amb la nostra actitud caldrà fer-li veure que els seus problemes ens importen (“no són coses de criatures”).
- Cal evitar els judicis de valor.
- S'ha de provar de comprendre totes les conductes. Això no significa que les recolzem o acceptem.
- Recordar la nostra pròpia adolescència ens pot ajudar a entendre'ls.

Responsabilitat

- No hem d'oblidar que l'adolescent és responsable de la seva pròpia cura. Cal recordar-li-ho en l'entrevista.
- Són ells qui han de prendre les seves pròpies decisions i, sovint, nosaltres només els hem de facilitar una informació veraç.

Davant dels pares

- Cal recalcar les característiques positives de l'adolescent. Els pares immersos en la convivència diària, sovint difícil, no són capaços de reconèixer-les.
- De cap de les maneres els professionals hem d'interferir en la relació entre pares i fills.

- El nostre objectiu serà facilitar la comunicació entre les dues parts.
- Si cal es podrà fer una entrevista només amb els pares, però sempre se n'ha d'informar l'adolescent.

Detalls a recollir en l'entrevista

Motiu de la consulta

- Abans de res cal delimitar el motiu de la consulta.
- Si va amb els pares, assabentar-se de qui ha demanat la visita, ja que sovint poden no coincidir els punts de vista dels pares amb el de l'adolescent.
- És preferible, en un primer moment, no entrar en polèmiques i informar el noi o noia que més tard també podrà dir la seva. Es poden fer servir fórmules del tipus: “Si et sembla, escoltarem primer el que expliquen els pares; després podràs dir-me el que penses de tot això”.
- No obstant, no podem perdre de vista el fet que, sovint, darrera d'aquest motiu de consulta poden haver-hi altres problemes relacionats o no. Si l'actitud del professional és oberta aquests problemes sortiran a la llum.
- Convé explorar, de forma sistemàtica, aquells detalls de la vida de l'adolescent que ens interessin. (Podem fer servir un guió com el proposat en l'annex 3.)

Història clínica

Si és la primera vegada que visitem el jove i no tenim la història clínica completa (al·lèrgies, vacunes, malalties) és millor recollir aquesta informació amb l'ajuda dels pares.

En la primera entrevista és important deixar clar que el professional està atenent l'adolescent i no els pares.

Així mateix, és el moment ideal per garantir la confidencialitat.

Podem fer servir fórmules del tipus: “Vull que sàpigues que sóc el teu metge, de manera que tot el que parlem serà confidencial i quedarà entre tu i jo. Només puc faltar a aquest compromís si el que m'expliques suposa un perill per a tu o per a altres persones”.

FACTORES*

FAMÍLIA:	relació amb els pares i germans, grau de satisfacció.
AMISTATS:	activitats, esports, tipus de relacions.
COL·LEGI/FEINA:	rendiment, grau de satisfacció.
TÒXICS:	experimentació-abús, tabac, alcohol, drogues.
OBJECTIUS:	estudi, feina, família, ideals, il·lusions.
RISCOS:	esports, moto, cotxe; medicaments, dietes; abús sexual, ambients violents.
ESTIMA:	acceptació personal, autoestima, valoració de la pròpia imatge.
SEXUALITAT:	informació, precaucions, activitat, identitat.

* Acrònim proposat per Garcia-Tornel.

Dades de l'històric

A continuació es convida als pares a tornar a la sala d'espera per completar l'entrevista amb l'adolescent.

Aquesta entrevista pot ser llarga, de manera que hem de valorar el temps de que disposem i intentar programar una altra visita si veiem que és necessari, per tal de disposar de més temps. D'aquesta manera podrem recollir totes les dades necessàries de l'històric del jove i parlar amb ell de forma més relaxada.

Per exemple, podem fer servir fórmules del tipus: "Si els sembla, els agrairé que esperin fora uns minuts, mentre el seu fill i jo acabem de recollir les dades del seu històric", o bé "Què et semblaria tornar-nos a veure d'aquí a uns dies, disposant de més temps, per acabar de parlar d'aquestes qüestions?".

Desenvolupament de l'entrevista

Durant l'entrevista cal que el jove parli el més possible:

- Hem d'intentar escoltar.
- Cal vigilar amb els comentaris.
- No hem d'emetre judicis de valor.
- S'ha d'evitar al màxim possible escriure en la presència del noi o noia.
- Ha de ser una conversa, no un interrogatori.

Facilitadors de la comunicació**Preguntes obertes**

Permeten que la resposta no es limiti a un sí o un no. D'aquesta manera l'adolescent o el jove es pot explicar.

Exemples

- "Explica'm més sobre això..."
- "Com et vas sentir?"
- "Què t'agradaria canviar de la relació amb el pare/la mare/els amics?"
- "Hi ha altres temes sobre els quals t'agradaria preguntar?"
- "Tens cap dubte sobre algun tema en concret?"

Respostes en mirall

Es tracta de repetir les seves pròpies respostes, donant peu a que expliqui el que volen dir.

Exemple

Entrevistador: "Quina relació tens amb el teu pare?"

Adolescent/jove: "L'odio".

Resposta en mirall (entrevistador): "L'odies?".

Amb una mica de sort, l'adolescent seguirà la conversa i ens ho explicarà.

Clarificar i fer resums

Permet aprofundir en les afirmacions dels joves i veure si tant el professional com l'adolescent estan parlant del mateix.

Exemple

Entrevistador: "Què vols dir amb això de que odies el teu pare?". "Així, que pel que estic entenent, la relació amb el teu pare dius que és dolenta i, fins i tot, dius que l'odies. És això?"

Afirmacions que faciliten la discussió

Sobretot són útils en temes delicats. D'aquesta manera s'evita fer sentir al jove que és diferent dels altres o que està fent alguna cosa dolenta o inadequada.

Exemples en tercera persona

Poden permetre una projecció i es poden fer servir en temes encara més compromesos.

Exemple

Entrevistador: "M'han dit que sense prendre pastilles és difícil divertir-se a les discoteques. Tu què en penses?".

Empatitzar

Fer intervencions que deixin clara l'actitud del professional. Mostrar comprensió i posar-se en el lloc del jove.

Exemple

Entrevistador: "Imagino que t'ho has passat molt malament, i a més a més sense poder parlar amb ningú..."

Alguns adolescents especialment "difícils"

L'adolescent xerraire

Hi ha adolescents que parlen constantment, com a mecanisme de defensa. Així eviten entrar en temes conflictius i proven de desviar la nostra atenció.

És recomanable no fer cas de les exageracions, no entrar en detalls i intentar concentrar-se en allò que l'adolescent intenta dir.

Haurem de fer una entrevista força estructurada, marcant uns límits. Poden ser útils fórmules com la de l'exemple.

Exemples

Entrevistador: "Veig que t'agrada molt parlar d'aquests temes. Per què?", o bé "Considero que ja hem parlat prou d'aquest tema, i si ara m'expliques...?".

L'adolescent silenciós

És aquell que no vol parlar. Normalment ha estat obligat pels pares a anar a la consulta i veu el metge com una part de l'estructura de poder dels adults.

Alguna vegada poden ser adolescents maltractats que no són capaços de parlar de les seves pors. Hi ha frases que ens poden ajudar.

Exemple

Entrevistador: "M'imagino que estàs molt enfadat. Suposo que t'han obligat a venir". "Crec poder entendre com et sents..."

L'adolescent enfadat i agressiu

Davant d'aquests joves, sovint ens és difícil no involucrar-nos de forma negativa i no enfadar-nos

amb ells. Hem de recordar que nosaltres, com a professionals sanitaris, no som el motiu de la seva ràbia.

La millor manera de resoldre aquesta situació és intentar descobrir per què està enfadat i poder reconèixer aquests sentiments. A partir d'aquí podem oferir ajuda o excusar-nos si cal.

Exemple

Entrevistador: "Et veig molt enfadat i no sé si és perquè t'has hagut d'esperar molt a la sala d'espera. Et prego que si és així em disculpis, però digues-me en què et puc ajudar..."

L'adolescent plorós

Hi ha metges que es poden sentir incòmodes davant les llàgrimes dels pacients, però aquestes poden resultar beneficioses i terapèutiques.

És una oportunitat pel metge per estar més a prop del jove, fent un recolzament silenciós, donat que la majoria dels pacients es controlen en un curt període de temps.

És útil tenir mocadors de paper a les consultes.

Qüestionaris

Proposem 3 qüestionaris d'entrevista que us poden servir d'ajut per entrevistar un adolescent. No obstant, només són propostes i cadascú acabarà trobant o redactant aquell qüestionari que li funcioni millor per a la seva visita. En funció de l'adolescent i la seva problemàtica l'enfocament també pot variar.

Avantatges i limitacions d'aquest tipus de qüestionari

El qüestionari és una eina ràpida i uniforme que permet fer comparacions. A més, s'hi poden incloure preguntes que abarquin aspectes psicossocials i facilitin la comunicació sobre aquestes qüestions. De totes maneres, hem de tenir present que es tracta d'una eina impersonal i que pot recordar un examen. Si els pares hi són presents poden influir en les respostes, i alguns nois poden no entendre alguna pregunta.

ANNEX 1. Qüestionari de salut

- Per poder entendre millor la teva salut, et proposo contestar aquestes senzilles preguntes.
- Les teves respostes són confidencials.
- Et prego em responguis amb total sinceritat, si t'identifiques amb el que et dic.

Sobre la meva vida

	SÍ	NO
1. Em sento bé amb mi mateix/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Crec que, en general, els altres tenen bona opinió de mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Em veig massa prim/a o massa gras/sa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Em veig massa alt/a o massa baix/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Amb freqüència em sento cansat/da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tinc tendència a estar trist/a o deprimit/da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tinc problemes a l'escola o a la feina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tinc clar el que vull fer més endavant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. M'agradaria canviar les relacions amb els meus pares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sé compartir els meus sentiments amb els altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tinc alguns interrogants sobre la sexualitat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Conec bé les malalties de transmissió sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sobre els meus hàbits

13. Normalment practico algun esport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tinc una afició que m'agrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Segueixo un règim especial d'alimentació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sovint m'oblido algun àpat durant el dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dormo prou i bé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fumo (poc o molt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Prenc begudes alcohòliques (poc o molt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. He tastat algun tipus de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sobre la meva salut física

21. Sovint tinc mal de cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sovint tinc mals de panxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sovint sento mareig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sovint tinc mal d'esquena o d'ossos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Conec el risc de malalties i accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Un accident o una malaltia em va influenciar molt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Segueixo un tractament mèdic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Necessito prendre medicació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Em preocupa la meva salut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Comenta altres aspectes que et preocupen o desitjaries comentar amb el metge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. <i>(Només per les noies)</i> Tinc problemes amb la menstruació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Font: Josep Cornellà. Adaptació i traducció d'un qüestionari utilitzat en els serveis de medicina escolar de Ginebra (Suïssa).

ANNEX 2. Qüestionari guia per a una entrevista semiestructurada

Aquest qüestionari és administrat pel professional sanitari aprofitant una visita espontània o programant-ne una d'específica. En qualsevol cas, sense la presència dels pares i remarcant la confidencialitat. No podem oblidar que es tracta de mantenir una conversa, no un interrogatori.

Realització o revisió del genograma

- Recollir antecedents familiars
- Identificar convivents i encerclar-los
- Explorar dinàmica familiar i possibles dols

Rendiment escolar/laboral

- Quin curs fas? Has repetit? Voldràs seguir estudiant?
- En què treballes? T'agrada la teva feina?

Tabac

- Has fumat en alguna ocasió?
- Fumes diàriament? Quantes cigarretes?
- Fuma algú a casa teva? I al teu grup d'amics?
- Que n'opines?

Alcohol

- Prens begudes amb alcohol? Quines?
- A casa? Els caps de setmana?
- Què en penses del consum de begudes alcohòliques?
- Has anat en cotxe o en moto amb algú que ha-gi begut?

Altres drogues

- Has tingut contacte amb altres drogues? Quines?

- Coneixes algú que en consumeixi? Al teu grup?
- Vols fer alguna pregunta sobre aquest tema?

Activitat física i temps de lleure

- Practiques algun esport? Quin? Quan temps hi dediques?
- Què fas els caps de setmana? Surts en grup?
- Surts amb algú?

Activitat sexual

- Has rebut informació sobre anticonceptius? A casa? A l'escola?
- Quins anticonceptius coneixes?
- I sobre malalties de transmissió sexual, quines et sonen?
- Vols fer alguna pregunta sobre aquests temes?

Alimentació

- Fas o has fet alguna dieta? De quin tipus?
- Coneixes algú amb problemes d'anorèxia o bulímia? Què en penses?

Salut mental

- Com creus que va la teva vida?
- Amb qui parles quan les coses no van bé?
- Et sents molt deprimet amb freqüència? Tant com per haver pensat mai a suïcidar-te?

Font: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Idees clau

- L'entrevista clínica amb un caràcter biopsicosocial té com a objectiu tant obtenir informació com establir un vincle terapèutic amb el jove i el seu entorn.
- Els qüestionaris són una eina d'utilitat per dur a terme una entrevista estructurada i uniforme als adolescents.
- Cada visita pot ser una oportunitat única per detectar possibles riscos i malalties inicials.
- Seguir un esquema d'actuació de l'entrevista és bàsic per no oblidar cap pregunta important.
- Aquest esquema inclou la presentació del professional i de l'adolescent, la privacitat i confidencialitat de l'entrevista, les intervencions dels professionals, l'empatia de l'entrevista, la responsabilitat i l'actuació davant dels pares.
- És important delimitar el motiu de la consulta i qui l'ha demanada.
- Alguns facilitadors de la comunicació, com preguntes obertes, respostes en mirall, resums, etc., poden ajudar molt a l'hora de comunicar-se amb l'adolescent.
- Alguns adolescents especialment difícils es poden entrevistar més fàcilment seguint algunes fórmules com ara els qüestionaris proposats.

ANNEX 3. Entrevista, esquema d'intervenció

Ha de quedar clar que l'entrevista dirigida o estructurada a un adolescent no ha de semblar mai un interrogatori. Cal que aquestes preguntes sorgeixin en el decurs d'una conversa.

Paper del professional. Què cal evitar

- Ser l'aliat de l'adolescent
- Ser l'aliat dels pares
- Ser moralitzant
- Ser afectivament immadur

Alguns consells per a l'entrevista

- Escoltar molt, observar molt, parlar poc, escriure poc
- Establir una bona relació amb l'adolescent
- Perdre la por al compromís de la confidencialitat
- Emprar un llenguatge correcte però entenedor
- Evitar els silencis llargs, deixant expressar les emocions
- Defugir del paper de pare substituït, que sovint és el que els pares demanen

Com estructurar l'entrevista

- Preguntes obertes
- Preguntes "en mirall"
- Resumir, sintetitzar el que va explicant
- Aclarir certes expressions
- Emprar afirmacions per facilitar la discussió
- Emprar exemples de terceres persones
- Donar suport amb respostes de comprensió

El maneig de la família

- Mantenir la privacitat de l'adolescent
 - Observar la interacció entre l'adolescent i la família
 - Mantenir-se neutral: conseller, no jutge
 - Interès de l'entrevista conjunta: pares i adolescents
 - Interès de l'entrevista amb els pares
- Preguntes per fer als pares quan es sospiten possibles riscos
- Com li van els estudis (i/o la feina)?
 - Quin és el seu ritme de vida (sortides nocturnes, caps de setmana)?
 - Gasta molt?
 - Hi ha hagut algun canvi important en les darreres setmanes?
 - Surt amb amics? Té parella?
 - Explica a casa el que fa? És creïble el que explica?
 - Quan arriba a casa tard, després de sortir, el veuen? Hi parlen? Com el veuen?
 - Té vehicle? Li han arribat multes?

Preguntes a l'adolescent

- Com et va la vida?
- Estudies o treballes? Com et van els estudis (i/o la feina)?

- La vida és molt cara. Com vas de diners? Com els obtens? Com els gastes?
- Què penses del tabac? Fumes? Quant et dura un paquet de tabac?
- En el grup on tu et mous, com està el tema del "ful" (xocolata, porros)?
- I tu, què en penses? "Ful" o "maria"?
- Consumeixes "ful" quan estàs sol o quan estàs amb altra gent? Només quan vas de marxa?
- Consumiu alcohol els caps de setmana o també entre setmana?
- Què en penses de l'alcohol? En què creus que et beneficia?
- Vas a ballar a discoteques? Què hi consumeixes? Pastilles també?
- Quins tipus de pastilles has provat?
- I de la "farlopa" (cocaïna) què en penses? L'has provada?
- I quan vas de marxa, a quina hora et deixen tornar? I a quina hora tornes?
- I com tornes? Amb quin vehicle? En quines condicions?
- Alguna vegada has viatjat en un vehicle en el que qui conduïa anava begut o col·locat? Va passar res?
- Tens parella? Fa temps? Quina edat té? Estudia o treballa?
- I com us va? Parleu de tot? De sexualitat també?
- I què opineu sobre les relacions sexuals? Quines creus que tenen risc?
- Què opines del preservatiu? L'utilitzes o l'utilitzaries?
- Com l'utilitzaries? Saps on es poden comprar?
- Tens vehicle motoritzat? De quin tipus? L'utilitzes molt?
- Qui te l'ha finançat?
- Utilitzes el casc quan vas en moto?
- T'agrada córrer?
- En el cotxe, utilitzes el cinturó?
- Què penses dels controls d'alcoholèmia a la carretera?
- Qui condueix quan heu begut?
- Has vist mai un accident? T'hi has vist mai implicat?
- Què acostumeu a fer durant els caps de setmana?
- Qui sol decidir en el teu grup?

Font: Joan Carles Surís i Josep Cornellà.

1.5. Àmbits extrasanitaris

Introducció

Un programa integral d'atenció als adolescents ha de tenir en compte les possibilitats d'actuació en els àmbits extrasanitaris fent intervencions orientades a la comunitat.

Un dels àmbits extrasanitaris on es pot actuar és en els instituts d'ensenyament secundari. Les realitats entre centres són molt diferents i no es pot generalitzar.

L'atenció a l'adolescent s'ha de donar en els centres d'atenció primària, però el compromís entre el centre docent i l'atenció primària és clau i pot ser convenient fer-la a mida i establir-la de manera que no es dupliquin funcions.

Activitats que es poden desenvolupar

Potser la principal idea que es voldria transmetre quant a aquestes activitats és fugir de les intervencions puntuals que no tinguin un treball previ i posterior per part del professorat o dels professionals sanitaris.

Les intervencions que no es duen a terme amb un treball previ sovint no tenen cap efecte i, fins i tot, poden ser contraproduents.

Algunes propostes d'actuació són:

Consulta oberta

Consisteix en un espai tipus consulta que s'estableix en els centres docents i que pot estar dirigit per un metge o una infermera, amb la finalitat d'atendre els joves que vulguin consultar temes de tipus sanitari que els preocupen.

Tenint en compte que l'adolescent és poc amic d'anar als centres de salut, aquesta és una manera

d'apropar els serveis sanitaris a l'àmbit on es troben els joves.

Seria convenient establir amb cada centre docent l'horari, la periodicitat de les visites i el lloc de consulta.

Idealment, es tractaria de que els mateixos professionals del centre de salut fossin els responsables d'aquest servei.

D'aquesta manera, també es donaria a conèixer als joves el centre d'atenció primària com un lloc on es poden adreçar si ho necessiten.

Tallers

Una proposta seria la possibilitat de que des del centre de salut els professionals es desplacin als instituts, per tal de realitzar xerrades o seminaris sobre els temes de promoció de la salut que pensin que poden ser interessants. Sovint, es treballa amb grups reduïts per tal de resoldre personalment qualsevol dubte que sorgeixi.

Alguns dels temes que es poden abordar són la sexualitat i l'afectivitat, el consum de drogues, la nutrició i els trastorns de la conducta alimentària, la utilització de l'oci i el temps lliure de forma creativa, les vacunes, etcètera.

Assessorament al professorat i a l'equip psicopedagògic

Aquest assessorament ha de tenir 2 vessants:

1. Possibles trastorns mèdics que poden ocasionar problemes en el rendiment escolar o en la conducta dels alumnes. (Vegeu l'apartat 3.4.)

Exemple

Trastorn per manca d'atenció o d'altres malalties cròniques o agudes.

2. Treballar de forma conjunta les possibles intervencions en l'àmbit de la prevenció.

Exemple

Es pot ajudar al professorat a treballar un tema concret. Els professionals sanitaris poden fer una xerrada final per aclarir dubtes.

Campanyes de promoció de la salut

Es poden abarcar temes que es considerin prioritaris per determinades problemàtiques del centre. Aquestes campanyes haurien de comptar també amb la participació d'altres entitats, com ajuntaments, xarxes socials, entre d'altres.

Idees clau

- L'atenció integral de l'adolescent ha de tenir en compte la possibilitat d'actuació en els diferents àmbits.
- Una de les col·laboracions que es poden establir són entre els centres d'atenció primària i les escoles.
- Algunes de les activitats que es poden realitzar són:
 - Consulta oberta.
 - Tallers.
 - Assessorament als professors i a l'equip psicopedagògic.
 - Campanyes de promoció de la salut.
- És clau transmetre la idea de la continuïtat en les actuacions i no només les accions aïllades i puntuals.

1.6. Característiques dels professionals

Introducció

El segon protagonista de l'entrevista clínica és el professional sanitari, que conjuntament amb l'adolescent serà qui la realitzarà.

Sovint sorgeixen controvèrsies sobre si l'atenció als joves és millor que la facin els pediatres o els metges de família. En realitat no es tracta tant del títol del professional com de les actituds i interessos d'aquests per atendre els adolescents o els joves.

En l'àmbit de l'atenció primària seria convenient que tots els professionals sanitaris (mèdics i diplomats en infermeria) tinguessin les eines suficients per atendre a aquest grup de població i que existís una linealitat i una bona connexió entre la pediatria i la medicina d'adults.

Si això no és possible seria recomanable establir un circuit de derivació per tal de que l'adolescent o jove es senti acollit i pugui resoldre la seva problemàtica.

No es tracta tant de formar especialistes en atendre adolescents en els centres de salut, sinó d'aconseguir que cadascun dels professionals ofereixi la millor atenció possible a aquells adolescents o joves que hi ha a la seva població adscrita.

Formes d'actuació dels professionals que cal evitar

Professional aliat de l'adolescent

Aquest professional adopta una actitud de rebuig envers els pares rígids, poc contenidors, acusadors o absents.

La defensa de l'adolescent, considerat la víctima, sol conduir a perdre el pacient.

El professional no ha de caure en la temptació de prendre el paper de pare substituït o salvador.

Professional aliat dels pares

Aquesta actitud serà viscuda per l'adolescent com una aliança amb aquells que no el comprenen. D'aquesta manera s'elimina tota possibilitat d'ajuda o intervenció envers el jove.

Professional moralitzant

És una forma d'aliança amb els pares. S'utilitza la fórmula de donar consells del tipus: "No facis..., no tastis...".

L'adolescent veurà en aquest professional un aliat de la família que li dona consells, i per consells ja en té prou amb els dels pares.

Professional afectivament immadur

Les consultes amb els adolescents ja de per sí poden ser més difícils que amb els adults.

Cal que el metge hagi elaborat prèviament els seus prejudicis, conviccions i vivències personals.

Idees clau

- L'entrevista clínica es compon de 2 protagonistes bàsics: l'adolescent i el professional sanitari.
- Quan parlem de característiques del professional que atén adolescents més que parlar d'unes característiques específiques el que s'intenta és oferir la millor atenció possible a aquests dintre de les possibilitats del centre i la disponibilitat de les persones.
- Algunes formes d'actuació envers els adolescents no són aconsellables: el professional que s'alia amb l'adolescent, el professional que s'alia amb els pares, el professional moralitzant i el professional afectivament immadur.
- Elaborar prèviament els prejudicis, les conviccions i les vivències personals pot facilitar i fer més objectiva l'entrevista del professional amb l'adolescent.

1.7. Aproximació multidisciplinària

Introducció

L'atenció a la salut de l'adolescent, per la seva naturalesa biopsicosocial, requereix un equip de treball de professionals de diferents disciplines.

Aquest equip que aquí plantejarem és una proposta ideal; no obstant, en cada situació i en cada àmbit s'adequaran les possibilitats i els recursos existents per tal d'oferir la millor atenció possible a l'adolescent dins de les limitacions que puguin existir.

L'equip proposat per atendre els joves seria un grup de persones amb habilitats diferents i que depenen les unes de les altres per funcionar eficientment, per tal d'aconseguir objectius comuns.

Equip d'atenció al jove

En aquest equip els professionals de diferents disciplines interactuen, de manera que passen de centrar l'atenció en la disciplina mateixa (consulta mèdica, consulta psicològica, avaluació nutricional) al lliurament de serveis conjunts però centrats en el problema, que no té límits disciplinaris (conducta d'alt risc, embaràs, abandonament escolar).

La base d'aquest equip consisteix en un treball de forma integrada sense compartiments estancs: una relació entre disciplines.

Beneficis de l'equip d'atenció a l'adolescència

- Atenció de la salut més àmplia. L'equip de treball permet que els recursos estiguin en un únic espai físic i de més fàcil accessibilitat per als adolescents. D'aquesta manera els adolescents identificaran ràpidament el grup que els està atenent (infermeres, metges, nutricionistes) i no només una persona.
- Legítima la necessitat d'atenció de salut mental. Quan aquesta és part rutinària d'un equip de tre-

ball existeixen menys estigmes en la utilització d'aquests serveis.

- Evita la divisió dels professionals de salut, ja que si existeix un equip es pot fer una aproximació a l'atenció consensuada amb reunions i presa de decisions conjunta, i evitar decisions contradictòries que dificultarien la millora de l'adolescent.

Components de l'equip d'atenció en el nivell primari

És cert que la composició de l'equip d'atenció a la salut dels adolescents depèn del tipus de problemes que presenten, però existeix consens en alguns dels seus components, sempre tornant a matitzar que estem parlant de situacions ideals, que sovint no poden dur-se a terme en tota la seva amplitud en certs àmbits de l'atenció sanitària:

- Metge d'atenció primària (pot ser un metge general, pediatra, internista, metge de família, especialista interessat en adolescents).
- Personal d'infermeria i/o llevadora.
- Treballador social que té el paper d'interfase amb la família, l'escola i/o el treball del pacient, la relació del pacient amb les activitats diàries, la seva família i les institucions de la comunitat.
- Psicòleg.
- Psiquiatra.
- Nutricionista.
- Auxiliar d'infermeria.
- Altres: conseller educacional, terapeuta ocupacional, orientador familiar, orientador vocacional, tècnic en recreació, etc.
- Seria important determinar un responsable de l'equip o *manager* del cas, encara que es funcioni com un grup.
- Altres professionals poden actuar com interconsultors de l'equip o participar-hi durant determinats períodes, com els diferents especialistes

del nivell secundari o terciari de la xarxa sanitària.

Per a que un equip tingui èxit, cal que cadascun dels integrants funcioni com una subunitat d'un tot en una relació sinèrgica, que combini interaccions de persones amb diferents coneixements, diferents tècniques per respondre als problemes.

Els requisits diaris requereixen la capacitat per interaccionar i comunicar-se, cooperar i obtenir avantatges de la reciprocitat i la diversitat que pot existir en el grup.

Aquest equip ha de ser flexible, de manera que pugui incorporar nous components al grup, manejar els conflictes, etcètera.

Els equips poden funcionar atenent diferents situacions:

- Intervenció en crisis. Atenen situacions d'urgència, com casos de violència, traumatismes, violació, intent de suïcidi. Solen treballar en conjunt amb la policia i els sistemes judicials. Sovint s'utilitzen sales d'urgència.
- Abús sexual. Semblant al cas anterior. (Vegeu l'apartat 3.7.)
- Trastorns de la conducta alimentària. Es focalitzen en anorèxia nerviosa, bulímia i obesitat mòrbida, i estan relacionats directament amb els trastorns psicossomàtics. (Vegeu l'apartat 4.4.3.)
- Trastorns psicossomàtics.
- Malalties cròniques. (Vegeu l'apartat 3.1.)
- Abús de substàncies. (Vegeu l'apartat 5.1.)
- Problemes escolars. (Vegeu l'apartat 3.4.)

Limitacions del desenvolupament de l'equip de treball: manca de recursos

La creació d'equips d'atenció a l'adolescència està limitat pels recursos; per tant, la seva implementació requereix mobilitzar recursos dels consultoris d'atenció primària i de la comunitat, creant una xarxa d'atenció de salut als adolescents.

Exemple

El tutor o professor encarregat de la salut interacciona amb el metge d'atenció primària en el cas d'un adolescent amb problemes escolars i trastorns de la conducta. S'ofereix l'atenció del professor i l'ajut de l'assistent social del consultori que donarà suport a la família.

- Alguns dels problemes que poden sorgir són:
- Falta de suport (institucional, polític). Sovint s'incentiva més la producció.
 - Discrepàncies en les expectatives i percepcions dels professionals: diferents maneres d'aproximar-se als problemes i ambigüitat en els rols i orientació dels problemes.
 - Diferències en les fites grupals: problemes de territorialitat.
 - Dificultats econòmiques.

És per aquests motius que sol ser útil aconseguir ajut institucional (tant pel programa com per feines administratives) i d'entrenament (pregau), així com determinar quan, què, qui, on i com es participarà.

L'avaluació de l'efectivitat dels equips pot ser una altra mesura d'utilitat.

Idees clau

- L'equip d'atenció a l'adolescència estaria compost per un grup de persones amb habilitats diferents que depenen unes de les altres per funcionar eficientment i aconseguir objectius comuns.
- En aquests equips és útil fer una avaluació permanent per tal de validar-se i tenir continuïtat.
- Aquests equips requereixen un entrenament que inclou, entre d'altres:
 - Definició de fites i objectius.
 - Presa de decisions.
 - Maneig de conflictes i controvèrsies.
 - Clarificació i negociació de rols.
 - Lideratge.
 - Comunicació.

1.8. Promoció de la salut a l'adolescència. Detecció dels factors de risc per emmalaltir

Introducció

Potser inicialment podríem parlar de què és un programa de salut i com l'hem d'estructurar perquè funcioni.

Un programa de salut inclou una sèrie d'accions protocolitzades que tenen com a finalitat aconseguir un objectiu de salut d'àmbit poblacional.

Com que existeixen molts objectius de salut, cal fer una prioritització i conèixer la població a la qual es dirigirà; en el nostre cas, els adolescents i joves.

La salut de l'adolescent la concebem des d'una perspectiva integral, basada en una interrelació de tres pilars (biològic, psicològic i social).

El programa de salut destinat als adolescents hauria de comptar amb unes estratègies d'intervenció assistencials, educatives i participatives.

Per tant, això significarà que no només hem d'actuar en l'àmbit de la salut pública sinó també en els camps de l'assistència social, l'educació, etc., és a dir, de manera intersectorial.

En l'àmbit comunitari haurem d'actuar en el conjunt de la col·lectivitat (tots els adolescents). En aquest punt haurem d'interactuar amb la família, l'escola i el grup d'iguals, així com en el propi adolescent.

Factors protectors i factors de risc

L'adolescència és una etapa de la vida amb especial vulnerabilitat davant de diferents conductes de risc. Això es deu a la prioritització de la gratificació immediata, a viure el present en detriment del futur, a la curiositat per noves experiències i vivències estimulants i arriscades, i a la sensació d'invulnerabilitat.

Una conducta de risc la formen aquells comportaments que posen en perill la salut física i psicològica d'un individu i dels que l'envolten.

La prevenció i l'assistència dels problemes associats a l'adolescència (consumir drogues, mantenir

relacions sexuals poc segures, conduir després de consumir alcohol, agressivitat) constitueixen àmbits d'intervenció prioritàris en les polítiques de promoció de la salut (serveis sanitaris i socials, lleure, entorn laboral).

Factors protectors

Diversos estudis constaten que la presència d'aquests factors protegeix del desenvolupament de psicopatologia.

Es podrien classificar d'aquesta manera:

- Factors microsocials: família, xarxa social de suport, vincles emocionals forts amb institucions socialitzadores, informació.
- Factors personals: sentit crític, habilitats per resistir la pressió de grup, estratègies de resolució de conflictes, sentiments d'autoeficàcia, vinculació emocional positiva amb els pares.

Factors de risc

Per a molts joves aquestes conductes es limitaran a períodes molt transitoris d'experimentació. Tot i així, en altres joves, aquests primers contactes podran anar seguits d'una progressió a comportaments més greus. Diferents estudis constaten que la seva presència afavoreix l'aparició de psicopatologia.

Es classifiquen de la manera següent:

- Factors macrosocials: permissivitat informal o acceptació social del consum (actituds i valors socials), permissivitat formal, accessibilitat, medis de comunicació.
- Factors microsocials: vincles familiars, pràctiques educatives, modelatge d'actituds i valors, funcionament escolar (absentisme, fracàs, vincles amb institucions socialitzadores), grup d'amics (pressió del grup, recompenses de la conducta,

càstigs, aprenentatge per observació –creences, valors, conductes–).

Educació per a la salut

El Pla de salut de Catalunya és aquell document marc que conté les bases de la planificació sanitària, partint de la identificació dels problemes de salut.

Segons el Pla de salut de Catalunya, els estils de vida són un dels principals determinants de la salut, particularment en els països desenvolupats.

En diversos apartats del Pla de salut es contempla la prevenció d'hàbits i estils de vida directament relacionats amb determinats problemes de salut, com el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol, els accidents o les malalties de transmissió sexual, entre d'altres.

Cal potenciar el caràcter transversal de les actuacions de promoció de la salut, ja que els factors conductuals que influeixen en la salut són diversos i sovint interrelacionats, alhora que intervenen en diferents àmbits (serveis sanitaris, ensenyament, entorn laboral, medi ambient, serveis socials, lleure).

És per això que es potencia:

- L'educació per a la salut a l'escola.
- L'impuls i suport de l'aplicació del consell educatiu en els serveis sanitaris.
- La utilització de les oportunitats que ofereix el medi laboral per a la promoció d'hàbits saludables.
- La promoció de les conductes saludables entre els joves.
- El desenvolupament i l'aplicació d'estratègies globals de promoció de la salut.

Conceptes genèrics: educació per a la salut en els àmbits comunitari, escolar i familiar

En un programa de salut orientat als adolescents i els joves, el que pretenem és millorar la seva salut des d'una perspectiva integral, fomentar activitats de promoció de conductes saludables i prevenir aquells riscos que l'adolescent pugui trobar.

D'aquí la importància de que existeixi una continuïtat en el programa que es realitzi, i no únicament accions puntuals.

Un dels temes que més preocupa quan parlem de l'atenció a la salut integral de l'adolescent és el que fa referència al concepte de risc d'emmalaltir.

Entenem com a risc la possibilitat de que succeeixi algun fet indesitjable.

Els riscos no estan aïllats en el context social, sinó que s'interrelacionen amb una complexa xarxa de factors i interessos socials, culturals, econòmics i ambientals.

Factors de risc, conductes de risc i situacions de risc

Hem de distingir entre factors de risc, conductes de risc i situacions de risc.

Factors de risc

Són aquells elements que tenen una gran possibilitat d'ocasionar un fet indesitjable. Poden ser la causa d'un mal.

Conductes de risc

Es tracta d'actuacions repetides i fora d'uns límits que poden comprometre el desenvolupament psicossocial normal durant la infància i adolescència, amb repercussions perjudicials per a la vida actual o futura.

Sovint, algunes conductes de risc del jove són reactives i són una manifestació del seu camí cap a la autonomia i la independència. Expressen la seva necessitat d'explorar els límits i qüestionar les normes.

En les conductes de risc existeix consciència del perill que es corre, però guanya el sentiment d'invulnerabilitat i una necessitat de demostrar-se a un mateix i als altres la capacitat de desafiar la norma.

Situacions de risc

Són aquelles circumstàncies que representen un risc per a tota la comunitat o grup social.

Exemple

L'excessiu culte de la imatge corporal en el cas de trastorns de la conducta alimentària.

La conducta exploratòria és la que porta l'adolescent a provar coses noves, a explorar una situació, el que pot representar un risc des del primer moment o convertir-s'hi pel fet de repetir-se de forma continuada.

Per tal de poder-les prevenir, la nostra entrevista ha de recollir aquestes possibles conductes de risc.

Cal detectar aquelles que, en repetir-se amb excessiva freqüència o excedir els límits socials acceptables, poden representar veritables riscos pel desenvolupament normal del jove. No obstant, cal recordar que farem prevenció tant si es detecten conductes de risc com si no.

Promoció de la salut. Activitats de prevenció adreçades als adolescents

La promoció de la salut engloba un conjunt d'activitats organitzades des de la comunitat i que estan dirigides al foment i la defensa de la salut i a la prevenció de les malalties mitjançant actuacions sobre la persona.

Les accions preventives en la població jove tenen unes característiques estretament lligades als comportaments específics d'aquest grup de població: escassa relació amb el sistema sanitari, influència de missatges contradictoris, estils de vida molt diversos i dinàmics, etc., la qual cosa implica –com ja hem comentat– donar importància al caràcter intersectorial de les intervencions proposades.

En l'àmbit de la promoció de la salut en els nens i els joves existeixen uns programes en funcionament que ja estan establerts:

- Programa de seguiment del nen sa (programa establert fins els 14 anys), d'aplicació a nivell de l'àmbit d'atenció primària.
- Programa d'educació per a la salut a l'escola (PESE). Impulsa les activitats destinades a promoure la salut en l'àmbit escolar. Vetlla per la incorporació dels continguts de salut en el currículum educatiu, tant en educació infantil, primària com secundària a fi de que el conjunt de la comunitat educativa assoleixi una actitud i un estil de vida saludables. Elabora materials educatius per a la integració de la promoció de la salut en els projectes curriculars i educatius dels centres d'ensenyament, en relació amb temes prioritzats en el Pla de salut. Les seves línies d'actuació són: formació permanent del professorat, activitats de promoció i prevenció de la salut a l'escola, elaboració de recursos didàctics i de suport a la docència, col·laboració amb diversos departaments de la Generalitat i altres institucions.

Idees clau

- Un programa de salut és un conjunt d'activitats que tenen com a fi aconseguir un objectiu de salut d'àmbit poblacional.
- En el cas dels adolescents, haurem d'actuar de manera intersectorial per tal d'establir i fer funcionar aquest programa (escola, família, grup d'iguals, assistència social, entre d'altres, a més a més del propi adolescent).
- En l'adolescència, etapa d'especial vulnerabilitat, una de les estratègies preventives consisteix en potenciar els factors protectors i minimitzar els factors de risc.
- El Pla de salut estableix les directrius per fer promoció i prevenció en aquestes edats.
- En l'àmbit de la promoció de la salut funcionen diversos programes, entre ells, el Programa de seguiment del nen sa i el Programa d'educació per a la salut a l'escola.
- És important que els programes de salut tinguin una continuïtat en el temps i que no siguin purament accions puntuals.

1.9. Aspectes ètics i legals

Introducció

La confidencialitat

La confidencialitat es refereix al caràcter privilegiat i privat de la informació aportada durant la consulta de l'atenció sanitària.

Pels joves, la garantia de la confidencialitat és una condició molt valorada en el moment de fer servir els serveis sanitaris. Sobretot quan es tracten temes tan privats per ells com la sexualitat, l'abús de substàncies i els problemes relacionats amb la salut mental.

Com a curiositat, en una enquesta feta entre adolescents a Barcelona, 7 de cada 10 pensaven que no podien parlar de qualsevol qüestió amb el seu metge. Les raons més freqüents van ser la falta de confiança i la por de que el metge expliqués als pares el que ells havien dit.

La confidencialitat és essencial perquè el pacient dipositi la seva confiança en el professional sanitari i pugui donar-li informacions íntimes i personals que seran útils per el procés diagnòstic i terapèutic.

Es diu que no hi ha medicina sense confiança, no hi ha confiança sense confiança i no hi ha confiança sense secret.

Aquest fet, quan es tracta de joves encara es fa més important, i mai no s'ha de donar per sobreentès. Cal clarificar-ho al jove que tenim davant nostre a la consulta (i si és precís també als pares).

Una fórmula possible seria: "Vull que sàpigues que la relació entre tu i jo, com a metge/infermer que et visito, és confidencial, i això vol dir que qualsevol cosa que m'expliquis, a no ser que suposi un perill greu per a la teva salut o la d'altres, no li explicaré a ningú".

La confidencialitat entre el metge i l'adolescent ha d'existir sempre que sigui possible, tenint en compte l'edat, la capacitat d'entendre el problema i de prendre decisions, així com d'entendre les repercussions futures d'aquestes decisions, les relacions amb els pares i els impediments legals.

Bases legals

El dret a la confidencialitat està legitimat per les recomanacions del Codi deontològic del Consell del Col·legi de Metges de Catalunya, vigent des de gener de 1998, i regulat pel Codi civil.

- Article 8: "La primera lleialtat del metge ha d'ésser envers la persona que atén. La salut d'aquesta ha d'anteposar-se a tota altra conveniència".
- Article 28: "El metge té el deure de respectar el dret de tota persona a la seva intimitat, amb el benentès que els límits d'aquesta sols pot fixar-los l'interessat. Per tant, el metge, tret de l'express consentiment del pacient o per desig d'aquest, no ha de permetre que persones estranyes a l'acte mèdic el presenciïn, sense una raó considerada justificada".
- Article 30: "El metge té el deure de guardar en secret tot allò que el pacient li hagi confiat, el que hagi vist, hagi deduït i tota la documentació produïda en el seu exercici professional, i procurarà ésser tan discret que ni directa ni indirectament res no pugui ésser descobert".
- Article 13: "El metge no podrà tractar cap pacient amb la capacitat mental conservada sense el seu consentiment. En el cas d'un menor, el metge ha de respectar la seva voluntat si aquest té la capacitat per comprendre allò que decideix, tot i que el pare, la mare o el representat legal en dissenteixin".

- Article 162 del Codi Civil: "Els pares que ostenten la pàtria potestat tenen la responsabilitat legal dels seus fills menors no emancipats. S'exclouen els actes relatius a drets de la personalitat i altres que el fill, d'acord amb les lleis i les seves condicions de maduresa, pugui realitzar per sí mateix".

Menor madur

Es tracta d'un concepte legal de difícil explicació, que queda ben recollit en l'article 13 del Codi deontològic.

Un menor es considera madur quan el professional que el visita creu que aquest és capaç d'entendre allò que se li explica i de prendre les seves decisions de manera responsable.

Així doncs, no hi ha una edat límit per a la intimitat, sinó que sempre depèn del noi o noia que tenim davant.

A efectes legals, caldria registrar en la història clínica que estem tractant amb un menor madur (i que li recomanem que ho expliqui als seus pares) i que pensem que aquest noi o noia és suficientment madur com per poder actuar.

Consentiment informat

Per poder donar el consentiment informat, cal que el subjecte tingui informació suficient en la que

basar la seva decisió i que sigui mentalment competent per prendre una decisió racional i lliure per exercir una elecció voluntària.

L'aliança terapèutica

Es tracta de l'establiment d'un conveni o pacte entre el pacient i el professional sanitari.

Aquesta aliança inclou:

- Establir un diàleg fluid.
- Atendre les explicacions de les famílies i conèixer els seus recursos, així com valorar la importància que les famílies donen a cada aspecte del problema.
- No fer judicis de valors.
- Comptar amb l'adolescent o el jove.
- El·laborar la proposta i donar un temps per comprovar la resposta.
- Establir un calendari o agenda de seguiment i revisió pactat.
- Estar obert a alternatives.
- Centrar els problemes en l'adolescent.

Idees clau

- La confidencialitat és essencial perquè el pacient dipositi la seva confiança en el professional sanitari. Quan es tracta de joves encara és més important.
- Les raons més freqüents per les quals no consulten amb els professionals sanitaris són: la falta de confiança i la por de que el metge expliqui als pares el que l'adolescent li ha dit.
- El dret a la confidencialitat està legitimat per les recomanacions del Codi deontològic del Col·legi de Metges de Catalunya.
- El menor madur és aquell que el professional considera capaç d'entendre allò que se li explica i de prendre les decisions de manera responsable.
- L'aliança terapèutica és l'establiment d'un conveni o pacte entre el pacient i els professionals sanitaris.

Capítol 2

L'adolescent normal

2.1. Desenvolupament físic

2.1.1. Desenvolupament físic en la noia

Introducció

La pubertat és el període de la vida durant el qual té lloc l'aparició dels caràcters sexuals secundaris i l'individu adquireix la seva capacitat reproductiva.

En les noies oscil·la entre els 8 i els 14-16 anys i el procés complet dura de 2 a 3 anys. La mitjana d'inici de la pubertat se situa al voltant dels 10-11 anys.

Els límits de la normalitat són, per sota, els 8 anys, i per sobre, els 16.

Es considera, per tant, patològic i amb indicació d'estudi mèdic l'inici de la pubertat abans dels 8 anys o després dels 16. En la cronologia cal diferenciar la pubertat de la menarquia.

Cronologia del desenvolupament puberal. Avaluació de la maduració sexual. Estadis de Tanner

Tanner va descriure els diferents estadis pels que passa la pubertat en les noies.

Quant a la cronologia del desenvolupament puberal, es produeix, en primer lloc, un augment de la talla o "estirada".

En segon lloc, comencen a aparèixer els caràcters sexuals secundaris: es produeix el desenvolupament de les mames i apareix un petit bony anomenat "botó mamari de desenvolupament".

L'aparició del botó mamari pot ser asimètrica a ambdues mames, i fins i tot produir-se amb 6 mesos de diferència en el creixement d'un costat i de l'altre.

A continuació s'inicia el creixement del pèl al pubis i les aixelles, i finalment té lloc la primera menstruació o menarquia.

En determinades noies aquesta cronologia pot canviar (taula 1).

Taula 1. Estadis de Tanner

Estadi I	Aspecte puberal infantil; a la mama sols s'insinua el mugró. No es palpa massa glandular, ni teixit cel·lular subcutani. No hi ha pèl axil·lar ni púbic.
Estadi II	La mama s'eleva. Augmenta el teixit cel·lular subcutani, les areoles es pigmenten lleugerament, apareix el botó glandular mamari. Inici del creixement del pèl púbic, situat en els llavis majors i poc pigmentat. Inici del creixement del pèl axil·lar. Aspecte estimulat de la vulva (per inici de la secreció d'estrògens per l'ovari). S'inicia la secreció de moc vulvovaginal.
Estadi III	El creixement mamari es fa més evident. El pèl púbic i axil·lar es torna més espès i arriurat, arriba fins el pubis. Desenvolupament dels llavis vulvars.
Estadi IV	Major volum mamari, l'areola s'eleva amb edema, apareixen les glàndules de Montgomery, pilositat gairebé completa.
Estadi V	Mama quasi del tipus adult (globulosa i esfèrica), mugró més prominent i erèctil, glàndules accessòries (sudorípares, sebàcies, piloses). Pilositat completa; el pubis té forma de triangle invertit, pot arribar fins a la cara interna de les cuixes; aparició de la menarquia o primera menstruació.

Fora de l'aparell genital, es produeixen altres canvis durant la pubertat. A part de l'augment de la talla, les anques s'eixamplen, les cuixes s'arrodoneixen i la cintura s'aprima. Pot aparèixer també acne a la cara, espatlles i esquena, degut a que les glàndules sudorípares i sebàcies de la pell segreguen massa greix.

El pèl corporal augmenta en quantitat, densitat i longitud. Durant la pubertat s'aprecia un descens sensible del timbre de la veu. Les secrecions sudorí-

pares augmenten, l'olor corporal canvia sensiblement i la suor axil·lar adquireix la seva olor característica.

El creixement estatural màxim es produeix en l'any que precedeix la menarquia.

Les noies creixen aproximadament uns 22 cm des del pic de creixement fins a l'arribada de la primera menstruació, i aproximadament cap als 2 anys després la talla sol ser definitiva. La talla mitjana sol ser de 161 cm, amb un pes mitjà de 58 kg. (Vegeu l'apartat 4.1)

També es produeix durant la pubertat un creixement i desenvolupament ràpid dels òrgans genitals interns.

L'edat mitjana de la menarquia en el nostre medi és de 12,6 anys, essent el límit inferior de 10 i el superior de 16.

La menarquia abans dels 10 anys es considera precoç i, per tant, subsidiària de consulta mèdica. La duració normal de la menstruació oscil·la entre 2 i 7 dies. La quantitat de pèrdua menstrual ha de ser inferior a 8 apòsits (ja siguin tampons o compreses) amarats per dia.

La freqüència del cycle menstrual oscil·la entre els 21 i 35 dies (comptant sempre des del primer dia de regla fins al primer dia de la regla següent). En els primers 2-3 anys després de la menarquia és molt freqüent que els cycles siguin irregulars, degut a una relativa immaduresa de l'aparell genital femení que produeix aquestes irregularitats, tot i que hi ha noies amb cycles puntuals des del primer dia. Tot això fa molt indicat que les noies anotin en un calendari les seves menstruacions, des del dia inicial fins al final, a fi de valorar fins a quin punt són importants aquestes irregularitats.

La menarquia és un fet sociocultural, potser un dels més rellevants de la pubertat femenina, amb una significació especial. Sobre l'actitud de l'adolescent enfront de la menarquia i la informació específica que rep, influeixen la societat, la família, els amics, els professionals de la salut i l'ensenyament, i els medis de comunicació.

Pot existir una imatge negativa de la menstruació abans de l'adolescència, barreja d'excitació i de por. Les actituds actuals enfront la menarquia són menys negatives que fa 50 anys, per una presentació més oberta i menys misteriosa en la família, l'escola i els medis de comunicació.

Cal explicar de manera entenedora a les joves i adolescents la fisiologia de la menstruació, i s'han de donar instruccions sobre la higiene en els dies de la menstruació.

Generalitats sobre els cicles menstruals a l'adolescent

- L'aparició de la menarquia té lloc entre els 10 i els 16 anys, amb una mitjana de 12,6 anys. Normalment té lloc 2 anys després de l'inici del desenvolupament mamari.
- La duració normal de la menstruació és de 2 a 7 dies.
- Els cicles solen durar entre 21 i 35 dies.
- La quantitat de la pèrdua menstrual ha de ser inferior a 8 apòsits amarats per dia.
- La irregularitat dels cicles és freqüent en els 2-3 anys després de la menarquia.

Higiene íntima i protecció menstrual

Compreses

Són proteccions periòdiques externes. Actualment s'utilitzen compreses d'un sol ús. Estan formades per teixits absorbents de cel·lulosa i una capa plàstica en la part inferior perquè el flux menstrual no traspassi. També porten bandes autoadhesives perquè la compresa no es mogui.

En el mercat hi ha diferents tipus de compreses: extraplans o de gruix normal, amb absorcions diferents, de diferents mides (per dia i nit), amb proteccions laterals per a no tacar la roba, etc. També hi ha protectors de calcetes per utilitzar els dies de menys flux menstrual.

Tampons

Són proteccions periòdiques internes que es col·loquen a l'interior de la vagina que absorbeixen el flux menstrual evitant la sortida a l'exterior. Estan constituïts per bandes de teixit i cotó amb un cordó incorporat per facilitar-ne l'extracció. Quasi totes les noies poden posar-se tampons, fins i tot des de les primeres regles, però és important al principi escollir els de mida més petita i llegir bé les instruccions abans de posar-se'l. És relativament freqüent que al principi algunes noies tinguin certa dificultat per la col·locació dels tampons. Generalment, sol ser un problema d'aprenentatge que es soluciona amb la pràctica. És important rentar-se bé les mans quan es canvia un tampó. Al mercat hi ha diferents tipus de tampons, de mides diferents per escollir segons la quantitat del flux menstrual.

Alguns d'ells porten un aplicador per facilitar-ne la inserció.

Les noies poden escollir qualsevol d'aquests mètodes. És recomanable canviar les proteccions cada 4-8 hores.

la menstruació. Per tant, pot ser de gran ajut parlar amb la noia per tal d'aclarir falses creences entorn a aquest tema o d'altres que li puguin preocupar.

Aclarir malentesos

En alguns entorns encara pot existir la creença que és convenient no rentar-se durant l'etapa de

Higiene genitourinària

Cal recomanar netejar-se de davant cap endarrere per evitar infeccions. (Vegeu l'apartat 4.5.1.)

Idees clau

- La pubertat és el període de la vida durant el qual té lloc l'aparició dels caràcters sexuals secundaris i en el qual la jove adquireix la seva capacitat reproductiva.
- La mitjana de la pubertat s'inicia al voltant dels 10-11 anys.
- Cal, doncs, pensar en un procés patològic i està indicat un estudi mèdic en els casos en què l'inici de la pubertat es doni abans dels 8 anys i després dels 16.
- Els estadis de Tanner descriuen les diferents fases per les quals passa la pubertat en les noies.
- L'edat mitjana de la menarquia en el nostre medi és de 12,6 anys, essent de 10 anys el límit inferior i de 16 el superior.
- Es recomana explicar de manera entenedora als joves i adolescents la fisiologia de la menstruació i les recomanacions sobre la higiene en els dies de la menstruació.

2.1.2. Desenvolupament físic en el noi

Introducció

Existeix una gran variabilitat en la presentació dels canvis puberals d'un jove a un altre.

El primer canvi hormonal que detectem quan comença la pubertat és un augment nocturn de la secreció pulsàtil de l'hormona luteínica (LH) per increment de l'hormona alliberadora de gonadotrofines (GnRH).

Al mateix temps, hi ha una disminució de la sensibilitat de l'hipotàlam (hipòfisi a la testosterona), per la qual cosa s'inicia la secreció de gonadotrofines LH i hormona estimulant del folícul (FSH).

La maduració puberal en el noi comença 1,5-2 anys més tard que en la noia. Els límits de la pubertat són, per sota, els 9 anys i, per sobre, els 14.

Cronologia del desenvolupament puberal. Avaluació de la maduració sexual. Estadis de Tanner (taula 1)

Per avaluar el procés de maduració sexual utilitzem els estadis de Tanner, que es van descriure l'any 1969 i que valoren el desenvolupament dels òrgans genitals externs (G) i la pilositat pubiana (P).

Altres canvis

La pubertat comporta diversos canvis que segueixen, en el noi, un cert ordre cronològic, però pot presentar variacions importants dins dels límits de la normalitat:

- La primera evidència física de pubertat en els nois és el creixement testicular (G2). Es mesura amb l'orquidòmetre de Prader i apareix cap als 11,5 anys (9,5-13,5 anys).

Taula 1. Estadis de Tanner

Genitals externs

- G1** Prepuberal, testicles < 3 ml de volum, escrot i penis com a la infància
- G2** Augmenta l'escrot i la pell es torna més fina, testicles de 4 a 6 ml
- G3** Augmenta el penis en longitud, escrot i testicles (6-12 ml) continuen creixent
- G4** Augmenta el penis en longitud i diàmetre i es desenvolupa el gland. Escrot i testicles (12-20 ml) segueixen creixent i la pell de l'escrot es torna més fosca
- G5** Òrgans genitals adults en forma i mida. Testicles > 20 ml (12-25 ml)

Pilositat pubiana

- P1** Prepuberal, no hi ha pilositat
- P2** Presència d'algun pèl dispers, llarg, fi, lleugerament pigmentat, recte o lleugerament arrissat, sobretot a la base del penis i l'escrot
- P3** Pèls més densos, espessos i arrissats que s'estenen lateralment i molt poc per sobre de la sínfisi pubiana
- P4** Pèl semblant a l'adult, però no s'estén a les cuixes
- P5** Com l'adult en morfologia i extensió cap a les cuixes

- El segon signe acostuma a ser l'aparició de pilositat pubiana (P2) al cap de 6-12 mesos.
- Augment del penis (G3) uns 12 mesos després del G2.
- La primera ejaculació, malgrat ser molt variable, acostuma a aparèixer cap als 13,4 anys (11,7-15,3 anys) quan està en estadi G3 i precedeix el pic màxim en la velocitat de creixement.
- Acceleració del creixement estatural, especialment de braços i cames. La fase d'acceleració s'inicia en l'estadi G3 i en el G4 es produeix el pic màxim en la velocitat de creixement. L'any de màxim creixement augmenten entre 7 i 12 cm. L'estadi G5 representa la desacceleració gradual.

- El màxim d'increment ponderal, amb augment de la massa muscular, en el noi, coincideix amb el màxim en la velocitat de creixement.
- L'estadi G4 s'associa generalment amb la fertilitat.
- Canvi de veu i creixement de la laringe.
- Aparició de la pilositat axilar, uns 2 anys després de P2.
- Activitat de les glàndules sudorípares i sebàcies.
- Aparició de pèl facial que s'inicia en les comisures del llavi superior i en la resta del cos.

El temps promig per completar la pubertat és de 3 anys (2-5 anys).

Precocitat puberal i maduradors tardans

En els nois amb precocitat puberal s'observa un augment de la taxa de creixement i de la duració de la pubertat, mentre que en els maduradors tardans hi ha una reducció de la duració de la pubertat i una menor taxa de creixement, per la qual cosa la talla final no es veu afectada.

És freqüent la consulta per ginecomàstia. La majoria dels casos és de tipus I, amb un botó mamari subareolar, dolorós, uni o bilateral. Acostuma a aparèixer en estadi de Tanner 2 i desaparèixer abans d'1 o 2 anys. No s'ha de fer res, simplement assessorar i tranquil·litzar l'adolescent.

Derivació a l'endocrinòleg

Hem d'estudiar o derivar a l'endocrinòleg els següents adolescents:

- G1 > 13,7 anys
- P1 > 15,1 anys
- G2 < 9,5 anys
- Si han passat més de 5 anys des de l'inici de la pubertat i encara no s'ha completat
- Si persisteixen els següents estadis passats els següents límits:
 - G2 > 2,2 anys
 - G3 > 1,6 anys
 - G4 > 1,9 anys
 - P2 > 1 any
 - P3 > 0,5 anys
 - P4 > 1,5 anys

Si la ginecomàstia és de tipus II o III, comparable als estadis III-V de la noia, poques vegades es resol espontàniament i derivarem l'adolescent a l'endocrinòleg.

No hem de confondre la ginecomàstia amb la lipomàstia, que és l'acúmul de teixit adipós en la mama i s'observa amb freqüència en nois obesos.

Parlem de pubertat precoç si s'inicia abans dels 9 anys i retardada si no s'ha iniciat als 14 anys.

Problemes de l'aparell genital masculí

Vegeu l'apartat 4.5.1. i 4.5.2. L'exploració dels genitals masculins és una part important de l'avaluació de l'adolescent. Per tant, no hem d'oblidar l'exploració de les següents parts:

El fals micropenis és un motiu de consulta o preocupació freqüent en adolescents obesos que inicien la pubertat. En aquests casos cal mostrar a l'adolescent la mida real del seu penis.

Part a explorar	Exploració a realitzar
Escrot	Observació de la coloració i les lesions
Testicles	Observació de l'absència (criptorquídia), asimetria o augment de mida (hidrocele, infecció, tumor o hèrnia)
Epidídim	Palpació de dalt a baix. Està situat a la part posterior del testicle, allà on es transforma en conducte deferent i deixa el testicle formant part del cordó espermàtic (epididimitis, varicocele o espermatocèle)
Meat penià	Observació d'eritema, secreció, berrugues, hipospàdia
Prepuci Gland	Valoració de la fimosi Observació d'envermelliments i ulceracions. Infeccions de transmissió sexual
Cos del penis	Observació d'ulceracions i berrugues. Infeccions de transmissió sexual

Idees clau

- Existeix una gran variabilitat en la presentació de canvis puberals d'un adolescent a un altre.
- La maduració del noi comença 1,5-2 anys més tard que en la noia.
- Per avaluar el procés de maduració sexual utilitzem els estadis de Tanner.
- El temps promig per completar la pubertat és de 3 anys.
- Es produeixen tota una sèrie de canvis, com el creixement testicular, l'aparició de pilositat pubiana, l'augment del penis, l'acceleració del creixement estatural, etcètera.
- Es parla de pubertat precoç si s'inicia abans dels 9 anys i retardada si no s'ha iniciat als 14 anys.
- Per detectar els problemes de l'aparell genital masculí hi ha tota una sèrie de parts a explorar amb les seves respectives exploracions.

2.1.3. Activitat física i esport

Introducció

Des de les nostres consultes hem de promoure que els adolescents facin esport com un hàbit saludable.

Sembla haver-hi prou evidències per afirmar que l'activitat física realitzada de forma regular redueix la morbimortalitat per malalties cardiovasculars, així com també actua sobre factors de risc, com la hipertensió, l'obesitat, la hipercolesterolèmia o la diabetis. Això ja justifica el fet de promoure l'exercici físic com un hàbit saludable a mantenir durant tota la vida adulta.

A més a més d'aquest benefici a llarg termini, dins del grup dels adolescents trobem altres beneficis més immediats, que val la pena remarcar:

- Les activitats aeròbiques desenvolupen la resistència, la flexibilitat i la força muscular.
- La majoria dels esports faciliten pertànyer a un equip, formar part d'un grup d'iguals. Molts cops, a més a més, ensenyen els nois a guanyar i a perdre i a ser capaços d'acceptar-ho.
- Els nois i les noies que fan exercici físic de forma regular, segons alguns estudis, semblen tenir un menor consum de drogues, tan legals com il·legals, malgrat que existeixen dades contradictòries en aquest sentit.

Ens trobem en una societat força sedentària, i això es reflexa també en els joves, on 1 de cada 20 nois o noies no fa cap tipus d'esport i 1 de cada 7 només fa esport a l'escola. En les noies trobem el doble d'inactivitat física que en els nois (1 de cada 10 i 1 de cada 3,5, respectivament). D'aquí la importància de fer consell mèdic perquè es practiqui l'exercici físic.

Riscos relacionats amb l'esport

Com a professionals sanitaris, quan arriba un adolescent a les nostres consultes hem de tenir presents possibles situacions de risc que es poden donar. Això ens permetrà detectar-les i avaluar-les. Algunes de les més comunes són:

- Lesions físiques realitzant esports de contacte o per la manca d'escalfament i de preparació física prèvia.
- Risc per la no utilització de proteccions específiques, com el casc amb la bicicleta o monopatin, colzeres i genolleres si s'escau, entre d'altres.
- Hi ha esports que precisen unes formes físiques mínimes per poder-los practicar, com són el ballet, la gimnàstica rítmica i algunes formes d'atletisme. Això pot comportar, en un intent de millorar les marques, risc de conductes alimentàries restrictives que podrien donar pas, per exemple, a l'anorèxia. (Vegeu l'apartat 4.4.3.)
- Detecció a les consultes des nois i noies que realitzen massa exercici físic, i sobretot, en les noies val la pena descartar que no sigui una conducta purgativa en el context d'un trastorn de la conducta alimentària.
- Els joves, amb més freqüència els nois, quan van de forma regular a un gimnàs poden ser iniciats en el consum de substàncies hiperproteiques, anabolitzants o altres drogues amb els riscos que aquestes comporten per la seva salut.
- Els esportistes d'elit d'aquestes edats poden estar sotmesos a una gran tensió. Se'ls demana, per una banda, millorar les marques de l'esport que practiquen, i a més a més han de mantenir habitualment un bon nivell d'estudis. Tot això fa que

tinguin poc temps lliure i es poden qüestionar si el que fan és perquè volen o està imposat per pares i entrenadors, generant-se angoixa i desinterès.

Recomanacions

Quan un jove arriba a les nostres consultes, cal conèixer si realitza alguna activitat física i les seves característiques (quin esport practica, on el practica i quantes hores setmanals fa).

Metodologia del consell mèdic per practicar exercici físic en l'adolescència

Consell d'inici o d'augment

Explicar als nois els avantatges de fer exercici físic i informar-los del que és més adequat per a cada cas particular.

Animar-los perquè comencin a fer-ho o adaptin el tipus d'esport que fan per tal que sigui més saludable.

Consell de reforç

Felicitar a l'adolescent pel seu estil de vida i encoratjar-lo a que segueixi així d'actiu.

Recomanacions sobre esports

L'activitat física (i l'esport) és bo en la gran majoria de situacions. A més, l'aspecte físic s'ha de considerar el benefici secundari que comporta fer allò que agrada.

Només haurien de ser limitacions per a la pràctica d'algun tipus d'esport les derivades de la pròpia malaltia, considerant que hi haurà moltes diferències interindividuais i potser ens haurem d'adaptar a cada situació. Si al noi li agrada l'esport només hauriem de recomanar que deixi de fer allò que pot empitjorar el seu estat de salut individual*.

En qualsevol cas de patologia crònica cal seguir els consells del metge responsable del control de la malaltia i pot ser útil l'assessorament d'un especialista en medicina de l'esport, especialment si hi ha voluntat de competir. Com s'ha demostrat, hi ha persones amb asma, diabetes o altres malalties cròniques que practiquen esports d'elit avui dia.

Lesions esportives més freqüents

En general, cada esport té característiques pròpies (contacte, equilibri, pressió, resistència) que condicionen riscos específics.

El més freqüent és patir estiraments i ruptures musculars i tendinoses, de les àrees més exposades a sobrecàrregues. També cal considerar les contusions associades a esports de contacte o amb caigudes fàcils. Menys valorat, però especialment important per recordar, són els microtraumes repetits (o la mateixa sobrecàrrega d'una zona), que fa que hi hagi àlgies o incapacitats funcionals de mal resoldre (taló, genoll) en adolescents a qui la recomanació d'un repòs més o menys llarg no és fàcil d'aplicar.

El que cal considerar és que cada esport, i a la vegada cada activitat concreta, es mereix una valoració específica per minimitzar els riscos de lesions.

*En el cas de l'asma, com a malaltia esportiva prevalent, s'ha d'afavorir que el jove asmàtic participi en jocs i esports propis de la seva edat. Els esports més ben tolerats seran la natació, la gimnàstica i la bicicleta, mentre que els pitjors tolerats són els que exigeixen gran resistència i es fan a l'aire lliure.

Idees clau

- Té una gran importància sanitària conèixer si els nois realitzen esport i les característiques d'aquest.
- Des de les consultes hem de promoure l'esport com a hàbit saludable.
- Hem d'estar alerta per fer detecció de possibles situacions de risc relacionades amb determinades pràctiques esportives.
- En cas de tractar-se d'una malaltia crònica, l'activitat física i l'esport solen ser beneficiosos en la majoria de situacions.

2.2. Desenvolupament psicològic

Introducció

El desenvolupament psicològic de l'adolescent és un procés de construcció de la personalitat en el que intervenen els canvis cognitius (pensament i raonament), els aspectes emocionals i les influències socioculturals.

Aquest desenvolupament psicològic, en els aspectes cognitius i emocionals, és més lent que la maduració biològica i corporal, fet que sovint col·loca l'adolescent davant de riscos no previstos ni reconeguts, a vegades inevitables per aconseguir el seu lloc en el món dels adults.

Procés de construcció de la personalitat

En aquest procés són fonamentals les qüestions relacionades amb la identitat.

L'adolescent viu un procés de recerca i construcció d'identitat, dirigit a constituir una manera única i individualitzada d'ésser i a trobar a la vida un lloc simbòlic propi, personal i social.

L'anomenada crisi de l'adolescència tradueix l'esforç que ha de realitzar el jove per sortir de l'estructura de personalitat de la infantesa, diferenciar-se dels seus pares, passar de la dependència a l'autonomia i obrir-se pas en la societat.

Es qüestionen fortament els models i ideals paternes i es cerquen nous models d'identificació amb altres joves o adults idealitzats, generalment figures molt significatives o conegudes socialment (cantants, actors). Els vincles i la relació amb el grup d'amics pren una importància considerable.

Durant l'adolescència es produeix un canvi qualitatiu de la personalitat infantil. Es deixa de ser nen o nena per anar-se convertint en home o dona, en una dinàmica de constant evolució/avenç i regressió/retrocés, en la que moltes vegades el jove se sent perdut, sense punts de referència clars.

El "jo" propi és el nucli de la personalitat, que anirà fent de mediador entre el món intern del jove i el seu entorn social. El procés de mediació del "jo" comença a la infantesa i no acaba a l'adolescència, encara que té un punt àlgid en aquesta etapa, i també, segons el concepte de camp de Kurk Lewin, la negociació entre el que es desitja i el que es pot aconseguir (el potencial de cadascú).

Els següents factors formen part de la personalitat i la identitat adolescent:

- L'autoconcepte.
- L'autoestima.
- L'autoimatge corporal.
- La sexualitat i l'afectivitat.
- Un sistema de valors i ètica pròpia que es va construint.
- Els estudis i la formació.

L'autoconcepte

És el conjunt de percepcions i idees que cadascú té de sí mateix per a la introspecció.

L'autoestima

És el grau de satisfacció personal que un individu té de sí mateix. Es construeix mitjançant un joc dinàmic entre el que la persona voldria ser i el que creu ser, i també en la comparació amb els altres. Les opinions de les persones importants pels joves (pares, educadors, metges, amics) són clau en la pròpia autoestima.

Exemple

Si un jove és sempre "significat" per un dels seus progenitors com a inútil, es possible que tingui conseqüències a llarg termini que poden aparèixer

com a dificultats per desenvolupar les seves capacitats i problemes d'inseguretat.

L'autoestima positiva, en canvi, es relaciona amb funcionaments més saludables per afrontar els reptes del cicle vital adolescent.

L'autoimatge corporal

Té una rellevància fonamental en la personalitat i la identitat de l'adolescent, ja que el cos és el representant més directe de la identitat.

Els adolescents i joves dediquen molt de temps a mirar-se al mirall intentant assemblar-se a alguna imatge ideal. Les transformacions corporals obren la pregunta sobre la normalitat del propi cos, desperten sentiments barrejats de por, vergonya, orgull, exhibicionisme, etcètera.

Donada la sobrevaloració del cos a la nostra cultura, el jove que no s'apropa als estereotips de bellesa ho passa malament. Algunes pràctiques de modificació del cos, com ara els tatuatges i els *piercings*, formen part d'una eròtica grupal i personal que persegueix una diferenciació respecte altres generacions. També passa el mateix amb la cultura del gimnàs o de la musculació.

Molts interrogants adolescents i també molts conflictes emocionals es vehiculen a través del cos, per això cal estar atents als símptomes que s'expressen així i a les possibles somatitzacions.

Exemple

Actualment, els trastorns de la conducta alimentària són un fenomen freqüent entre les noies adolescents. Normalment estan relacionats amb quadres depressius, conflictes amb els pares i dificultats de la jove per identificar-se com a dona i assumir la sexualització del seu cos. Es tracta d'un trastorn profund de l'esquema corporal (l'anorèxia no es veu prima, al contrari, es veu més grassa). Per això els tractaments han de tenir un enfocament interdisciplinari. (Vegeu l'apartat 4.4.3.)

La sexualitat i l'afectivitat

Juntament amb el sentit de la vida i els orígens, la sexualitat i l'afectivitat desperten molts interrogants en el jove. El gran desconeixement de les vivències de la sexualitat i la gran intensitat de sensacions, impulsos i sentiments els pot resultar desbordant.

L'adolescent es troba amb la necessitat de clarificar-se quant a la seva identitat masculina o femenina, i de prendre una posició en relació amb els pares de gènere.

Les relacions personals es tornen més complexes, obrint-se pas el descobriment de l'altre com a objecte d'amor i de desig, el que possibilitarà la relació sexual compartida.

La construcció d'un sistema de valors i una ètica propis

Pel seu desenvolupament és un altre factor cabdal en la maduració de la personalitat adolescent. Són molt importants els models i les influències familiars i socials. El procés comença amb el qüestionament, de forma més o menys radical, de tot el que prové dels pares i la societat en conjunt (idees, actituds, comportaments, creences).

Les aportacions dels iguals i d'altres figures socials idealitzades i significatives pel jove prenen cada cop més rellevància. A mesura que madura la seva capacitat de pensament, anirà elaborant i fixant els seus criteris i aplicant-los a situacions cada vegada més complexes.

La manca d'un sistema de valors i d'un codi ètic pot conduir a conductes autodestructives i agressives (consum de drogues, delinqüència). En canvi, la seva existència potencia l'autorespecte, la valoració de sí mateix i de l'altre i l'acceptació de les diverses opcions de vida i pensament.

Els estudis i la formació

Progressivament anirà adquirint majors responsabilitats en els seus estudis i la seva formació. Aprenen a gestionar les qüestions econòmiques, decidir els seus estudis i ocupació, assumint noves responsabilitats i dibuixant objectius de futur en la seva vida professional. Les millores en la seva capacitat de pensar i raonar li seran fonamentals per assolir el seus projectes.

Canvis cognitius

En tots els aspectes referents a la personalitat tenen molta influència les característiques i l'evolució del pensament. En aquest sentit, es poden assenyalar alguns aspectes propis de l'adolescent:

- Es creu amb necessitats i capacitats úniques que sembla que els altres no comparteixen ni entenen. Per tant, o bé es mostra excessivament omnipotent, invulnerable i impulsiu o bé insegur, aïllat i solitari.
- Pot utilitzar el pensament màgic i omnipotent per substituir o negar una realitat que es rebutja si resulta dolorosa o frustrant.
- Té dificultats per analitzar, relacionar i preveure les conseqüències dels seus actes; encara que sap que determinada conducta és potencialment perillosa, si l'ha feta i no li ha passat res, creu que sempre serà així.
- Davant els conflictes té dificultats per parlar i explicar-se i, per tant, de simbolitzar i comunicar el que sent i pensa. Moltes vegades es creu en possessió de la veritat i actua més que pensa.
- No sempre pot sostenir ser conseqüent en la seva conducta amb les pròpies idees, decisions i valors.
- Té dificultats per assumir compromisos.

L'adolescent evoluciona del pensament infantil concret i present, centrat en la realitat, al pensament abstracte, basat en la capacitat hipoteticoductiva. S'incrementa la seva capacitat simbòlica i davant una idea o situació pot pensar en diferents solucions i aplicar raonaments lògics més evolucionats a fets personals i relacionals.

Aplicat a fets personals, pot tenir en compte, cada vegada més i de forma més realista, les conseqüències del seu comportament, les possibles situacions indesitjables i els medis per aconseguir els seus desigs. Millora la seva consciència de realitat, la capacitat d'anàlisi, racionalitat i previsió.

És cada vegada més capaç d'incrementar la complexitat i l'abstracció de les seves deduccions, ja sigui en relació amb el seu propi món o amb el funcionament de la societat.

Seria recomanable que l'adolescent pogués processar els canvis mitjançant el màxim d'elaboració mental. Si aquest procés és deficient, les angoixes prenen una expressió més somàtica o conductual.

La maduració dels processos mentals moltes vegades pot estar influenciada per factors emocionals conscients i inconscients.

Aspectes emocionals

Els conflictes personals, familiars i psicosocials o la pròpia situació de crisi adolescent poden minvar les capacitats encara no consolidades del jove i fer que es posi en situació de risc. A més, emocionalment viu un període de pèrdues difícils d'assumir, ja que cal renunciar a:

- La identitat i al cos infantil, per reconèixer una identitat i una autoimatge corporal sexualitzada, masculina o femenina.
- La relació de dependència dels pares i a la seva idealització, per construir els propis ideals i els projectes de futur.
- El desig eròtic infantil lligat als pares, per poder arribar a l'elecció de l'objecte amorós fora de la família.

Per assumir aquestes pèrdues ha de passar inevitablement per un dol, que és un treball psíquic de reestructuració de la personalitat quan el subjecte perd algun element significatiu en la seva vida.

Per elaborar el dol respecte al passat infantil i aconseguir la nova identitat adulta, mai plenament assolida, l'adolescent compta amb una vitalitat, optimisme i idealisme desbordants que són grans motors en el seu procés vital. Però alhora també s'ha de confrontar a les mancances, limitacions i pors inevitables davant el que vol assolir.

Aquesta configuració emocional entre la manca i l'excés pot provocar diverses reaccions com, per exemple, l'atracció per les coses prohibides o perilloses, com una forma de sentir-se adult, de saltar-se etapes, d'aconseguir un lloc en el grup d'iguals, etc., o reaccions defensives molt extremes, com ara la negació, la idealització, la dissociació o l'omnipotència.

Tot això pot espantar els pares i adults i també moltes vegades el propi adolescent, que no es reconeix a sí mateix. La seva explosió emocional el desborda i pot entrar en una crisi personal que tindria implicacions familiars, podent així mostrar l'altra cara infantil, dependent i insegura.

La relació entre l'adolescent i els pares mostra que l'adolescència no és només una crisi personal, sinó també relacional, amb períodes d'una gran ambivalència en les relacions. La crítica, l'exigència i el conflicte hi són presents gairebé sempre. Tan aviat se separa d'ells, vol ser independent i es rebel·la contra les normes i la autoritat, com torna a

situacions de dependència i nostàlgia de la situació infantil. Pot tenir conductes de provocació per tal de posar-los a prova i aconseguir de manera inconscient que li posin límits.

Davant d'aquestes situacions, els pares sovint tenen dificultats per trobar el seu lloc, contenir-se emocionalment i exercir l'autoritat. És freqüent que prenguin actituds excessivament autoritàries o massa permissives per evitar conflictes. Els riscos són dimitir de la seva funció i posar-se ells mateixos en la posició de l'adolescent. La resolució de la crisi passa per reconèixer en els pares valors positius al costat dels negatius.

En separar-se de la família, va donant cada cop més importància a l'amistat i al grup d'iguals, amb el que comparteix idees, valors, interessos, vivències i afeccions. Això li serveix per refermar-se en una determinada identitat que li confereix el grup i que calma la seva inseguretat, al mateix temps que se sent valorat i acollit emocionalment.

La identificació típica amb un amic íntim afavoreix l'autoestima.

Fer-se gran significarà progressar en autonomia i independència dels pares, anar establint vincles afectius d'amistat i de parella, amb la perspectiva d'una futura vida familiar.

Influències socioculturals

Els processos biològics i psicològics no poden separar-se dels socioculturals, sinó que s'interrelacionen i s'influencien mútuament. Les característiques del medi sociocultural influencien directament el jove, d'igual manera que el medi pot ser modificat amb l'impuls i la creativitat de cada generació jove.

Exemple

Davant les dificultats d'entrar en el món laboral, els joves triguen més a independitzar-se. D'altra banda, l'apropiació que l'adult fa, cada vegada més, de les modes i comportaments juvenils dificulten l'adolescent a diferenciar-se, adquirint actituds més extremes. (Vegeu l'apartat 4.4.2.)

Consideracions

La dialèctica relacional entre l'adolescent i la seva família és molt important. Els problemes o conflictes de la parella parental poden afectar directament a l'adolescent i viceversa. Els professionals poden realitzar una tasca de mediació entre l'adolescent i

els pares davant de conflictes que dificultin el creixement psicològic i la maduració dels joves. Si l'adolescent no ho accepta, també pot ser beneficiós oferir suport a la família.

Cal diferenciar l'adolescent amb dificultats pròpies del procés evolutiu del que presenta trastorns patològics. Els següents símptomes poden formar part del procés de fer-se adults o poden ser l'inici d'un trastorn psicopatològic. El diagnòstic diferencial pot ser difícil; a vegades caldrà controlar l'evolució i esperar un cert temps. Aquesta diferenciació és fonamental per a no condicionar negativament el futur de l'adolescent.

La psicoteràpia pot ser una bona indicació en aquestes situacions.

Cal ajudar l'adolescent a resoldre els seus conflictes i motivar-lo a buscar ajut quan sigui necessari i, si cal, contactar amb el centre de salut mental infantojuvenil (CSMIJ).

Senyals d'alarma en la pubertat i en l'adolescència

Entenem per senyal d'alarma aquell signe, símptoma o conjunt de manifestacions que, si apareixen a determinada edat, han de fer pensar immediatament en una possibilitat de trastorn psicopatològic. Per matisar la importància d'aquests senyals d'alarma cal tenir en compte els canvis del tarannà habitual del jove, la intensitat i la durada del símptoma i la influència desadaptadora dels trastorns en els diferents entorns (família, escola, esplai).

En el cas de persistència i/o agreujament d'aquests símptomes, situacions de crisi greu o si apareixen trastorns mentals greus, s'ha de derivar l'adolescent als CSMIJ.

Senyals d'alarma en la pubertat i en l'adolescència

- Abús de substàncies tòxiques
- Trastorns del comportament alimentari (anorèxia i bulímia nerviosa)
- Trastorns afectius (distímia, depressió i mania)
- Trastorns per ansietat
- Trastorns de la conducta
- Trastorns psicòtics

Font: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa de Seguiment del Nen Sa.

Idees clau

- El desenvolupament psicològic de l'adolescent és un procés de construcció de la personalitat, en el que intervenen canvis cognitius, emocionals i influències socioculturals.
- El procés de construcció de la personalitat tradueix l'esforç de l'adolescent per diferenciar-se dels seus pares i buscar la seva autonomia.
- L'autoconcepte, l'autoestima, l'autoimatge corporal, la sexualitat, els valors i l'ètica pròpia, els estudis i la formació són factors o interessos que formen part de la personalitat de l'adolescent.
- L'adolescent evolucionarà des d'un pensament infantil concret, centrat en la realitat, fins a un pensament abstracte que es basa en la capacitat hipoteticodeductiva.
- L'adolescència no és només una crisi de tipus personal, sinó també de relacions, sobretot amb els pares, perquè l'adolescent necessita rebel·lar-se contra les normes i l'autoritat.
- El grup d'iguals i les seves amistats passen a tenir un paper clau, ja que en ells l'adolescent se sent identificat, valorat i acollit emocionalment.
- Cal diferenciar entre el procés evolutiu propi de l'adolescent i l'existència de trastorns psicopatològics.
- L'ajut psicoterapèutic pot anar dirigit a l'adolescent i als pares o només als pares, segons la situació, per tractar d'evitar que el conflicte de l'adolescent s'estanqui i es cronifiqui. Cal considerar els criteris en la taula d'indicacions d'ajut psicoterapèutic.
- Davant de conflictes greus es derivarà al CSMIJ.

2.3. Desenvolupament social: família, escola i societat, grup d'iguals

Introducció

Durant l'adolescència es viu una veritable revolució biopsicosocial:

- Figura corporal: passa de cos de nen a cos d'adult.
- Maduració psíquica: cal prendre les primeres responsabilitats i escollir cap a on vol anar, cauen les figures idealitzades dels pares.
- Funció social: busca la independència dels pares, aprendre a dir "no", necessitat de vincles extrafamiliars.

Aquest trànsit comporta dificultats tant pels pares i la societat com pel propi adolescent, i potser els que més criden l'atenció són els conflictes de poder familiar i la creació d'una nova xarxa de relacions extrafamiliars.

Riscos

Les dificultats i riscos que pot trobar l'adolescent són:

- Consum d'alcohol i/o altres drogues.
- Conductes de risc sota els efectes d'aquestes substàncies.
- Trastorns de la conducta alimentària.
- Primeres relacions sexuals.
- Associació a grups, bandes i sectes amb comportaments socialment conflictius.
- Família amb dificultats.
- Noves addiccions relacionades amb l'ús indiscriminat de l'Internet.

Cal esmentar que les conductes de risc anteriors tindran diferent pes segons l'etapa d'adolescència en la que es trobi el noi, ja que durant l'adolescència primerenca (10-14 anys) hi ha més preocupació per l'autoimatge. Hi ha també més inseguretat,

més impulsivitat, extremisme, conflictes amb les normes familiars i més comunicació amb el grup que amb la família.

Durant l'adolescència mitjana (15 a 17 anys) les conductes de risc es centren més en les primeres relacions sexuals, sensació d'invulnerabilitat, experimentació i iniciació a pràctiques de risc, intransigència i rellevància del grup o banda.

Serà a l'adolescència final o tardana (18 a 21 anys), caracteritzada per l'autoacceptació, independència, pensament més potent i més realisme, quan el pes d'aquestes conductes de risc iniciarà el seu declivi. Això es donarà sempre i quan s'hagin resolt adequadament les etapes anteriors.

Recomanacions

La família hi té un paper determinant. El professional que detecti la situació i que sigui sensible al tema ha d'intentar desdramatitzar l'enfrontament entre pares i fills donant afecte, comprensió i deixant espai (temporal, físic i mental) per a poder realitzar la transformació, prenent els enfrontaments com a part del procés d'afirmació de la identitat de l'adolescent. Si no se'n veu capaç, ha de derivar-lo a un professional que pugui fer aquesta mediació amb la família.

Han d'existir uns límits interpersonals que permetin intercanvis afectius, mantenint i respectant les característiques individuals dels seus membres. Com a pares, s'ha d'intentar ser flexible i no perdre el sentit de l'humor, escoltar el fill i aprendre d'ell i el seu entorn, recordant la pròpia adolescència i els conflictes viscuts amb els seus pares.

La societat ha de posar mitjans informatius que facilitin l'aprenentatge de l'adolescent i oferir oportunitats per a creure en un mateix (treball, educació, tasques creatives), i nosaltres, des de les consultes d'atenció primària hem d'aconseguir vincular-nos amb ell per tal que ens consideri com interlocutors vàlids, prenent cada visita com a una

oportunitat per a la detecció precoç de factors de risc i garantint-li la confidencialitat.

És important tractar de mantenir una conversa i no un interrogatori, ja que com més parli l'adolescent, més útil serà l'entrevista.

Per aconseguir-ho és bàsic acostar-nos a l'adolescent des del respecte i la senzillesa i mantenint la confidencialitat. Desconeixem massa coses d'ell com per poder-lo aconsellar ràpidament.

La xarxa de relacions i amistats són de gran importància per a l'adolescent, tant amb la "colla" com amb l'amic íntim, donat que ells són a qui obre el seu món i en qui confia. Moltes vegades hem sentit a dir que a un adolescent no l'entén ningú millor que un altre adolescent; el grup és el seu principal referent i font d'autoacceptació.

També s'ha de tenir en compte una introversió o extroversió exagerada, ja que en el primer cas és un indicador patològic i en el segon pot considerar-se com a generadora de problemes si hi ha desequilibri emocional intens (promiscuitat, relacions superficials).

L'escola representa al conjunt de la comunitat educativa (alumnat, professorat, pares i mares i personal no docent) i tots, com a agents de salut, tenen assignat el seu paper de formació dels hàbits personals i socials dels nois i noies.

L'escola és l'espai educatiu amb més càrrega intencional i sistemàtica, encara que el seu poder educatiu queda modificat per la influència de la família i del grup d'iguals. Ofereix al jove el sentiment de pertinença a un grup, a un col·lectiu amb unes característiques determinades, és a dir, arrelat a una comunitat. Aquest sentiment és sempre important, però sobretot a l'adolescència.

Des de l'escola es treballa el desenvolupament integral de la persona des d'un punt de vista global i s'intenta sistematitzar la transmissió de valors.

L'escola contempla els adolescents amb tota la seva diversitat i, pel que fa a l'educació per a la sa-

lut, té assignat un paper preventiu i de promoció d'hàbits saludables. Tot i així, té establerts els seus circuits dins i fora dels centres per a vehicular les possibles conductes problemàtiques que el professorat pugui detectar. El Departament d'Educació compta amb un equip de psicopedagogs dins de cada centre educatiu i també de serveis educatius com a suport al professorat (centres de recursos pedagògics, CRP, equips d'assessorament i orientació psicopedagògica, EAP, centres de recursos per a deficients auditius, CREDA, entre d'altres). (Vegeu l'apartat 3.4.)

També és important tenir en compte i aprofitar els recursos que provenen de les associacions de lleure, que a la vegada faciliten i desenvolupen la relació entre els iguals i potencien les activitats extraescolars.

Classificació de les situacions en funció del risc

A les consultes d'atenció primària hem de tenir en compte els trastorns d'aparició més freqüents en l'etapa de l'adolescència per poder actuar de forma precoç, segons la classificació CIE-10 (Classificació multiaxial dels trastorns psiquiàtrics en nens i adolescents):

- Funcionament social bo o superior.
- Funcionament social moderat.
- Discapacitat social lleu.
- Discapacitat social moderada.
- Discapacitat social greu i generalitzada.
- Incapacitat funcional en la majoria de les àrees.
- Discapacitat social grossera/persistent i generalitzada.
- Discapacitat social profunda/persistent i generalitzada.

Idees clau

- Durant l'adolescència es viu una veritable revolució biopsicosocial.
- Aquest trànsit comporta dificultats tant pel propi adolescent com pels pares i la societat.
- L'adolescent es pot trobar amb una sèrie de discapacitats socials greus, lleus o moderades i amb graus intermitjos de les classificacions anteriors.
- Les recomanacions impliquen a la família, a la societat i a la xarxa de relacions i amistats.
- Una introversió o extroversió exagerada és un indicador patològic i s'ha de tenir en compte.

2.4. Sexualitat responsable. Identitat i sexualitat

Introducció

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'educació sexual i l'adquisició d'habilitats sobre la sexualitat i les relacions humanes evita problemes de salut i motiva actituds més responsables i saludables.

La sexualitat del jove s'ha d'entendre com un aspecte fonamental pel seu desenvolupament personal, la seva salut i la satisfacció afectiva.

La identitat sexual s'anirà configurant des del naixement i en funció d'una sèrie de complementarietats:

- El desig dels pares i com aquest es reflexa en els fills.
- La constitució anatòmica.
- Les identifications.
- Les normes i prohibicions.
- Els missatges.
- Les creences i les vivències de l'entorn familiar i social més pròxim.

L'adolescència és la fase vital més intensa de creació de l'identitat, és a dir, de desenvolupament d'un jo propi, d'una manera única i diferenciada d'ésser.

A partir de la maduració biològica puberal la configuració sexual infantil tornarà a ser interrogada en el psiquisme del jove i la resposta determinarà l'assumpció de la masculinitat o la feminitat. Aquesta assumpció està plena d'incerteses i ansietat per la gran quantitat de preguntes sense resposta clara que genera: qui sóc jo?, què és i què vol dir ser home o dona?, com ser-ho?

Les transformacions corporals durant la pubertat tenen molt a veure amb la identitat i l'autoestima. Apareixen els caràcters sexuals secundaris (pits, barba) en cos femení o masculí.

La menarquia i la primera ejaculació simbolitzen la maduresa sexual femenina i masculina, respectivament, i poden ser viscudes de manera positiva o produir vergonya, por o ansietat.

Els nois solen rebre missatges positius de la seva virilitat, mentre que en les noies solen ser missatges més ambivalents.

La masturbació és el primer comportament sexual amb voluntat conscient d'obtenir plaer. Pot representar un bloqueig emocional quan pren un caràcter compulsiu o quan el jove utilitza la masturbació com una manera de satisfer-se, que li serveix per evitar l'encontre sexual amb l'altre.

Les primeres trobades sexuals comporten el desig de compartir, experimentar plaer i estimar o ser estimat per l'altre. Són sovint trobades imprevistes, esporàdiques i, per tant, poden ser de risc. (Vegeu capítol 5.)

Normalment, els primers contactes sexuals solen ser de tipus progressiu, i alguns joves practiquen el *peeting* (carícies, tocaments) com una pràctica que evita la possibilitat d'embaràs i el contagi de les malalties.

En el procés de reafirmació de la identitat sexual té una gran importància l'orientació del desig cap a les persones d'un sexe determinat (heterosexualitat, homosexualitat).

És normal que en els inicis de l'adolescència pugui existir cert grau d'incertesa respecte a la pròpia identitat sexual.

Si l'elecció amorosa és homosexual, cal esmentar que el procés de reafirmació de la identitat sexual sol ser més complicat. El jove pot sentir-se diferent i desorientat en rebre informacions que no coincideixen amb els seus sentiments amorosos.

Pot passar temps fins que no en prengui consciència i ho assumeixi.

El professional que tracta amb els adolescents ha de saber que pot passar per etapes de veritable patiment tractant de negar o ocultar la seva homose-

xualitat. Pot existir, fins i tot, certa burla i discriminació entre els joves que tenen opcions sexuals diferents.

També cal tenir en compte que el joc o la pràctica de relacions homosexuals puntuals en la primera adolescència no determina necessàriament una identitat homosexual definitiva.

Algunes de les característiques que van lligades a les primeres relacions sexuals i que com a professionals cal tenir en compte i treballar la seva prevenció són:

- La manca d'assertivitat i capacitat de negociació que els dificulta rebutjar propostes sexuals no volgudes.
- Les contradiccions i dificultats per clarificar-se en els seus desigs.
- L'ansietat i decepció que produeixen les primeres relacions sexuals com a conseqüència de la inexperiència i les fantasies ideals prèvies.
- En la noia les angoixes es centren en la por al dolor, les possibles conseqüències indesitjables i a ser utilitzada com a objecte sexual.
- El noi viu la seva ansietat en relació amb la seva "potència" i com a preocupació per si podrà i sabrà desenvolupar la seva capacitat per satisfer.
- Cal treballar els aspectes de la contracepció, ja que de vegades pot passar un cert temps fins que els joves utilitzin els mètodes contraceptius i alguns encara mantenen mites tals i com que la primera vegada no hi pot haver embaràs.
- És normal que les primeres relacions puguin no resultar gratificants, i cal treballar els aspectes de que la sexualitat és un procés que millora quan augmenta la confiança i disminueix l'ansietat.
- Les experiències insatisfactòries o traumàtiques, afectiva i/o sexualment, poden produir inhibicions i discontinuïtat en les pràctiques sexuals.
- Cal tenir en compte que en els joves una pràctica freqüent és la "monogàmia successiva" i, per tant, cal que tinguin un bon assessorament quant als mètodes anticonceptius per tal de fer prevenció de les malalties de transmissió sexual i de la sida.
- La inhibició és la dificultat d'apropament amorós i sexual que pot estar derivada de situacions sexuals traumàtiques, com abusos o maltractaments, o bé dificultats en relació amb assumir la identitat sexual. (Vegeu l'apartat 3.7.)
- La sexualitat prematura, indiscriminada o promíscua pot donar-se en persones que no s'han sentit estimades per la seva família i que busquen seguretat i acceptació afectiva en les relacions sexuals. També pot produir-se com a intent de resolució de sentiments d'inferioritat, soledat, fracàs. En aquests casos poden aparèixer embarassos i infeccions de transmissió sexual (ITS) com a símptoma de la problemàtica. Alguns joves en aquesta situació demanen la intercepció postcoital (IPC) o anticoncepció d'emergència (AE) si saben que existeix. (Vegeu l'apartat 2.4.)
- L'embaràs imprevist pot ser, de vegades, la primera presa real de consciència de la capacitat fèrtil del noi i de la noia. Pot ser fruit de la inexperiència o del fracàs del mètode utilitzat. En molts casos apareix com un "síntoma" que pot fer pensar en la necessitat d'omplir un buit existencial davant de fracassos escolars, manca d'interessos o ideals, projectes de futur.
- L'embaràs i la maternitat o paternitat adolescent. Hi ha joves que decideixen assumir la maternitat i la paternitat. És molt important una atenció personalitzada. És un fet que pot generar conseqüències negatives pel seu futur (de formació, laboral); per tant, s'ha d'intentar minimitzar-les. El suport de les famílies és imprescindible. També pot ser necessari el suport psicològic.
- L'avortament és una experiència dolorosa pels joves, però també els pot ajudar a madurar emocionalment i a ser més responsables amb la seva sexualitat. Es fa necessari l'acompanyament del professional en un procés en que s'haurà de prendre en poc temps una decisió molt important, amb fortes implicacions pel seu futur. És important la implicació del progenitor en la presa de decisió.
- Donar en adopció de vegades és l'últim recurs quan s'arriba a una gestació avançada, l'existència de la qual s'ha amagat o negat, o potser no s'ha volgut o pogut interrompre i no s'assumeix la maternitat. Psicològicament sol generar més conflicte que la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). (Vegeu l'apartat 5.2.2.)
- Les disfuncions sexuals. És possible que a les primeres relacions apareguin dificultats, com l'ejaculació precoç en el noi i la dispareúnia o l'anorgas-

Dificultats en l'expressió de la sexualitat

La sexualitat és una font de satisfacció i més si està lligada amb l'autoestima, l'amor i el respecte per l'altre. De vegades, la sexualitat pot convertir-se en una font de conflictes i frustració i donar lloc a diferents símptomes:

mia en la noia. Aquestes poden anar desapareixent en disminuir les inquietuds del començament i millorar la confiança i la comunicació afectiva. Només quan la dificultat persisteix s'hauria de realitzar tractament.

- Els maltractaments psíquics acostumen a començar durant aquests anys en el nuviatge. El maltractador intentarà progressivament aconseguir l'aïllament relacional progressiu, mitjançant prohibicions i control de les amistats, de la manera de vestir o d'actuar. Si hi ha antecedents de maltractament entre els pares es poden produir dificultats per establir vincles de parella, disfuncions sexuals i, en el pitjor dels casos, repetició del maltractament. (Vegeu l'apartat 3.7.)
- Els abusos sexuals es produeixen principalment sobre les dones. Determinades infeccions de transmissió sexual poden fer sospitar al professional la seva existència. Es denuncien més quan l'abusador és una persona desconeguda. Amb freqüència l'abusador pot ser una persona propera a l'àmbit familiar, que pot actuar de forma aparentment afectuosa. De vegades fa amenaces greus per evitar que la persona abusada parli. El patiment i l'angoixa que produeix l'abús fa que moltes vegades no es denunciï, per vergonya o por de la persona agredida a ser considerada culpable. L'abús sexual en la infància produeix efectes negatius en l'expressió de la sexualitat adolescent. (Vegeu l'apartat 3.7.)
- L'abús de l'alcohol i altres drogues per desinhibir-se emocionalment i aconseguir un estat d'ànim suposadament "ideal" per fer front a les ansietats que pot despertar l'apropament amorós i sexual. Vegeu l'apartat 5.1.

Valors dels joves i influències socials

A la nostra societat, els valors dels joves són cada vegada més igualitaris quant a desigs, drets i deures sexuals relatius al gènere. Els joves cada cop són més permissius i es basen més en la reciprocitat quant al desig i al plaer, independentment del sexe.

Encara persisteixen certes idees limitadores, com:

- La reducció de la sexualitat al coit i la genitalitat.
- L'obligació de tenir relacions coitals i orgasme.
- Els mitjans de comunicació sovint donen models que no coincideixen amb el procés evolutiu dels joves i les seves expectatives reals.

L'edat mitjana d'inici de les relacions sexuals actualment sol ser de 16 anys en el noi i de 17 en la noia.

Els indicadors que determinen l'inici precoç de les relacions sexuals són:

- Pertànyer al sexe masculí.
- L'avançament de la menarquia.
- Tenir parella estable.
- Tenir un grup d'amics sexualment actiu.
- El baix nivell, tant d'estudis com socioeconòmic.
- Viure en un medi rural.
- Pertànyer a determinades ètnies.
- Tenir relacions familiars conflictives.

Els factors afavoridors d'una sexualitat satisfactòria serien:

- Les transmissions parentals i educatives de caràcter positiu sobre la sexualitat.
- L'autoconeixement i l'autoestima.
- La capacitat d'assertivitat i negociació.
- La seguretat afectiva en sí mateix i en la parella.
- L'actitud activa i de comunicació en l'intercanvi amorós.

Aspectes de la prevenció

El professional de la salut té un paper important quant a la "normalització" i "socialització" de la sexualitat adolescent, des d'un punt de vista positiu i de creixement.

Aquest paper el duu a terme mitjançant l'atenció personal, grupal i familiar:

Atenció personal

- Oferir un espai d'escolta i atenció personalitzada i confidencial per atendre les necessitats de l'adolescent en relació amb la sexualitat.
- Mostrar una actitud de respecte i acceptació de les vivències, sentiments i dificultats de la sexualitat del jove.
- Aprofitar la consulta per altres motius de salut, per interessar-se per l'estat anímic i emocional de l'adolescent, la seva relació amb la família i el grup, els estudis, etc., i també per la seva sexualitat.
- Oferir una continuïtat en l'espai de la consulta. Hi ha consultes que requereixen d'un nombre indeterminat de trobades.

- Escoltar i atendre la demanda explicitada i estar també atents a les necessitats que poden estar implícites i ser difícils de verbalitzar.
- La demanda d'intercepció postcoital (IPC) o anti-concepció d'emergència, test d'embaràs o prova de l'HIV són oportunitats importants per tractar qüestions relacionades amb la sexualitat i incidir en la prevenció.

Atenció grupal

- Treballar en grups i tallers l'educació sexual i les relacions personals i afectives de manera activa i participativa.
- Donar a conèixer l'espai d'atenció personal.

Atenció familiar

- Oferir al pares un espai per a consultar les seves pors, dubtes i inquietuds en relació amb la sexualitat dels seus fills.
- Ajudar a l'adolescent perquè sigui ell qui parli primer amb els pares, oferint la mediació professional en el cas de que l'adolescent tingui dificultats per fer-ho.
- Informar als pares després de la consulta, en cas de ser menors i si hi ha problemes derivats d'una conducta de risc (embaràs, ITS, descartar infecció per l'HIV, etc.).
- Realitzar sessions de treball dirigides a pares (associacions, grups) oferint suport en cas necessari (Vegeu l'apartat 3.2.)

Errors o malentesos més freqüents entre els joves

Alguns dels errors o malentesos que existeixen entre els joves en relació amb les relacions sexuals i que el professional que tracti amb adolescents pot aclarir són:

- "Pensar que ja se sap quasi tot i que no és important informar-se". Recordar la informació en el moment que es necessita i prendre les precaucions adequades és la única manera de prevenir.
- Pensar "tot això a mi no em passarà". Si no prens les precaucions necessàries, tens els mateixos riscos que qualsevol altra persona.
- "Pensar que la primera vegada no passa res". Si no es prenen les precaucions pot produir-se un embaràs el primer cop.
- "Pensar que rentant-se després, no hi ha risc d'embaràs". Rentar-se no evita els embarassos.
- "Pensar que si realitza l'acte sexual dret no passa res". Així també es pot produir un embaràs.
- "Pensar que la marxa enrera o fer només una penetració abans de posar-se el preservatiu no té risc". La marxa enrera no és un mètode anticonceptiu. No protegeix de les malalties de transmissió sexual ni evita l'embaràs. I, a més a més, pot dificultar les relacions sexuals.
- "Pensar que amb la regla no passa res". Encara que el normal és que l'òvul surti de l'ovari dues setmanes abans de la regla i que la fecundació es produeixi entre les 24 i 72 hores que segueixen a l'ovulació, una dona pot quedar embarassada durant la regla.

Idees clau

- L'educació sexual i l'adquisició d'habilitats sobre la sexualitat i les relacions humanes evita problemes de salut i motiva actituds més responsables i saludables.
- La sexualitat del jove s'ha d'entendre com un aspecte fonamental pel seu desenvolupament personal, la seva salut i la satisfacció afectiva.
- Les dificultats en l'expressió de la sexualitat poden donar lloc a conflictes i frustració. Comprenen la inhibició, la sexualitat prematura, indiscriminada o promíscua, l'embaràs imprevist, la maternitat i paternitat adolescent, l'avortament, donar en adopció, les disfuncions sexuals, els maltractaments psíquics, els abusos sexuals i l'abús d'alcohol i altres drogues.
- Alguns dels factors afavoridors d'una sexualitat satisfactòria són l'autoconeixement, l'autoestima, la capacitat de negociació, l'actitud activa.
- El professional té un paper important quant a la normalització i socialització de la sexualitat adolescent, des d'un punt de vista positiu, i ho porta a terme mitjançant una atenció personal, grupal i familiar.

2.4.1. Sexualitat responsable i contracepció

Introducció

Per orientar els adolescents en relació amb la sexualitat responsable i la contracepció serà essencial haver-se apropiat anteriorment a la seva manera d'entendre la sexualitat, conèixer com estableixen les relacions amb el grup d'iguals i quines expectatives i pensaments envolten els comportaments sexuals en aquesta època.

La presa de decisions en contracepció per part dels adolescents serà més senzilla si el professional de la salut ofereix una informació clara i objectiva de tots els mètodes anticonceptius a l'abast i reconeix, d'alguna manera, les dificultats que comporten els primers jocs sexuals compartits.

En relació amb l'elecció del mètode més adequat quant a l'edat i al moment vital, i per una utilització i compliment adequats, caldrà oferir una bona informació però també un recordatori continuat des de la consulta en les diferents visites que faci l'adolescent tenint en compte les noves vivències. Els experts coincideixen en considerar que la informació és necessària però no suficient. Són l'experiència i l'aprenentatge d'habilitats (sobretot del preservatiu) els que motiven l'ús adequat i el compliment dels mètodes contraceptius i/o de barrera.

D'altra banda, hem de propiciar la responsabilitat compartida en la protecció contraceptiva. Sovint, per la por a l'embaràs, són les noies les que demanen més informació, i ho fan més aviat i amb major freqüència. Però no hem d'oblidar l'existència de les malalties de transmissió sexual (MTS) i la sida, i en aquest cas és el noi qui determina en la majoria dels casos la propagació de la infecció.

Cal no oblidar que les característiques fisiològiques de la dona, i més en la noia adolescent (mucosa vaginal immadura, pH vaginal, progesterona deficient), determinen una major sensibilitat al contagi

d'infeccions bacterianes i del virus de la sida. Per tant, en el consell contraceptiu s'hauran d'incloure tots els aspectes relacionats amb la salut sexual i reproductiva tenint en compte les característiques de cada gènere, la prevenció i la seguretat en la protecció. (Vegeu l'apartat 5.2.1.)

Com ja s'ha tractat en altres capítols, hi ha algunes característiques que ens poden orientar en la captació de possibles comportaments sexuals de risc, i d'aquesta manera podem insistir en el consell contraceptiu. (Vegeu capítol 5.) Algunes d'aquestes característiques són:

- Edat de les primeres relacions sexuals coitals.
- Monogàmia seriada.
- Altres comportaments de risc (consum d'alcohol i d'altres substàncies).
- Comportaments compulsius (trastorns de l'alimentació, excés d'exercici físic).
- Dificultats personals de relació amb el grup d'iguals.
- Canvi freqüent d'amics o parelles.
- Situació social i familiar desfavorida.
- Dificultats en l'ocupació del temps de lleure.
- Dificultats en l'orientació sexual.

Per un bon consell contraceptiu caldrà conèixer la salut de l'adolescent i el seu comportament des d'un punt de vista integral. Aquesta atenció serà més senzilla i efectiva si s'estableix un bon vincle entre el professional i l'adolescent.

Es facilitarà el vincle amb l'adolescent si:

- Se li concedeix una entrevista personalitzada.
- Es respon a la seva demanda el més aviat possible.
- Es manté una actitud positiva, entenedora i atenta.

- Es respecta el seu tarannà i no es jutgen els seus sentiments i/o comportaments en relació amb la sexualitat.
- S'assegura la confidencialitat però sense establir complicitat.
- Se'ls ofereix un espai per consultar davant de qualsevol dubte o preocupació.
- Se'ls dona una informació clara i objectiva de cada mètode contraceptiu a l'abast, tenint en compte els més recomanables per als joves i diferenciant els que protegeixen només de l'embaràs dels que protegeixen de l'embaràs i de les MTS i la sida.

Un cop el/la jove ha escollit el mètode més adequat per a la seva situació (elecció informada), el professional haurà de valorar i explicar les indicacions i contraindicacions, si s'escau, i insistir tant en les habilitats per un ús correcte com en la importància del compliment per assegurar-ne l'eficàcia. Segurament, en diferents consultes, caldrà fer un recordatori i aprofundir en la informació del mètode i de com s'ha d'utilitzar, concedint un espai perquè s'expressin les dificultats i els dubtes que hagin sorgit a partir de l'experiència.

Mètodes contraceptius

Preservatiu masculí

És un dels mètodes de barrera preferents per a la gent jove. Protegeix de l'embaràs i també de les MTS i la infecció per l'HIV/sida; a més a més, no té cap contraindicació.

- S'ha d'informar de les habilitats bàsiques per a una correcta col·locació i utilització.
- La seva eficàcia és molt elevada.
- S'ha d'aconsejar en totes les relacions amb penetració vaginal, oral o anal.
- Quan ja s'utilitza s'ha de preguntar sovint si hi ha impediments o dificultats per a la seva correcta utilització (pèrdua d'erecció, al·lèrgia al làtex, manca de lubricació vaginal) i reforçar així la indicació.
- Té un petit inconvenient, el preu és elevat per la gent jove.

És important informar de que, en cas de trencament o altres dificultats que comportin risc, tenen 72 hores per prendre l'anticoncepció d'emergència i evitar un possible embaràs. (Vegeu l'apartat 2.4.2.)

Preservatiu femení

- És un mètode de barrera que també protegeix de l'embaràs i de les MTS i la infecció per l'HIV/sida.
- Està fet de poliuretà i és molt adequat per a noies que presenten sovint comportaments sexuals de risc o estan exposades a una possible infecció per l'HIV/sida.
- Protegeix la vagina i el coll uterí i també la zona de la vulva.
- Cal oferir informació gràfica de la seva col·locació per un bon ensinistrament.
- Té l'avantatge que pot ser controlat per la noia en casos de dificultats en la negociació.
- És d'un sol ús i el preu és elevat per a les noies joves. Hi ha alguna dificultat per trobar-lo a les farmàcies però hi ha empreses distribuïdores que el proporcionen fàcilment.

Diafragma

- És un altre mètode de barrera eficaç en la prevenció de l'embaràs, però no protegeix de les MTS ni de la infecció pel virus de la sida.
- És una caputxa de làtex que es col·loca al fons de la vagina i cobreix el coll uterí. S'ha d'utilitzar sempre amb crema espermicida. La seva durada és de 3 o 4 anys.
- Per la seva prescripció i utilització cal un ensinistrament per part d'un professional i prendre la mesura adequada per adaptar la mida del diafragma a la vagina de cada noia.

Contracepció hormonal

Per a la prescripció de qualsevol preparat hormonal és important fer una anamnesi acurada i descartar antecedents o patologia actual que el contraindiquin.

Es valoraran alguns dels factors considerats com contraindicacions relatives (quantitat de cigarretes fumades al dia, algunes malalties cròniques, antecedents familiars de coagulopaties, tipus de parella o parelles).

Cal considerar també els efectes beneficiosos dels preparats hormonals. Es pot millorar la dismenorrea, regularitzar els cicles menstruals, disminuir la quantitat de regla, l'acne i l'hirsutisme, millorar la densitat òssia en l'anorèxia greu, etcètera.

En alguns casos s'orientarà cap a la doble protecció (*double dutch*), que significa prendre un contraceptiu hormonal per assegurar la protecció enfront de l'embaràs i, a la vegada, utilitzar preser-

vatiu en totes les relacions per protegir-se de les MTS i la sida.

Contracepció hormonal oral

Actualment hi ha una gran varietat de píndoles contraceptives en el mercat. Els diversos preparats hormonals es poden combinar amb estrògens i gestàgens de segona i tercera generació o amb gestàgens sols, i tots aquests, amb diferents graus de concentració.

Com a norma general, sobretot per pacients adolescents, en un inici s'haurà d'eleger el preparat amb menor dosi, amb menys efectes secundaris i igual d'eficaç.

- La píndola contraceptiva pot ser aconsellable quan la noia fa la demanda, quan el cicle menstrual ja està establert (aproximadament 3 anys després de la menarquia), i no s'entreveuen riscos d'infecció per MTS.
- Caldrà oferir una bona informació oral i escrita de com actua la píndola, quin efecte té en el cos, quina és la seva acció contraceptiva, quines incidències poden presentar-se i com es poden resoldre (pèrdues intermenstruals, lleugera congestió de les mames, interferències en l'eficàcia d'alguns medicaments, què fer davant dels oblits). Una bona informació reforça el compliment.
- És important fer un seguiment cada 3 o 6 mesos, preguntar per la tolerància en general, aclarir dubtes i insistir en el compliment.
- En cada cas, abans de la primera presa s'haurà de valorar si s'ha de realitzar una exploració física i/o demanar una analítica bàsica.

Per un bon compliment de la píndola contraceptiva s'haurà de facilitar l'accés als centres sanitaris per poder aclarir qualsevol dubte o consulta, tant en persona com per telèfon.

Anell hormonal mensual

L'anell vaginal és un mètode contraceptiu hormonal que consisteix en un anell de plàstic flexible de 54 mm de diàmetre que es col·loca a la vagina durant 3 setmanes (21 dies) i allibera hormones (estrògens i gestàgens) que penetren en sang a través de la mucosa vaginal i evita l'embaràs.

Es retira durant una setmana i en aquests dies de descans es produeix el sagnat menstrual. Passada la setmana de descans s'ha de col·locar un anell nou.

L'eficàcia anticonceptiva és molt alta. És important la valoració mèdica abans de començar, com en la resta de mètodes hormonals, i descartar qualsevol contraindicació per utilitzar-lo.

S'haurà de donar una informació clara per a un ús correcte.

Implants subcutanis

L'implant és un tipus d'anticoncepció hormonal d'acció perllongada que consisteix en una vareta flexible de 4 cm de llarg i 2 mm de diàmetre, que es col·loca sota la pell del braç i va alliberant petites quantitats d'hormones (gestàgens). Per la seva composició pot alterar el cicle menstrual i, per tant, no és massa aconsellable per a la gent jove, llevat de casos especials.

L'eficàcia anticonceptiva és molt alta i l'efecte dura 3 anys.

Aquest mètode també requereix una valoració mèdica prèvia per descartar possibles contraindicacions i l'ha de col·locar un professional.

Un cop col·locat, la vareta es pot palpar però no es veu.

Pegats hormonals

El pegat anticonceptiu transdèrmic és un mètode anovulatori que conté una composició similar a les píndoles anticonceptives (estrògens i progestàgens).

S'aplica a la superfície de la pell i a través d'aquesta arriba el seu contingut hormonal al sistema circulatori.

S'ha de mantenir enganxat a la pell (abdomen, natges, espatlla superior o part exterior del braç) i es canvia un cop a la setmana. S'utilitza en cicles de 4 setmanes: 3 setmanes canviant el pegat cada setmana i una setmana sense pegat (hi ha menstruació), o de forma continuada: es manté de forma ininterrompuda canviant cada setmana el pegat (no hi ha menstruació).

Contracepció hormonal injectable

- Pot ser adequada per a una jove que, per les seves característiques personals (socioculturals, psicofísiques), no té possibilitats de compliment d'altres preparats hormonals orals o d'altres mètodes. (Vegeu l'apartat "Contracepció en situacions especials".)
- Cal recordar a la usuària que els mètodes hormonals protegeixen de l'embaràs (inhibint l'ovulació) però no de les MTS ni de la sida.

Mètodes naturals

- Poden ser importants a fi d'explicar i conèixer millor el funcionament del propi cos, però cal aclarir els seus riscos.
- No prevenen de les malalties de transmissió sexual i tenen poca eficàcia.

Marxa enrera

La marxa enrera o coit interromput no és pròpiament un mètode anticonceptiu, malgrat que és un sistema que ha estat molt utilitzat. Consisteix en la retirada del penis de la vagina abans que es produeixi l'ejaculació.

Cal aclarir que és molt poc segur, perquè abans de l'ejaculació poden sortir unes gotes que poden contenir espermatozous. També pot dificultar les relacions sexuals i produir molèsties físiques.

Dispositiu intrauterí (DIU)

No es un mètode molt aconsellat per a adolescents, tan sols en condicions especials:

- Parella estable de llarg temps, amb contraindicació d'altres mitjans.
- Desig molt clar d'utilitzar-lo.
- Dificultat en el compliment d'altres propostes.

Contracepció en situacions especials

Aquestes situacions es presenten quan l'adolescent, per les seves característiques, no es pot res-

ponsabilitzar de la cura de la seva salut reproductiva i social. Parlem de l'adolescent amb alguna deficiència a nivell físic, psíquic o social que el discapacita per aquest fet.

Exemples

Adolescents amb un nucli familiar desestructurat i poc recolzament familiar, discapacitat psíquica i/o física, immigrant legal o no, recentment arribat i amb dificultats en el llenguatge i la comunicació, relació amb drogues i/o prostitució.

L'abordatge en aquesta situació s'hauria de fer:

- Amb un professional adequat: tolerant, tècnica-ment capacitat i que entengui la singularitat del jove i del seu entorn.
- Aprenent a tenir en compte els informes i recursos de qui els envolta (cuidadors, tècnics).

Cal prioritzar:

- Evitar embarassos no desitjats.
- Prevenir infeccions de transmissió sexual i la sida.

Els mitjans contraceptius més indicats, segons les característiques de l'adolescent implicat, són:

- Progèstogens de dipòsit (mensual o trimensual).
- DIU.
- Contraceptius orals.
- Contracepció postcoital.

Idees clau

- L'adolescència és un moment de la vida fonamental en l'aprenentatge de la sexualitat.
- Hem de donar a l'adolescent suport i elements per tal de que desenvolupi la corresponsabilitat en la seva sexualitat.
- Si fem una adequada orientació en la contracepció possibilitarem que el jove pugui gaudir de la sexualitat sense riscos.
- És important la prevenció per evitar els embarassos no desitjats, així com les malalties de transmissió sexual.
- El preservatiu masculí és l'únic que protegeix de les infeccions de transmissió sexual, inclosos la sida i els embarassos no desitjats.
- El preservatiu és especialment útil com a mitjà anticonceptiu d'elecció, ja sigui en la primera relació sexual com en les successives.
- Altres mètodes anticonceptius són: el preservatiu femení, els contraceptius orals hormonals, l'anell vaginal mensual, el diafragma, la contracepció hormonal injectable i el DIU.
- La contracepció en situacions especials es dona quan l'adolescent per les seves característiques no pot responsabilitzar-se de la cura de la seva salut.

2.4.2. Anticoncepció d'emergència

Introducció

L'anticoncepció d'emergència, tractament postcoital o "píndola del dia següent" és un recurs anticonceptiu o "segona oportunitat" quan falla el mètode anticonceptiu habitual o davant d'una relació sexual coital sense protecció. És, per tant, un mètode per a utilitzar com a emergència i no com anticonceptiu habitual.

Mètodes més utilitzats

Els mètodes actuals utilitzats com a anticonceptius d'emergència són:

Tractaments hormonals

Tractament amb anovulatoris orals combinats

El mètode més comú utilitzat fins ara es coneix com "pauta de Yuzpe". Es tracta de prendre 0,2 mg d'etinilestradiol i 1 mg de levonorgestrel en 2 preses.

La primera dosi (2 comprimits), dins de les primeres 72 hores després del coit considerat de risc, i la segona dosi 12 hores més tard (2 comprimits).

El grau d'eficàcia d'aquesta pauta és prou alt, redueix en un 75% les possibilitats d'embaràs inesperat. La tolerància és bastant bona, tot i que pot provocar lleus efectes secundaris, com nàusees, vòmits, cefalea, etcètera.

També es pot donar conjuntament amb un antiemètic.

Si la noia té vòmits dintre de les primeres 2 hores després de la presa, haurà de repetir el tractament quan aquests cedeixin, per assegurar-ne l'eficàcia.

Aquest preparat està comercialitzat en el nostre país amb la indicació d'anticoncepció hormonal oral o anovulatori (Neogynona[®] o Ovoplex[®]), que ens permeten fer el tractament utilitzant 4 pí-

doles del cartró (*blister*) de 21. És aconsellable prendre'l el més aviat possible.

Tractament amb gestàgens orals

Es tracta de levonorgestrel, pres en 2 dosis de 0,75 mg cadascuna. La primera dins de les 72 hores després del coit no protegit o de risc, i la segona 12 hores més tard.

L'eficàcia d'aquest mètode és semblant o lleugerament superior al mètode anterior i té menys efectes secundaris.

De totes maneres, si hi ha vòmits dintre de les 2 primeres hores de la presa, caldrà repetir el tractament. Ha estat comercialitzat recentment en el nostre país, amb la indicació d'anticoncepció d'emergència, amb els noms de Nor-Levo[®] i Postinor[®]. S'han de prescriure amb recepta per la seva compra a la farmàcia.

Un estudi de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de l'any 1998 conclou que quan més aviat es prengui la primera presa, dintre de les 72 hores, més alta és l'eficàcia.

Es recomana que les 2 preses es facin coincidir en acabar un àpat; per exemple, després de sopar i després d'esmorzar o a l'inrevés.

El dispositiu intrauterí (DIU)

El DIU és una altra modalitat d'anticoncepció d'emergència. Es pot utilitzar quan han passat més de 72 hores i abans de les 120 hores del coit no protegit. L'eficàcia és alta, però en el cas de les adolescents o joves nul·líparas requereix unes indicacions molt precises (risc psicosocial elevat, DIU utilitzat posteriorment com a mètode habitual, risc d'embaràs de repetició).

És una opció que en la noia adolescent s'utilitza de manera ocasional.

Mecanisme d'acció

L'efecte del tractament postcoital podria ser multifocal, encara que el mecanisme d'acció és poc conegut.

L'anticoncepció d'emergència (AE) pot actuar de diferent manera en funció del dia del cicle: inhibir l'ovulació o retardar-la; si l'òvul hagués estat fecundat pot interferir la fertilització o el transport de l'òvul a la cavitat uterina; impedir la seva implantació en l'endometri.

Com que la implantació no es dona fins almenys 7 dies després de l'ovulació, l'anticoncepció d'emergència actua prevenint l'embaràs però no com a mètode avortiu. Cal també deixar clar que la prevenció dels embarassos no desitjats es fa mitjançant una correcta utilització dels mètodes anticonceptius i no mitjançant l'avortament.

Indicacions

L'anticoncepció d'emergència estaria indicada davant de qualsevol coit no protegit (o deficientment protegit), sigui quin sigui el moment del cicle (la data de l'ovulació pot variar d'un cicle a un altre).

Aquestes situacions inclouen:

- Relacions sexuals coitals sense protecció, inclòs el *coitus interruptus*, ejaculació en genitals externs, errors de càlcul en mètodes naturals, etcètera.
- Problemes amb el mètode anticonceptiu habitual: trencament o retenció del preservatiu, diafragma col·locat incorrectament, expulsió o desplaçament del DIU, oblots o altres incidències durant la presa de les píndoles anticonceptives, etcètera.
- Agressió sexual o violació.
- Ús recent de possibles teratògens (fàrmacs, algunes vacunes).

Contraindicacions

A diferència de les píndoles anticonceptives habituals, són molt poques les contraindicacions absolutes per fer el tractament postcoital, donat que encara que la dosi d'hormones és alta, la durada del tractament és molt reduïda.

Tant l'OMS com la International Planned Parenthood Federation (IPPF) reconeixen que no hi ha contraindicacions absolutes pel seu ús, excepte la gestació.

S'han de tenir en compte algunes consideracions en el moment de fer la prescripció, en situacions com migranya amb aura i antecedents de tromboembòlia.

Contraindicacions absolutes

Levonorgestrel	Sospita d'embaràs
Etinilestradiol + levonorgestrel	Sospita d'embaràs
DIU	Sospita d'embaràs, malaltia inflamatòria pèlvica

Font: Manual de salut reproductiva en l'adolescència. Wyeth-Lederle. Gener 2001.

Cal esbrinar si en el moment de la prescripció s'està prenent algun medicament que pugui interferir l'eficàcia de l'anticoncepció d'emergència (AE).

Prescripció

- La prescripció hauria de ser ràpida i la poden fer diferents professionals, com metges especialistes o metges de família, per tal de facilitar l'accés a l'anticoncepció d'emergència donat que, com hem comentat a l'inici, els mètodes hormonals semblen ser més eficaços quan abans es faci el tractament, dintre de les 72 hores després del coit sense protecció.
- L'anticoncepció d'emergència protegeix dels coits que s'hagin produït en les últimes 72 hores, no dels anteriors ni els posteriors.
- És important descartar altres coits no protegits durant el cicle i, si hi ha un retard menstrual, fer una prova d'embaràs abans d'iniciar el tractament.
- Es pot repetir el tractament postcoital en el mateix cicle, quan sigui necessari, tot i que s'hauria de recomanar l'ús d'un mètode anticonceptiu segur com a mètode habitual. Haurem d'informar de la menor eficàcia de l'anticoncepció d'emergència comparat amb altres mètodes anticonceptius.
- Farem una anamnesi per descartar possibles contraindicacions o interaccions amb altres fàrmacs (barbitúrics, alguns antiepilèptics, rifampicina). Si està en tractament amb aquests fàrmacs es recomana augmentar la dosi hormonal.
- Recomanar l'ús d'un antiemètic si es considera necessari pels efectes secundaris més freqüents (nàusees i vòmits).

- Informar que la propera menstruació pot aparèixer entre 3 i 21 dies després de fer el tractament.
- Si no es pot donar resposta a la demanda d'anticoncepció d'emergència, s'hauria d'informar d'altres recursos assistencials per la seva resolució.
- Aprofitar la consulta d'anticoncepció d'emergència per fer prevenció global d'altres riscos: malalties de transmissió sexual, embaràs, problemes amb la dieta, etc., i detectar possibles dificultats en l'ús del mètode anticonceptiu habitual.
- La demanda d'anticoncepció d'emergència de repetició es pot deure a diferents causes, però hem de tenir present que podria ser un símptoma que mostra alguna carència quant a la capacitat d'"autocura", que pot necessitar varies consultes o la intervenció de professionals de diferents disciplines.
- La prescripció de l'anticoncepció d'emergència la poden fer: metges de família, pediatres, ginecòlegs i altres metges especialistes.

Efectes secundaris

- El tractament postcoital pot donar efectes indesitjables menors, com nàusees, vòmits, mareig, mastodínia, dolor abdominal, etcètera.
- Aquests efectes no acostumen a durar més de 24 hores.
- La pauta de tractament amb levonorgestrel com a únic component donaria menys efectes secundaris que el tractament combinat amb etinilestradiol + levonorgestrel.
- Per tal de reduir les nàusees i els vòmits, es recomana prendre el tractament després dels àpats i prescriure un antiemètic quan estigui indicat.
- Si es produeixen vòmits abans de dues hores després de fer el tractament, es recomana repetir la dosi.
- No s'ha demostrat que hi hagi un augment d'embarassos extrauterins ni teratogènia en el cas de que falli l'anticoncepció d'emergència.

Idees clau

- L'anticoncepció d'emergència o tractament postcoital és un recurs anticonceptiu quan falla el mètode anticonceptiu habitual.
- Els mètodes actuals més utilitzats són els tractaments hormonals i el DIU.
- Els tractaments hormonals es poden fer amb la "pauta de Yuzpe" o amb levonorgestrel.
- Segons l'OMS, l'eficàcia és més elevada com més aviat es faci la primera presa, dintre de les 72 hores.
- Són poques les contraindicacions absolutes per fer el tractament postcoital, donat que encara que la dosi d'hormones és alta, la durada del tractament és reduïda.
- Els efectes secundaris no acostumen a durar més de 24 hores i solen ser nàusees, vòmits, mareig i dolor abdominal.
- La prescripció la poden fer: metges de família, pediatres, ginecòlegs i altres metges especialistes.
- L'administració la poden fer diferents professionals de la salut (llevadores, farmacèutics, metges).

Capítol 3

Situacions peculiars

3.1. L'adolescent amb malaltia crònica

Introducció

En el nostre entorn, la prevalença d'adolescents afectats per un procés crònic (malaltia o discapacitat) que afecta d'alguna manera la seva activitat diària habitual és aproximadament d'un 10%, sent lleugerament més elevada en les noies.

De tota manera, sigui quina sigui la malaltia crònica o la discapacitat que pateixi l'adolescent, l'aproximació serà similar (és a dir, no categòrica) donat que, en general, presenten una problemàtica que els és comuna i que té implicacions similars per als sistemes de salut.

Per tant, en aquest apartat no parlarem del tractament de processos específics sinó de les situacions a les que s'enfronten aquests adolescents.

Aspectes principals

Cal tenir en compte certs aspectes que poden afectar a aquests adolescents i a les seves famílies:

- L'edat en el moment del diagnòstic.
- El pronòstic.
- El curs (episòdic o persistent).
- El tractament necessari (intensitat i durada).
- El grau de visibilitat.
- La incapacitació que es pot produir.
- La simptomatologia associada.

Recomanacions

Els adolescents amb trastorns crònics perden més dies d'escola del que serien atribuïbles a la seva malaltia o al tractament que puguin necessitar.

Tot i que aquest fet no sembla afectar massa el seu rendiment acadèmic en comparació amb els seus companys sans, sí que implica que es relacionin menys i s'aïllin més.

Cal indicar la importància d'anar a l'escola i de relacionar-se amb els companys tant com sigui possible.

Tot i que els estudis existents són força contradictoris, sembla que aquests adolescents tenen una major tendència a patir trastorns de tipus emocional i cal estar alerta, perquè en la majoria de casos no són tractats.

Ja sigui per la pròpia malaltia o pel tractament que reben, sovint no maduren al mateix moment (ni al mateix ritme) que els seus companys i això (combinat amb la malaltia) fa que pensin que el seu cos està malmès o que no funciona degut a la malaltia que presenten.

Cal tranquil·litzar-los sobre el fet que acabaran madurant igual que els altres, però probablement a un ritme diferent. També cal desangoixar-los sobre la seva capacitat sexual i reproductiva.

Els adolescents amb trastorns crònics tenen tantes o més conductes de risc (conducta sexual de risc, consum de tabac, alcohol i altres drogues) que els seus companys sans.

L'explicació d'aquest fenomen és que aquesta és la manera que tenen de demostrar la seva normalitat, adoptant les conductes que creuen pròpies dels seus iguals. No obstant, en general reben menys informació i menys recomanacions sobre mesures preventives.

Cal tenir, doncs, en compte que patir un trastorn crònic no actua com a factor protector enfront a la presa de riscos i que necessiten les mateixes indicacions preventives que qualsevol adolescent.

En general, els adolescents amb trastorns crònics (sobretot les noies) tenen una imatge corporal més negativa que els seus iguals sans. No és infreqüent que adoptin més pràctiques dietètiques de risc per perdre pes.

Els progenitors sempre són importants i en aquest cas potser encara ho són més. Però els pares i les mares no reaccionen de la mateixa manera. Fins i tot en igualtat de condicions, en la immensa majoria dels casos, si un dels progenitors ha de deixar de

treballar per ocupar-se del fill malalt sol ser la mare. Les mares solen ocupar-se del dia a dia (portar-lo al metge o a l'hospital, demanar visita, preocupar-se de la medicació) mentre que els pares tendeixen a refugiar-se en la feina. Per aquest motiu és important implicar al pare en el procés.

Els germans sans no presenten problemes sempre i quan es compleixin dos requisits:

1. Que se'ls expliqui el que està passant de manera entenedora per a la seva edat.
2. Que els progenitors recordin que tots els fills (siguin sans o no) necessiten de la seva atenció i cal no oblidar-los.

Quan es pauta un tractament cal incloure-hi tant a l'adolescent com als seus progenitors. S'ha de deixar que el jove participi en la presa de decisions. Si s'implica al jove, les probabilitats de que segueixi el tractament són més elevades. És possible que s'hagi de negociar el tractament i cal ser una mica flexible.

També cal indicar als pares que el jove s'ha d'anar responsabilitzant progressivament del tractament.

Els adolescents amb trastorns crònics solen tenir menys amics i les relacions d'amistat acostumen a ser més superficials. Una bona proposta és encoratjar als pares que els deixin fer tantes activitats com sigui possible perquè el seu ventall d'amistats sigui el més ampli possible. Aquells adolescents amb trastorns crònics als que se'ls limita les activitats (sovint més per angoixa dels pares que no pas per prescripció facultativa) tenen menys autoestima.

Una de les tasques més importants que s'assoleix durant l'adolescència és la independència emocional dels pares. En aquests casos la sobreprotecció és molt marcada; per tant, podríem aconsellar els progenitors que intentin, dins del possible, donar-los prou espai per aconseguir ser independents. Aquells adolescents amb trastorns crònics que diuen sentir-se sobreprotegits tenen menys autoestima i presenten més problemes emocionals.

De vegades, en els trastorns crònics es pot donar també la situació de negació de la patologia (com és, per exemple, el cas de l'adolescent amb diabetis que no accepta el seu tractament), que pot ocasionar que l'adolescent no tingui suficient cura de la seva malaltia i no segueixi adequadament el seu tractament o les mesures preventives establertes.

Idees clau

- Hem de recordar que, tot i tenir un trastorn crònic, els adolescents no deixen de ser-ho i de comportar-se com a tals. Com a professionals de la salut, el nostre objectiu ha de ser animar a aquests joves a desenvolupar tot el seu potencial i ajudar-los a passar per l'adolescència com a qualsevol altre adolescent.
- La prevalença d'adolescents afectats per un procés crònic que afecta d'alguna manera la seva activitat diària és d'un 10%.
- Algunes recomanacions importants són que no deixin d'anar a l'escola i que es relacionin amb els seus companys.
- Cal tranquil·litzar-los sobre el fet que acabaran madurant igual que els altres, però a un ritme diferent. També cal desangoixar-los sobre la capacitat reproductiva i sexual.
- Patir un trastorn crònic no actua com a factor protector enfront dels riscos; per tant, s'ha de fer la mateixa prevenció que en tots els adolescents.
- La família dels adolescents (tant els pares com els germans) tenen un paper molt important. Tots els fills (malalts o no) necessiten el suport dels pares.
- El jove ha de participar en la presa de decisions i anar-se responsabilitzant del seu tractament.
- L'autoestima pot disminuir pel fet que se'ls limitin les activitats o se'ls sobreprotegeixi massa, i poden presentar més problemes emocionals.

3.2. L'adolescent i la família

Introducció

Una de les característiques de l'adolescent és que és una persona que reclama amb força la seva autonomia i individualitat, i a la vegada, és encara molt dependent de la seva família. No només des del punt de vista purament material, sinó, i molt més important, des del punt de vista personal. Aquest conflicte es planteja com a bàsic en aquesta època de crisi vital.

Pensem que en la situació actual, no es pot fer una avaluació diagnòstica d'un adolescent sense tenir en compte el seu entorn familiar. Des del punt de vista epidemiològic, les enquestes realitzades posen en evidència la incidència de situacions familiars amb problemes sobre la freqüència dels trastorns de la conducta de l'adolescent.

La participació en la vida familiar disminueix inevitablement a mesura que l'adolescent es desenvolupa, i va anant cap a una major implicació dins del grup dels seus iguals. Però això no vol dir que la funció de la família s'hagi acabat ni tampoc que l'adolescent es pugui despendre de la família, sinó que la vida familiar canvia i es complica degut als conflictes que apareixen. Aquests conflictes tenen almenys 2 participants o 2 vessants: la dels pares i la del propi adolescent (i la de la societat).

Els pares es troben davant una sèrie de reptes, ja que han de passar d'una relació nen-pare (adult) a una relació adult-adult, encara que segueix vigent la relació de filiació. Això ha de comportar un reajustament relacional.

Igualment, l'adolescent ha de fer front als canvis que experimenta i a la vegada al canvi de relació i papers dins la família.

A la vegada, la presència d'un fill adolescent habitualment troba els pares en un moment vital de crisi, en l'edat mitjana de la vida, plantejant-se els sentiments front al pas del temps, la independència progressiva dels fills, etcètera.

Causes. Factors de risc

Entenem per factor de risc tota característica de l'adolescent o del seu entorn, que comporti una possibilitat més gran de trastorns psicopatològics que la que s'observa en la població general.

Cal esmentar que un adolescent sotmès a un sol factor de risc no vol dir que hagi de desenvolupar una psicopatologia. En general, és necessària la coincidència de diversos factors, el que porta a pensar en el concepte de multicausalitat.

Sistematitzarem els factors de risc en diversos apartats:

1. Conflictes no resolts en la infància.
2. Canvis ambientals i pèrdues significatives:
 - Mort d'un familiar proper.
 - Immigració.
 - Maltractaments i abusos.
 - Manca d'escolarització d'un any o més.
 - Adopció.
3. Malalties orgàniques:
 - Malalties agudes que incloquin limitació o risc per la vida.
 - Malalties cròniques, com diabetis, obesitat, asma, malalties metabòliques.
 - Discapacitat, minusvàlua.
4. Característiques familiars:
 - Desestructuració familiar (conflictes greus i crònics de parella, psicopatologia dels pares).
 - Situació socioeconòmica molt desfavorable.
 - Manca de preocupació o desinterès pel fill adolescent.
 - Pares excessivament normatius i rígids.
 - Problemes de salut mental (fill drogoaddicte).
 - Maternitat en noies adolescents.
 - Famílies de minories culturals.
 - Pares amb malalties orgàniques i/o greus (pares amb dèficits sensorials greus).
 - Famílies en situació de conflicte.
 - Fills de pare/s amb toxicomanies, delinqüència, psicosi.

Factors de protecció

Juntament amb l'estudi dels factors de risc, els últims anys hi ha hagut un interès creixent pels anomenats factors de protecció, que serien aquells elements o aspectes personals i ambientals positius pel desenvolupament infantojuvenil. Els resumirem en els següents apartats:

1. Característiques individuals o personals de l'adolescent:
 - Bones capacitats i bones competències.
 - Bons rendiments acadèmics.
2. Característiques familiars i socials:
 - Pautes de comunicació saludables i efectives amb els pares i adults.
 - Bona relació amb els germans i el grup d'iguals.

Recomanacions

Si es detecta un factor de risc les recomanacions són:

- Tenir cura del seguiment.
- Potenciar, si és possible, la comunicació de l'adolescent amb el professional.
- Considerar la possibilitat de comentar el cas a l'interconsulta amb l'especialista.

Si hi ha més d'un factor de risc:

- Tenir cura especial del seguiment, incrementant, si és possible, la freqüència.
- Plantejar el cas a l'interconsulta amb l'especialista i/o posterior derivació.

Idees clau

- Actualment no es pot fer una avaluació diagnòstica d'un adolescent sense tenir en compte el seu entorn familiar.
- És una època on poden sorgir conflictes per part dels pares i dels adolescents, així com envers la societat.
- Un dels punts bàsics és la detecció dels factors de risc.
- Les actuacions davant dels factors de risc difereixen segons si hi ha un o més factors de risc.
- Les actuacions bàsicament inclouen la cura del seguiment, la comunicació amb el professional sanitari i el plantejament del cas a l'interconsulta.

3.3. L'adolescent adoptat

Introducció

El fet de l'adopció és una circumstància que està visquent força canvis en la nostra societat.

L'adopció en sí mateixa és una circumstància positiva però s'han de conèixer els factors que intervenen i considerar-los per si hi ha situacions que necessiten ser reconduïdes.

Una de les circumstàncies que és important conèixer és l'edat en què s'ha produït l'adopció i si es tracta d'adopcions o acolliments internacionals.

Pot donar-se que l'adolescent adoptat passi per una fase en què necessita reafirmar la seva identitat, fent més aguda i més viva la seva crisi d'identitat i la recerca dels orígens.

La normal rebel·lia cap als pares que es dona en l'etapa adolescent pot revestir, a la vegada, formes d'idealització d'uns pares biològics que no ha conegut i un desig d'anar-los a trobar.

Per part dels pares poden aparèixer sentiments d'ansietat, i, de vegades, de frustració: el fill no omple les seves expectatives com a pares. Poden aparèixer sentiments de manca de tolerància cap a la persona del fill.

En qualsevol cas, el professional de la salut haurà d'estar atent per oferir ajuda als pares i a l'adolescent. Habitualment, aquesta ajuda es concreta en la capacitat per escoltar els seus neguits i els seus problemes. El més freqüent és que ens trobem davant d'un trastorn adaptatiu, limitat en el temps, i serà important evitar-ne la "psicologització".

Però quan aquesta crisi adaptativa "fisiològica" s'acompanya d'indicadors de patologia psiquiàtrica i apareixen signes d'alerta cap a trastorns en la salut mental, caldrà fer la corresponent derivació cap als equips de salut mental. (Vegeu l'apartat 4.4.)

Si es tracta d'adopcions internacionals haurem de tenir especialment en compte la família a l'hora de donar-li suport.

Idees clau

- L'adolescent adoptat pot passar per una fase en que necessita reafirmar la seva identitat i fer més aguda la seva crisi d'identitat i de recerca dels seus orígens.
- El professional de la salut haurà d'oferir ajuda a l'adolescent i als pares.
- En principi es pot produir un trastorn adaptatiu limitat en el temps, però si hi ha altres indicadors psiquiàtrics cal derivar el pacient als equips de salut mental.

3.4. L'adolescent amb problemes acadèmics

Introducció

La repercussió dels estudis en l'adolescent pot donar-se des de diferents situacions. Les podríem dividir en 3 blocs:

- Problemes a l'àmbit familiar i social deguts a dificultats acadèmiques.
- Retard en l'aprenentatge.
- Estat d'angoixa o estrés.

Problemes a l'àmbit familiar i social deguts a dificultats acadèmiques

- Necessitats educatives especials.
- Deficiències o disminucions psíquiques, físiques o sensorials.
- Trastorns de conducta, de personalitat, del desenvolupament, trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDAH), trastorn de l'aprenentatge.

Retard en l'aprenentatge

Un dels casos més generalitzats d'adolescents amb problemes acadèmics és el del noi o noia que està cursant l'Educació Secundària Obligatòria (ESO) amb greus dificultats i es veu etiquetat pel fet nomen de fracàs escolar.

Encara que diversos autors afirmen que no existeix el "fracàs escolar del nen", el nen pateix a conseqüència d'aquest, que no és sinó el fracàs d'alguna acció educativa.

En general, es tracta d'alumnes que han seguit l'educació primària amb dificultats, però en arribar a l'ESO, principalment al segon cicle (14-16 anys), es desencadenen els conflictes. Es fa molt difícil seguir el nivell i ritme imposat, i en alguns casos es

generen situacions d'inadaptació i rebuig cap als estudis.

Poden donar-se situacions de rebel·lia, indisciplina, expulsions i conflictes que transcendeixen l'àmbit escolar, afectant les relacions familiars i facilitant una inadaptació social.

En alguns casos aquest alumne amb "fracàs escolar" no arriba a adaptar-se al funcionament dels centres escolars i del sistema educatiu, tot i que pot tenir grans capacitats i habilitats.

Les dades sobre l'anomenat fracàs escolar segueixen diferents criteris i rarament coincideixen.

Segons l'Instituto Nacional de Calidad y Evaluación (INCE), aproximadament la tercera part de l'alumnat del nostre país, estudiants d'ESO, obtenen qualificacions negatives. Els darrers informes de l'OCDE diuen que un 25% dels joves no acaben els estudis de manera satisfactòria.

A Catalunya, un 16% de l'alumnat no supera l'ESO i no continua dins del sistema educatiu. Un 78% d'aquest alumnat s'autoinculpa pel seu fracàs escolar, segons el darrer estudi de l'Instituto de Evaluación y Asesoramiento Educativo (IDEA). Segons el darrer estudi quadriennal sobre "la joventut espanyola" realitzat per l'Instituto de la Juventud del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (INJUVE) a les escoles o instituts, els joves, en un 9% opinen que han tingut una alta percepció de fracàs en els seus estudis, i un 27% l'ha experimentada alguna vegada.

En alguns casos la falta de rendiment escolar o "fracàs escolar" es dona per una falta d'interès, problemes emocionals o per una baixa autoestima.

Sovint, les variables que intervenen són d'àmbit familiar, personal i social, encara que en una gran part l'interès i la motivació disminueixen progressivament a partir de les experiències negatives en el treball escolar.

L'autoestima es pot deteriorar si hi ha verbalitzacions menyspreatives i desvaloritzadores que es di-

rigeixen als escolars que no superen amb èxit les tasques escolars.

Finalment, aquesta situació de fracàs habitual pot conduir fàcilment a una crisi emocional en els adolescents "normals".

Estat d'angoixa o estrès

Alguns adolescents que mai han tingut problemes amb els estudis, de sobte i a conseqüència de la pressió de la dinàmica escolar (canvis de ritme i de nivell d'exigència entre l'ESO i el batxillerat, proximitat de la selectivitat, presa de decisions, etc.) experimenten una sèrie de conflictes o simptomatologies.

Aquests conflictes poden ser esporàdics i puntuals (se superen dins d'un procés normal de maduració) o bé poden generar quadres més greus. Al final de l'ESO o bé al batxillerat (16-18 anys) es pot produir un estat d'angoixa i d'estrès davant les tasques acadèmiques.

Sovint s'infravaloren les pròpies capacitats i recursos, i es té un gran temor al fracàs, tot i que acostumen a tenir un rendiment acadèmic notable i amb un alt nivell d'autoexigència.

Aquesta problemàtica és més habitual en noies que en nois, a vegades ve acompanyada de canvis o crisis en les relacions personals i afectives, que en alguns casos actuen com a detonants de la crisi.

Un dels símptomes d'aquest estat és la dificultat en la concentració i en dormir, i una gran irritabilitat i crispació en les relacions familiars.

Causes dels problemes acadèmics

Entorn familiar

- Absentisme continuat, manca d'hàbits, límits i referents, entorn familiar poc estimulador o pobre.
- Família desestructurada.
- Manca de valors o valors inadequats.

Àmbit personal

- Baixa autoestima.
- Manca de capacitat d'establir relacions interpersonals satisfactòries.
- Habilitats socials.

- Baixa tolerància a la frustració.
- Manca d'expectatives de futur.
- Baix nivell de motivació i d'interessos.
- Desajust entre les expectatives personals i les pròpies possibilitats i capacitats.

Àmbit social

- Models o grups de referència poc adequats.
- Manca de recursos de caràcter sociabilitzador.

Recomanacions concretes

En alguns casos els problemes acadèmics de l'adolescent poden ser un indicador o símptoma d'altres conflictes. En altres casos aquests problemes acadèmics poden ser l'origen o la causa d'altres conflictes, tant de tipus personal com social.

L'adolescent forma part d'una població bàsicament sana, en determinats casos l'origen dels problemes de salut no és estrictament fisiològic.

Cal considerar que els problemes acadèmics poden produir greus problemes d'autoestima, manca d'expectatives de futur, problemes d'equilibri emocional, conflictes d'acceptació d'un mateix i de relació tant amb els iguals com amb l'entorn familiar. Aquests aspectes poden derivar en conductes molt inestables o agressives. També es poden considerar factors de risc que poden generar conductes de risc o d'inadaptació social.

També es pot donar la situació a la inversa: els problemes d'autoestima poden generar problemes de tipus acadèmic.

Una bona autoestima facilita la millor gestió dels conflictes en aquestes edats, tant amb un mateix com amb els iguals. Això pot provocar, encara que de manera sobtada i temporal, greus crisis emocionals que poden afectar el rendiment acadèmic, i fins i tot, provocar estats depressius.

Detecció

Actualment el sistema educatiu té mecanismes que permeten una detecció precoç dels principals trastorns, malalties o discapacitats. Durant els primers cursos de l'educació primària es detecten els possibles trastorns i es preveuen mesures educatives adequades amb un dictamen dels equips d'assessorament i orientació psicopedagògica o bé

amb valoració psicopedagògica, i s'aborden en l'àmbit educatiu dins del marc del tractament de la diversitat, amb la corresponent adaptació de recursos, grups o bé l'adaptació curricular individualitzada (ACI).

Aquests alumnes són els que anomenem "alumnes amb necessitats educatives especials" (NEE). Quan el diagnòstic i l'evolució ho preveu, aquests alumnes s'escolaritzen en centres ordinaris o bé en centres d'educació especial.

Qualsevol tipus de diagnòstic, adaptació o derivació preveu la intervenció de diversos professionals de dins i de fora del centre docent (professorat, tutors, professorat especialitzat, psicòlegs clínics, serveis mèdics, serveis socials). El treball amb la família és un altre dels aspectes bàsics que cal abordar.

Despistatge, orientació terapèutica

L'adolescent dóna gran importància als seus conflictes personals i de relació, els viu de manera intensa i poc objectiva. Encara que poques vegades ens manifestarà necessitar ajut o suport, en el fons necessita que l'escoltem i que donem importància al que li passa, el pitjor consell és dir: "això no té importància, ja veuràs com més endavant ni te'n recordaràs".

Treure la importància als seus conflictes és sempre negatiu.

També caldria considerar que es pot tractar d'altres problemes de tipus mèdic, així com descartar dèficit de tipus sensorial o altres problemes de salut mental.

Idees clau

- Les dificultats acadèmiques d'un adolescent poden ser un símptoma d'altres conflictes o bé ser-ne la causa.
- En tot cas, però, els adolescents amb dificultats ho passen malament, especialment si a causa de les seves dificultats són humiliats, castigats, censurats i etiquetats.
- Això pot comportar greus problemes d'acceptació d'un mateix i de relació amb els altres.
- Les reaccions poden ser diverses i en alguns casos poden comportar conductes de risc.

3.5. L'adolescent agressiu

Introducció

El problema de l'adolescent violent ha de ser contemplat des d'una perspectiva biopsicosocial, entenent tanmateix que el món extern té una gran càrrega de violència.

El primer que cal fer es distingir entre agressió i violència. No tota agressivitat és violència, però sí que tota violència és agressivitat.

Es considera agressió qualsevol conducta assertiva quan cal aconseguir un cert tipus d'habilitats per a realitzar determinades tasques o conductes competitives (molt freqüents en la nostra societat).

La violència és una agressió destructiva que cerca aniquilar, destruir, desintegrar.

En tot acte violent hi poden estar implicats factors biològics, psicològics i socials.

Com entendre la violència?

- La violència com un instint.
- La violència com a patró de conducta davant d'una societat violenta i com a resposta adaptativa, estimulada pels mitjans de comunicació i pels comportaments que són acceptats per la societat i la família.
- La violència com a tret del caràcter, integrat en estructures de la personalitat.
- La violència com a mecanisme de defensa patològic, com a reacció desproporcionada enfront de qualsevol situació, i que indica la presència d'una malaltia mental subjacent.

Diagnòstic diferencial

Les principals entitats diagnòstiques que poden presentar clínica d'agitació psicomotriu són bàsicament:

- Trastorns mentals orgànics.
- Trastorns psicòtics i esquizofrènia.
- Trastorns de l'humor o afectius (depressius, maníacs).
- Trastorns conductuals reactius.

També pot aparèixer en:

- Hipercinèsia d'origen psicogen (trastorn per conversió).
- Hipercinèsia associada a retard mental.
- Trastorns de la personalitat, destacant el trastorn límit i dissocial.

Heteroagressivitat

Les característiques generals del pacient heteroagressiu són:

- Sexe masculí.
- Edat entre 15 i 30 anys.
- Baix nivell socioeconòmic.
- Absència de vincles familiars.
- Història violenta anterior.

Les malalties mentals que poden facilitar conductes violentes són:

- Deliris (psicosíndromes cerebrals aguts de tipus confusional) d'origen orgànic o tòxic.
- Trastorns paranoies.
- Trastorns psicòtics amb al·lucinacions auditives que insten a l'agressivitat.
- Trastorns maníacs, en especial si existeix estat d'ànim disfòric o irritabilitat.
- Trastorns de personalitat, en especial de tipus límit i dissocial.

Autoagressivitat

Les característiques del pacient autoagressiu són les següents:

- Sexe masculí.
- Tèptatives anteriors de conductes autolítiques.
- Aïllament sociofamiliar.
- Història familiar de suïcidi.
- Institucionalització.

Les malalties mentals que poden facilitar conductes autodestructives són:

- Trastorns psicòtics, especialment si els símptomes inclouen un sistema delirant o al·lucinacions auditives que ordenen actes contra la seva integritat física.
- Trastorns depressius, amb idees de culpabilitat o nihilisme, indignitat, automenyspreu o autoacusació.
- Trastorns de la personalitat, en especial, límit.
- Trastorns d'adaptació, sobretot enfront d'aconteïments vitals recents.
- Trastorns mentals i del comportament deguts al consum de substàncies psicotròpiques.

Factors que incrementen el risc de violència

- Marginació social.
- Pobresa (sempre i quan aquesta marginació i/o pobresa vagin lligades a altres factors).
- Mancances afectives.
- Trastorns en el desenvolupament de la personalitat.
- Trastorns de personalitat (trastorn dissocial).
- Patiment de maltractaments.

Cal tenir en compte aquests factors per tal de fer l'oportuna prevenció.

Què podem fer?

- Conèixer les característiques de l'adolescent normal i del seu procés adaptatiu a fi de poder discriminar allò que és normal del que és patològic.
- Orientar a la família quan comencen a aparèixer trastorns adaptatius, encara que siguin lleus (cas del nen que es mostra desafiant i que es pot tractar des de l'orientació i consell als pares).
- Establir una relació de confiança amb l'adolescent. Sovint, el fet de poder parlar dels neguits ja actua com a factor de protecció davant els sentiments agressius i violents.
- La utilització de psicofàrmacs, en el cas que siguin necessaris, s'ha de fer per professionals experts en salut mental de la infància i l'adolescència.
- Caldrà recórrer al professional especialitzat quan hi hagi una situació que impliqui un risc evident cap a l'adolescent o cap al seu entorn. És molt important saber fer aquesta derivació de manera adequada, deixant clar que no ens traiem l'adolescent del damunt.
- Intentar saber quina causa provoca la violència i quins factors influeixen (desinhibició per consum de tòxics).
- Identificar el patró de violència (reactiva, per raons psicològiques o models d'aprenentatge, per raons patològiques). (Vegeu l'apartat 4.4.)

Sovint hi ha reticència a visitar els professionals de la salut mental (tant per part de l'adolescent com de la pròpia família), pel que serà molt important garantir el seguiment en l'evolució dels problemes que han originat la consulta.

Idees clau

- El problema de l'adolescent violent ha de ser contemplat des d'una perspectiva biopsicosocial.
- Hi ha una sèrie de factors que incrementen el risc de violència, com la marginació social, la pobresa, les mancances afectives, els trastorns del desenvolupament de la personalitat, etc. Cal que els coneguem per fer la prevenció necessària.
- El professional sanitari ha de discriminar el que és normal del que és patològic.
- Cal derivar l'adolescent a un professional especialitzat quan hi hagi una situació que impliqui un risc evident per ell mateix o pel seu entorn.

3.6. L'adolescent amb dificultats socials

Introducció

L'adolescent, de vegades, es pot sentir marginat o diferent de la resta si sent que el món que l'envolta no el fa seu.

L'adolescència és un procés de canvi, és el procés de convertir-se en persona adulta; per tant, cal garantir aquest desenvolupament de forma saludable.

La majoria d'adolescents passen per una etapa de marginació "fisiològica" com a resultat de l'ansietat i els impulsos associats a la mateixa crisi evolutiva, deguda als sentiments de rebuig cap a la societat adulta i estructurada que poden manifestar.

La figura d'un adult que faci contenció d'aquesta situació pot evitar la rebel·lia i desafiaments.

Per això és important que, per tal d'evitar que aquesta situació es converteixi en una situació patològica, existeixi aquesta figura adulta capaç de fer la contenció. Si aquest paper, pel motiu que sigui, no el poden desenvolupar els pares, ho pot fer l'educador de carrer o un monitor d'esports.

Una situació ja més complexa, que requereix una cura especial, és que aquest adolescent s'integri en grups delictius.

L'adolescent difícilment consultarà els serveis de salut per demanar ajuda. Per tant, cal fer l'esforç d'adequar la nostra oferta sanitària a les seves necessitats.

Com afavorir la integració?

- L'adolescent passarà per processos d'organització del seu aparell psíquic que tenen com a objectiu entendre la seva pròpia identitat. D'aquesta manera l'adolescent aconseguirà adaptar-se a les noves situacions.
- La família, si és un element integrador, afavoreix els canvis evolutius de l'adolescent i la superació de les crisis que pugui viure en aquell moment.

- L'escola pot contenir i estructurar les necessitats de l'adolescent.
- Els equips de salut poden donar suport a l'adolescent, donar explicacions sobre el tractament i implicar l'adolescent en el seu propi procés terapèutic parlant sobre la medicació que se li dona.
- La societat ha d'integrar els joves i oferir-los models adults adequats, i també ha de disposar de lleis que vetllin per les seves necessitats i prioritats en aquesta etapa de la vida.

Què podem fer?

L'enfocament terapèutic passa per una aproximació de l'adolescent marginat amb la finalitat d'oferir-li suport social i emocional, implicant-lo en el seu procés de recuperació social.

L'adolescent immigrant

L'augment progressiu de la immigració provinent de països de baixa renda ha plantejat situacions que abans eren poc freqüents en els serveis de salut, una d'elles és l'atenció a l'adolescent immigrant.

Ja que es tracta d'un procés recent i multicultural no es disposa de suficient informació que pugui avalar quina és l'actitud més idònia que els professionals hem de seguir a l'hora de fer l'entrevista clínica.

La durada de l'adolescència és diferent segons les característiques socials, econòmiques i culturals de cada país, de manera que en els països de baixa renda aquest període es dilueix, i passen de ser nens a exercir el paper d'adults, gairebé sense espai de temps.

Les nenes passen a exercir de dones a partir de la menarquia, i sovint, força abans.

Situacions amb les que ens podem trobar

Adolescent immigrant

Sovint es tracta d'una migració forçada per diferents causes, ja que ell no és qui decideix, i es produeix per diferents causes (a expenses de la reunificació familiar, causes econòmiques).

Tenen tota una cultura viscuda i integrada, i passen a una altra cultura molt diferent que sovint els és hostil.

Adolescent fill d'immigrant

Es troba entre dues cultures sense sentir-se plenament identificat amb cap d'elles, però desenvolupa mecanismes per establir lligams entre totes dues, creant un equilibri entre el respecte a la cultura d'origen i a la del país d'acollida.

Cal considerar els aspectes del dol migratori. (Vegeu el Programa de seguiment del nen sa. Protocol d'atenció als nens i nenes immigrants.)

Adolescent immigrant en situació d'il·legalitat

Són els que inicien la migració sols, sense família, i tampoc no la tenen en el país al que es dirigeixen. Es troben en situació de desemparament, pateixen grans penúries en el procés de migració (abans, durant i després). Sovint, repeteixen aquest procés, van i vénen, i senten enyorança de la seva família. (Vegeu aspectes socio-sanitaris en el Programa de seguiment del nen sa. Protocol d'atenció als nens i nenes immigrants.)

Característiques generals dels adolescents que afecten a la seva salut i benestar

Els problemes de salut no difereixen massa dels de la població autòctona, aquests apareixen per una sèrie de condicionants:

- Idioma. Existeixen barreres idiomàtiques, però no solament pel fet de que es tracta d'un idioma diferent, sinó també pel diferent significat dels conceptes.
- Cultura i religió. La seva noció de salut-malaltia és diferent a la nostra. Per aquesta raó demanen una actuació immediata per part del sanitari.
- Hàbits dietètics sovint també diferents.
- Estils de vida. Fer promoció d'estils de vida saludable, tenint en compte les diferències que es troben entre el país d'origen i el d'acollida.
- Recursos socioeconòmics de la família.

- Dificultats per adaptar-se a la nova vida. Serà més o menys difícil en funció dels recursos individuals de cada persona i de l'entorn sociocultural en el que es trobi.
- Habilitat per aprendre l'idioma i els costums.
- Cohesió i suport familiar i de grup: el canvi freqüent de domicili pot dificultar que no tinguin uns referents que l'ajudin a desenvolupar-se adequadament.
- Situació de legalitat de la família. La problemàtica familiar que això comporta pot fer que l'adolescent somatitzi els problemes socials que pot comportar aquesta situació.

La població immigrant té, en general, un mal coneixement del concepte de promoció i prevenció de la salut. No obstant, s'ha de fer l'esforç per integrar aquests adolescents en programes estàndards de prevenció de la salut de la població general.

Atenció sanitària de l'adolescent immigrant

Seguirem les mateixes pautes que pels adolescents en general.

Segons el Protocol d'atenció als nens i nenes immigrants, dintre del marc del Programa del nen sa, tindrem en consideració:

- La sol·licitud de la primera visita normalment es deu a motius burocràtics o a una malaltia aguda.
- S'aprofitarà aquesta ocasió per diagnosticar possibles malalties infeccioses i realitzar mesures preventives.
- Es derivarà a les escoles d'inserció lingüística i laboral en funció de l'edat.
- Cal adequar els hàbits alimentaris d'alguns col·lectius al tipus d'alimentació del país on arriben, ja que en el seu país no genera problemes però en el nostre sí. Algunes de les malalties més freqüents són el dèficit de vitamina D i l'anèmia ferropènica.
- Escolarització: fer un seguiment sobretot de les dones, ja que en algunes cultures a partir de la menarquia solen quedar-se a casa.
- Família: evitar que l'adolescent, pel fet que sovint és qui millor coneix l'idioma, faci de traductor, interlocutor familiar, ompli impresos, etc., és a dir, que faci de cap de família, ja que aquestes situacions poden provocar una desestructuració dels rols familiars.
- Sexualitat: el tracte en les revisions ginecològiques s'ha de fer amb una cura especial i, sovint,

només retirant aquelles peces de roba indispensables per dur-lo a terme. Cal recordar el Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina.

- Educació sexual: cal també posar èmfasi en la prevenció de les malalties de transmissió sexual, que són freqüents en els joves.
- Salut: insistir en la necessitat de les visites preventives, controls de salut, vacunes, etcètera.

En el cas dels adolescents immigrants en situació d'il·legalitat és l'administració pública la que està obligada, segons la legislació, a tutelar-los de manera automàtica si es troben en situació de desemparament.

Totes les activitats han de tenir un enfocament interdisciplinari, amb la implicació dels diferents departaments, per donar respostes reals a les situacions que puguin plantejar aquests adolescents.

Idees clau

- L'adolescència és un procés de canvi que cal garantir de forma saludable.
- La família, l'escola, els equips de salut i la societat són elements que poden afavorir la integració d'aquest adolescent i vetllar per les seves prioritats en aquesta etapa.
- En el cas de l'adolescent immigrant, podem trobar-nos amb una sèrie d'aspectes que cal tenir en compte: l'idioma, la cultura, els diferents hàbits dietètics, els estils de vida, els recursos, la situació de legalitat de la família, la religió, etcètera.
- En general, solen tenir un mal coneixement de la promoció i prevenció de la salut.
- Cal fer un esforç per integrar aquests adolescents en els programes de prevenció de la salut de la població general.

3.7. Violació, abús sexual i maltractaments

Introducció

Des dels serveis d'atenció primària no es pot abastar tota la complexitat que suposa l'avaluació mèdica, psicològica i forense de l'adolescent que ha sigut víctima d'un abús sexual o de maltractaments.

En canvi, però, el metge d'atenció primària pot ser el professional més proper i de més confiança per l'adolescent i per la seva família en una situació tan traumàtica. Per tant, el seu suport serà de gran importància.

Què es pot fer?

En aquestes situacions traumàtiques, el primer acte i més important serà saber escoltar per contenir així les angoixes.

L'entrevista pot ser de gran utilitat per ajudar a verbalitzar de manera ordenada tots els sentiments de frustració i neguit que s'han acumulat.

No obstant, degut a la complexitat de la situació i per tal d'evitar el que s'anomena "victimització secundària", que es defineix com la segona experiència victimal que es deriva de les relacions del menor amb el sistema jurídic-penal (repetició innecessària d'exploracions i verbalització de la situació), és molt important seguir un circuit establert per tal que la protecció de la persona abusada o maltractada es doni el més aviat possible. Segons estableix el Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors, en l'hospital de referència l'exploració es durà a terme conjuntament entre el pediatre de l'hospital i el forense; d'aquesta manera no caldrà repetir les exploracions.

Si existeix abús o maltractament, primer s'ha de protegir l'adolescent (especialment si existeix abús intrafamiliar) i després, derivar-lo a l'hospital de re-

ferència (i assegurar-nos de que l'adolescent hi arribi). Les actuacions són les següents:

- En tot moment s'ha d'oferir suport emocional a la víctima amb expressions que recolzin la comprensió dels seus sentiments.
- El segon pas serà l'acompanyament als serveis hospitalaris on es pugui fer una valoració acurada de les lesions.
- Tanmateix, caldrà posar-se en contacte amb els serveis de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) o al jutjat de guàrdia, notificant la sospita d'un possible abús o violació.

Existeix el Protocol d'actuacions en maltractaments i abusos a menors, consensuat pels diferents caps de pediatria dels hospitals de referència per abusos i maltractaments a menors de Catalunya, que serveix com a referent per a les actuacions a realitzar davant d'una sospita o certesa d'un cas d'abús sexual agut. Aquest protocol té com a objectiu disminuir la victimització secundària en el menor i facilitar l'actuació coordinada del metge i el forense.

Qui intervé en la protecció i en l'atenció al jove maltractat o abusat?

La intervenció eficaç requereix interdisciplinarietat i coordinació entre els diferents professionals.

L'Equip bàsic d'atenció social primària (EBASP) és l'equip més proper als ciutadans i amb funcions preventives, assistencials i rehabilitadores. Sovint, detecten moltes situacions de risc i maltractament.

3.8. L'adolescent en el sistema judicial

Introducció

L'abordatge de l'adolescent que entra en contacte amb el sistema judicial (o està en risc de fer-ho) no és, sens dubte, una tasca fàcil. I no ho és per diferents motius:

- La delinqüència és un concepte legal que no té una correlació unívoca amb cap entitat clínica o psicopatològica.
- No podem parlar de delinqüència juvenil com una entitat homogènia, ja que aquesta presenta diversitat de manifestacions, tant pel que fa al tipus de transgressió com per la forma de manifestar els propis dèficits de salut en cadascun dels àmbits físic, psíquic i social.
- L'adolescència és un període vital en el que entren en crisi diversos aspectes de l'individu, on la conducta transgressora pot formar part d'una normalitat sovint modulada per aspectes socials, legals i culturals, diferents geogràficament i canviants en el temps.
- Històricament, l'àmbit sanitari ha abordat de manera molt tangencial el problema del pacient "judicial".

Sigui com sigui, un cop assajades infinitat de fórmules d'abordatge és important entendre el comportament dels joves transgressors com un símptoma més del seu malestar. Cal fer-ho des d'una concepció d'atenció integral a la salut i intervenir de forma multidisciplinària i coordinada amb els diferents dispositius assistencials.

L'estratègia ha de posar èmfasi en la prevenció i disminució de danys.

Elements causals i factors de risc

L'etiologia de la delinqüència és multifactorial i ve determinada pels següents factors:

Taula 1. Factors de risc de cronicitat de les conductes desadaptades

1. Edat d'inici precoç (infància, preadolescència)
2. Nombre, varietat i gravetat dels comportaments problemàtics
3. Desenvolupament progressiu del comportament problemàtic (al passar de problemes poc greus i d'alta freqüència a conductes antisocials greus de baixa freqüència)
4. Localització dels comportaments problemàtics (a major nombre d'àmbits on es presenten, pitjor pronòstic)
5. Problemes familiars i estrès
6. Absentisme escolar
7. Hàbits tòxics
8. Tractaments previs en qualsevol de les modalitats terapèutiques (abordatges comunitaris, educatius, salut mental)
9. Institucionalització

Modificada de Moore et al, 1993.

- **Socials-ambientals.** Són, sens dubte, l'element causal més prevalent en l'origen de les conductes transgressores, sobretot en aquelles més evidents i desadaptades, sorgides habitualment en ambients marginals i desfavorits, i que els criminòlegs anomenen com a delinqüència de "coll negre".
- **Psicològics-psiquiàtrics.** Tot i la dificultat de trobar un model explicatiu satisfactori, és raonable considerar la delinqüència com un mecanisme de defensa, mitjançant la constant tendència a les actuacions, enfront de les intolerables ansietats pròpies de la posició esquizoparanoide en la que es troben fixats aquests joves.
- **Tòxics-orgànics.** Els hàbits tòxics acostumen a estar presents en molts adolescents amb conductes negligents, i si bé no sempre en són la causa primera, sí que actuen com a afavoridors d'aquest tipus de comportament i la seva cronificació. Així mateix, s'han elaborat diferents teories biològiques que defensen una base orgànica,

com la de Quay, que atribueix un sistema nerviós, cortical i/o autonòmic, hiporreactiu a l'estimulació en aquells pacients amb conducta psicopàtica.

A més de la importància dels elements etiològics, cal remarcar també aquells factors que ens poden servir com a indicadors pronòstic. Aquests s'enumeren en la taula 1.

Recomanacions

Les recomanacions genèriques d'abordatge, a nivell estratègic i actitudinal, són les que es descriuen a continuació:

- Habilitats d'entrevista clínica, de vinculació i adheència i de distància emocional, per evitar relacions de dependència excessiva o actituds de rebuig.
- Intervenció oportunista. Aprofitar qualsevol motiu de consulta per fer aproximacions als comportaments de risc de desadaptació, oferint la possibilitat d'abordar-los.
- No limitar la valoració exclusivament als trastorns conductuals. S'infradiagnostica i sovint s'assimila delinqüència juvenil només amb trastorn dissociat, degut a que la clínica dissociat és aparatosa i no absent d'elements manipuladors, la qual cosa pot emascarar i fer passar per alt altres diagnòstics.
- Importància de la prevenció i l'educació. Consell assistit. Detecció precoç.
- Importància de la implicació dels familiars i/o figures referents.
- Abordatge multidisciplinari. Gran importància de la col·laboració i coordinació dels diferents professionals i dispositius assistencials (escola, professionals de justícia, equips d'atenció psicopedagògica, equips d'atenció primària, equips d'atenció a la infància i l'adolescència [EAIA], centres i serveis d'assistència ambulatoria a les persones drogodependents [CAS], centres de salut mental [CSMIJ], etcètera).

Detecció i anamnesi

Detecció

Consisteix en incloure de forma sistemàtica a l'anamnesi de la història clínica les qüestions recollides

a continuació, dirigides a la detecció de factors de risc i conductes desadaptades, tant incipients com consolidades, així com malalties associades.

Anamnesi dirigida a àmbits específics

No cal dir que en les exploracions física i complementàries, aquestes aniran dirigides a la recerca d'una malaltia específica, per bé que algunes troballes ens poden aportar informació addicional valuosa, com ara seqüeles de fractures i lesions (heteroagressivitat, conducta temerària), estigmes de venopunció (toxicomania) o cicatrius d'autolesions (habitualment realitzades en situació d'institucionalització), entre d'altres.

Cal destacar, però, la importància d'una bona exploració neuropsicològica, ja que és habitual trobar adolescents als quals s'atribueix, per exemple, un rendiment acadèmic deficient secundari a elements dissociats, objectivant-se mitjançant valoració neuropsicològica que la causalitat pot ser plantejada, almenys, a la inversa. També caldria, en aquest cas, descartar dèficits sensorials.

En aquest sentit, contrastar l'edat d'inici del comportament problemàtic (no només antecedents judicials) amb l'inici del consum de tòxics, dificultats acadèmiques i altres aconteixements significatius pot ajudar a elaborar un correcte diagnòstic diferencial.

Orientació terapèutica

L'abordatge de l'adolescent amb problemàtica judicial haurà d'anar dirigit, doncs, a cadascun dels elements causals descrits amb anterioritat.

Abordatge terapèutic

Prevenició primària

- Interessar-se en la consulta pels fills dels pacients, el seu rendiment acadèmic, comportament, temors i expectatives de futur.
- Preocupació activa sobre l'entorn del centre d'atenció primària, com ara, equipaments per a joves, lleure, etcètera.
- Relació estreta amb recursos escolars i oferir la nostra col·laboració.
- Cercar estratègies de vinculació amb els adolescents.

Àmbit	Problemes actius o antecedents
Sociofamiliar	Absència de referents parentals Consum de tòxics, malalties mentals, malalties cròniques Desarrelament geogràfic Conflictivitat, violència domèstica Vinculació afectiva, assumptió de rols
Dades perinatals i de la primera infància	Patiment fetal, part distòcic Malaltia congènita o altres malalties Deprivació afectiva, estimulació deficient, enuresi Desatenció, abús sexual, maltractaments Dols recents Adopcions, residències fora de la llar
Acadèmic	Fracàs escolar Absentisme i/o expulsions
Hàbits tòxics	Patró de consum, via d'administració i edat d'inici Valorar la seva repercussió en el comportament (descartar la presència de síndrome d'abstinència, episodis de <i>flashback</i> i/o malaltia associada al consum, tant orgànica com psiquiàtrica)
Conductual	Factors de risc de desadaptació crònica Patró de comportament Manca de recursos individuals i habilitats relacionals Personalitat dependent enfront de capacitat de lideratge Freqüentació de recursos assistencials Antecedents judicials i edat d'inici Antecedents d'institucionalització

Prevenició secundària

- Detecció precoç
- Consell assistit dirigit a la disminució de danys.

com de malalties específiques, la majoria de les quals acostumen a estar presents en aquests joves.

Tractament

- Abordatge, descrit en diferents capítols d'aquest protocol, tant de conductes i situacions de risc

- Derivació especialitzada (serveis socials, centres de salut mental, CAS).

- Coordinació entre els professionals que hi inter-venen.

Idees clau

- L'atenció a la salut de la població adolescent amb problemes judicials comporta una complexitat equivalent a la multiplicitat de dèficits que presenten.
- L'abordatge del jove transgressor s'ha de fer des del punt de vista de l'atenció integral a la salut, posant èmfasi en la prevenició i disminució de danys.
- Cal evitar reduir i assimilar delinqüència amb trastorns dissociats, ja que pot emmascarar la presència d'altres malalties i diferir-ne el diagnòstic.
- Importància de la coordinació entre professionals i institucions implicades i, per tant, la presència d'una figura referent.

3.9. L'adolescent i el divorci o la separació dels pares

Introducció

La situació de pares separats o divorciats és cada vegada més freqüent entre les nostres famílies i el nostre entorn. Així mateix, també hi ha l'aparició de noves parelles dels pares, amb tot el que això suposa d'esforç adaptatiu per part de l'adolescent.

No existeix (ni ha d'existir) un protocol d'actuació davant de l'adolescent que viu la separació dels seus pares. Cada situació familiar és diferent i les circumstàncies també ho són.

El deure del professional de la salut és no involucrar-se en les disputes entre la parella parental, mantenir un paper neutral i ser capaç d'escoltar l'adolescent amb paciència, sense presses.

Els problemes que solen derivar-se de la separació dels pares acostumen a ser de tipus adaptatiu, com si es tractés d'una reacció de dol. Cal evitar "psicologitzar" o "psiquiatritzar" el fet de la separació dels pares.

El paper del metge de l'adolescent ha de ser el de fer-li costat, creient en les seves capacitats per sortir endavant malgrat les dificultats. Tanmateix, ha de vetllar perquè els pares estableixin uns límits clars del fet de la separació i deixin els fills al marge dels conflictes de la parella, mentre s'estimula una relació càlida de cadascun dels pares amb els fills.

Recomanacions

És positiu que:

- Els conflictes derivats de la separació quedin limitats a la parella i no s'envaeixi el terreny dels fills.
- Els fills tinguin oportunitat de compartir els problemes que es deriven de la separació amb els seus amics i familiars.

- Els fills tinguin la possibilitat de mantenir una relació semblant i estable amb cadascun dels pares.

L'adolescent es pot trobar en una etapa de crisi existencial i això pot coexistir amb un moment en què li manquen els rols parentals.

La crisi adaptativa es pot acompanyar de ràbia, degut a que se sent enganyat i traït, i de sentiments d'enuig cap als pares, de soledat, de vergonya pel que ha passat, i de pena per la frustració.

Es poden observar tres tipus de situacions:

- Adolescent amb antecedents mòrbids que empitjora.
- Regressió temporal: es produeix una prolongació de l'etapa infantil. L'adolescent cerca la sobreprotecció de la mare.
- Intent prematur d'actuar com a adult, ja sigui a través de les conductes sexuals precoces o de l'abús d'alcohol o drogues, tot cercant donar una imatge de persona que ho té tot controlat.

Què podem fer com a professionals sanitaris?

El paper que correspon als professionals de la salut és el d'animar als pares perquè parlin amb els fills sobre els temes que els preocupen. El professional de la salut pot estar present en la conversa, de manera que pot actuar com a mediador.

De vegades, la situació ideal i desitjable de compartir les vides amb cadascun dels pares i no agredir l'altre membre de la parella, deixant clar que no es tracta d'un tema de culpes sinó de responsabilitat.

tats, és difícil que es doni. Per tant, el professional sanitari d'atenció primària sobretot ha de saber escoltar l'adolescent i, si cal, ha de saber-lo derivar a un professional especialitzat que l'atengui i pugui reconduir la situació. En alguns casos pot ser útil una teràpia familiar o la figura d'un mediador familiar.

Centres d'utilitat

Departament de Justícia: 93 484 00 00 (Mediador familiar).

Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ).
Serveis de psiquiatria que poden tenir unitats de teràpia familiar.

Idees clau

- La situació dels pares separats o divorciats és cada vegada més freqüent entre les nostres famílies i el nostre entorn.
- No ha d'existir ni existeix un protocol d'actuació davant de l'adolescent que viu la separació dels pares.
- El paper del professional sanitari consisteix en fer costat a l'adolescent i, si cal, saber-lo derivar a un professional especialitzat.

Capítol 4

L'adolescent amb problemes específics

4.1. Trastorns pondoestaturals

Introducció

La talla en la societat actual s'ha convertit en un motiu de preocupació dels països desenvolupats, no tan sols des del punt de vista de salut sinó primordialment com un valor estètic i d'imatge corporal.

El problema principal és la talla baixa. Habitualment, la consulta la fa el mateix jove adolescent o la seva família, preocupats perquè noten una progressiva diferència amb els seus companys, més avançats en el desenvolupament puberal, o bé perquè la talla familiar és baixa i volen fer el possible per ser més alts que els seus pares.

També és motiu de consulta l'estancament de la talla o disminució de la velocitat de creixement en relació amb la seva història auxològica fins el moment actual.

Rarament, la consulta és per un creixement excessiu, a no ser que es tracti d'una noia amb una talla excepcionalment alta o bé d'un hipercreixement associat a signes i símptomes clarament patològics.

Anamnesi. Què hem de preguntar?

Les preguntes ens han de donar informació familiar, personal i psicosocial.

Algunes preguntes, a tall d'exemple, són:

- Sobre com va ser el creixement i desenvolupament puberal dels pares: "Quan van fer el canvi?".
- Sobre quina ha estat l'evolució de la talla del noi o noia des del naixement fins a l'edat actual: "Sempre ha crescut poc", "anava bé i s'ha aturat".
- Quan els ha començat a preocupar? "És el més baixet de la classe", "no vol sortir amb els companys perquè sembla molt més petit".
- Té algun problema físic o psíquic? "Ha patit alguna malaltia", "es troba com sempre", "està més trist o depressiu".
- Sobre com menja i si té problemes de pes, "fa alguna dieta".

Exploració. Què hem de detectar?

En primer lloc s'ha de constatar l'existència d'una desviació patològica de la talla, per la qual cosa és molt important disposar de les dades de talla i pes del noi o noia dels últims anys i traslladar-les a les gràfiques per determinar els percentils i l'evolució de la velocitat de creixement.

Al mateix temps, s'ha de valorar el desenvolupament puberal i determinar-ne l'estadiatge.

Aquestes informacions es completaran amb la talla dels pares.

Totes les dades ens permetran establir la possible talla diana genètica i detectar si es tracta d'una variant de la normalitat o d'una desviació patològica del creixement que caldrà estudiar.

Considerem patològica una talla per sota del percentil 3 o superior al percentil 97 i una velocitat de creixement inferior a 4 cm per any.

En qualsevol cas, sempre caldrà fer una exploració física completa, fent especial èmfasi en els aparells digestiu i renal, en la glàndula tiroïdes, el sistema nerviós, possibles estigmes congènits, l'estudi de l'aparell locomotor i la proporcionalitat dels segments corporals.

Despistatge. Què hem de demanar?

- Radiografia de canell esquerre, per conèixer la maduració òssia i la seva concordància o discordància amb l'edat cronològica.
- Anàlisi hematològica i bioquímica bàsica amb TSH. Anàlisi d'orina.

En el cas de que la història clínica o l'exploració faci sospitar malaltia podem demanar l'estudi de la funció hipofisària: hormona del creixement (GH) suprarenal, tiroïdea o gonadal, marcadors nutricionals, estudis d'imatge de crani o el que requereixi la sospita diagnòstica.

Si ho considerem adient, es derivarà al centre de referència per ser estudiat.

Diagnòstic. Què ens ha d'alertar?

Quan tinguem totes les dades de l'anamnesi, exploració física i exàmens complementaris, descartarem l'existència d'una malaltia subjacent que pugui donar un trastorn de creixement.

Evidentment, si es tracta d'una malaltia congènita o d'una malaltia crònica que s'inicia a l'edat pediàtrica, probablement ja estarà diagnosticada.

En cas de talla baixa

- Retard del creixement intrauterí.
- Alteracions renals (tubulopaties, infeccions urinàries).
- Immunodeficiències (sida).
- Alteracions gastrointestinals (síndromes malabsortius, malalties inflamatores).
- Cardiopaties congènites.
- Alteracions respiratòries (mucoviscidosi, asma bronquial).
- Infeccions recurrents.
- Alteracions endocrinològiques (diabetis, hipotiroïdisme congènit, panhipopituitarisme congènit, dèficit d'hormona del creixement, excés adrenocortical).
- Iatrogènia.
- Displàsies òssies.
- Síndrome de Turner (en les nenes).

En cas de talla alta

- Síndromes genètiques d'etiologia coneguda (Sotos, Weaver, síndrome de Klinefelter).
- Procesos endocrinològics (acromegàlia, hipersecrecció d'hormona del creixement per adenoma hipofític, adenoma gonadal (pubertat precoç), adenoma tiroïdal (hipertiroïdisme)).

Què ens pot orientar?

Cal tenir en compte que el 80% dels casos de talla baixa són variants de la normalitat.

Com a criteri general i pràctic valorem la talla, la maduració òssia i el desenvolupament puberal.

Tractament. Què podem fer?

És obvi que sempre que sigui possible intentarem fer un tractament etiològic i caldrà derivar a l'espe-

Possibles situacions

Talla, maduració òssia, desenvolupament puberal

Talla baixa + maduració òssia normal sense retard puberal

Talla baixa familiar
(Curves de creixement i velocitat de creixement paral·leles al percentil 3, i talla dels pares o d'un d'ells en aquest percentil)

Talla baixa + maduració òssia retardada + retard puberal

Retard constitucional del creixement
Els progenitors o un d'ells han passat per la mateixa situació. També poden combinar-se les 2 entitats en una mateixa família.

Talla alta + maduració òssia normal + desenvolupament puberal normal

Talla alta familiar
(Antecedents familiars)

Talla alta + maduració òssia avançada + pubertat avançada

Pubertat normal avançada

cialista que correspongui, segons la malaltia de base.

En els casos més freqüents de talla baixa familiar i retard constitucional, el que cal és desangoixar l'adolescent, ja que les expectatives del noi o de la noia i de la seva família queden frustrades, principalment en el primer cas, en el que la talla final serà normal però no la desitjada.

En el segon cas, el pronòstic serà millor però de vegades precisarem d'una petita empenta per posar en marxa el "canvi", utilitzant andrògens. Això estaria indicat en els nois i si presenten problemes emocionals derivats del retard puberal.

En el cas de la talla alta familiar, només acostuma a plantejar problemes en les noies, i cada vegada menys, i es podrien utilitzar els estrògens en casos concrets i si l'afectació psicològica és molt important.

Idees clau

- La talla s'ha convertit en un motiu de preocupació no només des del punt de vista de la salut sinó també de l'estètica.
- El problema principal és la talla baixa.
- Rarament la consulta es produirà per un creixement excessiu.
- És important detectar la desviació patològica de la talla. Es considerarà patològica una talla per sota del percentil 3 o superior al percentil 97, i una velocitat de creixement inferior a 4 cm per any.
- Cal demanar una radiografia de canell esquerre i una analítica hematològica i bioquímica bàsica amb TSH i anàlisi d'orina.
- En cas de talla baixa ens ha d'alertar un retard de creixement intrauterí, alteracions renals, immunodeficiències, cardiopaties congènites, entre d'altres.
- La talla alta pot ser manifestació de diverses síndromes genètiques d'etiologia no coneguda.
- Com a criteri general, ens pot orientar la talla, la maduració òssia i el desenvolupament puberal.
- Com a tractament cal fer-ne un d'etiològic i cal derivar a l'especialista que correspongui.

4.2. Obesitat a l'adolescència

Introducció

Podem parlar de sobrepès i d'obesitat.

El sobrepès és un desequilibri entre la ingesta calòrica i la despesa energètica en un individu i durant un període de temps.

En l'adolescència l'obesitat es pot definir com un excés ponderal del 20% a l'adequat per la talla, edat i sexe i un gruix de plec cutani per sobre del percentil 85 per l'edat i el sexe.

Un plec cutani tricipital superior a 18 mm en els nois i a 25 mm en les noies també pot ser considerat com a un bon criteri.

La definició més simple del pes ideal ve determinada per l'índex de Quetelet o índex de massa corporal (IMC): $IMC = \text{pes (kg)} / \text{alçada (m}^2\text{)}$.

Aquest índex va variant fins a l'estabilització en l'edat adulta. Per això, en menors de 19 anys parlarem de percentils de l'IMC per edat i sexe; normalitat (percentil > 50 < 85); sobrepès (percentil > 85); obesitat (percentil > 95).

L'obesitat a l'adolescència és un problema seriós perquè el 75% dels adolescents obesos seran adults obesos.

L'obesitat pot ser amb talla normal o alta (primària o exògena) o amb talla baixa (secundària o endògena). En l'obesitat s'han de descartar les causes orgàniques i explorar les possibles complicacions d'aquesta, com la diabetis tipus II, la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia. També cal comprovar l'edat òssia i correlacionar-la amb la talla.

Epidemiologia

La prevalença de sobrepès-obesitat en adolescents a l'Europa meridional està al voltant del 15-25% (per sobre de la dels països nòrdics i per sota

de la dels Estats Units) i diferents estudis indiquen que l'obesitat en els adolescents en el nostre medi ha augmentat en els darrers anys.

El major sedentarisme degut, almenys en part, a l'aparició de les noves tecnologies per motiu de les quals els joves passen moltes hores asseguts (televisors, ordinadors, videoconsoles) explica que els casos d'obesitat en gent jove augmentin. Una dieta cada vegada menys equilibrada i més basada en menjars ràpids i begudes gasoses és un altre dels factors que hi influeixen.

Diagnòstic diferencial

Tot i ser relativament poc freqüent, d'entrada cal descartar les causes orgàniques d'obesitat (síndrome de Cushing, hipotiroidisme, alteracions de l'eix hipotàlam-hipofisari i síndromes genètiques, com les de Lawrence-Moon-Bield o Prader-Willi). La majoria d'aquestes ja hauran estat diagnosticades durant la infància.

Caldria fer un diagnòstic diferencial amb els trastorns del comportament alimentari: bulímia i trastorns obsessiu-compulsius.

Factors afavoridors

Hi ha tota una sèrie de factors que afavoreixen l'obesitat i que cal tenir en compte a l'hora de fer l'anamnesi:

- Factors genètics.
- Passivitat o sedentarisme.
- Poca activitat física.
- Estímuls per a la ingesta.
- Mals hàbits d'alimentació familiar, obesitat en pares i germans.

- Fracàs en altres dietes d'aprimament.
- Excessiva dependència dels pares per vestir-se o traslladar-se.
- Integració social difícil.
- Tendència depressiva o a l'aïllament en els pares o el jove.
- Convivència amb un avi o altre adult que el sobrealimenta.
- Negoci de menjars familiar.

Per tenir-ne una idea clara, ajuda molt demanar al pacient que faci un diari del que menja i de l'activitat física que realitza durant un període de temps (per exemple, una setmana).

Complicacions

Durant l'adolescència, l'obesitat pot presentar complicacions de tipus psicosocial, ortopèdic, endocrí, cardíac, pulmonar, gastrointestinal, neurològic i dermatològic.

A mig o llarg termini, l'obesitat pot provocar complicacions mèdiques cardiovasculars, pulmonars, oncològiques, gastrointestinals, ortopèdiques i genitourinàries.

A més a més, les persones amb sobrepès poden presentar una major tendència a ser discriminades.

Tractament

El més important és aconseguir un canvi en els hàbits dietètics. Sovint, aquests canvis hauran de ser assumits per tota la família, tant perquè acostuma a haver-hi un sobrepès familiar com perquè és molt probable que tots ells segueixin una dieta desequilibrada.

El tractament d'elecció és una dieta equilibrada acompanyada d'exercici físic regular. L'exercici físic sol no acostuma a funcionar perquè sovint comporta un augment de la ingesta calòrica.

Una dieta hipocalòrica pot ajudar però ha de ser equilibrada. Està contraindicat seguir dietes excessivament restrictives o saltar-se àpats.

En alguns casos, pot ajudar una teràpia per a la modificació de la conducta.

De totes maneres, el millor tractament és la prevenció de l'obesitat en l'edat infantil mitjançant una dieta equilibrada adequada per l'edat i exercici físic regular.

A més a més, l'obesitat és un factor de risc per problemes cardiovasculars, diabetis, etcètera.

Idees clau

- L'obesitat es pot definir com un excés ponderal del 20% a l'adequat per talla, edat i sexe i un gruix de plec cutani per sobre del percentil 85 per edat i sexe.
- La prevalença de l'obesitat i el sobrepès a l'Estat espanyol ha augmentat en els darrers anys degut a una dieta poc equilibrada i al sedentarisme, entre d'altres factors.
- Cal fer el diagnòstic diferencial amb altres patologies, com la síndrome de Cushing, l'hipotiroidisme, algunes síndromes genètiques, alteracions de l'eix hipotalàmic-hipofisari, etc.
- Existeixen una sèrie de factors afavoridors que cal tenir en compte: passivitat, mals hàbits alimentaris, fracàs en dietes d'aprimament, convivència amb adult que el sobrealimenta.
- El tractament es basarà en una dieta equilibrada acompanyada d'exercici físic.
- La prevenció de l'obesitat en l'edat infantil és la mesura més adequada per prevenir l'obesitat en l'adult mitjançant una dieta equilibrada i la pràctica d'exercici físic regular.

4.3. Problemes ortopèdics més freqüents

Introducció

La patologia ortopèdica en l'època adolescent és continuació de la que hauria d'haver estat detectada en la infància. Això, avui dia, considerem que ja és així.

Consultes més freqüents

Les consultes més freqüents fetes al pediatra o al metge de família i que es poden confondre amb problemes ortopèdics tenen a veure amb àlgies de diferent tipus i localització. No podem oblidar el fet de situacions que tenen especial rellevància en aquest grup d'edat, i que podem veure en moltes consultes:

- Absència d'organicitat real.
- Absència d'organicitat demostrada: microtraumatismes repetits que no es detecten en l'interrogatori o en els anomenats dolors de creixement, per exemple.
- Àlgies o disfuncions com a conseqüència d'activitats esportives, lúdiques o laborals, produïdes per sobreutilització d'un grup muscular o osteotendinós i que fan de mal diagnosticar.

L'atenció a aquestes situacions, com tantes altres en l'època adolescent, impliquen una actitud conservadora, aparentment de contenció, amb poques exploracions complementàries i intentant no veure patologia allà on no n'hi ha.

Per a tots els temes d'ortopèdia, el punt de valoració o intervenció (de tipus generalista o especialista) dependrà, en cada cas, dels protocols d'actuació concrets i els àmbits de treball en què ens movem.

Missatges generals

- No medicalitzar en excés.
- La detecció precoç és el millor tractament (fins i tot començant abans de l'adolescència).

- La majoria de situacions es resolen amb actitud conservadora.
- El control l'ha de fer el metge de confiança del pacient.

Anomalies

Les alteracions ortopèdiques més freqüents són aquelles que tot seguit passem a comentar, es focalitzen bàsicament a l'extremitat inferior i la columna vertebral.

Anomalies del peu

Peu pla valg

Hi ha un aplanament de la bòveda plantar i un valg del taló. És una anomalia postural, no estructural. En la majoria dels casos és asimptomàtic, i serà difícil preveure els casos que seran dolorosos en l'adult. Les plantilles són de dubtosa utilitat.

Peu buit var

L'arc longitudinal del peu està elevat i hi ha deformitat del tars en var. S'ha d'haver tractat abans. A l'adolescència necessita tractament quirúrgic i, en general, no només de les parts toves.

Anomalies de la cama

Torsió tibial interna

Rotació interna de la tibia sobre el seu eix longitudinal. Generalment millora espontàniament i no necessita tractament.

Malaltia d'Osgood-Shlatter

Es caracteritza per dolor a la zona de la tuberositat anterior de la tibia, que s'incrementa amb la pressió o amb l'exercici, i que pot acompanyar-se d'inflamació de la zona. En els graus majors consisteix en l'arrancament parcial d'aquesta tuberositat anterior, que es pot detectar en la

radiografia com un avançament en l'epífisi tibial anterior.

S'objectiva entre final de la infància i el principi de l'adolescència, i és un procés autolimitat pel que només cal repòs, antiinflamatoris i mentalitzar el malalt de que es tracta d'un procés llarg.

Anomalies en l'articulació del genoll

Subluxació i luxació rotuliana

Pot provocar inestabilitat i dolor en el genoll, segons el grau d'afectació.

Es produeix quan hi ha desequilibri dels factors estabilitzadors de la ròtula en l'arc intercondili (per laxitud, per hipoplàsia condilfemoral externa).

A l'exploració s'objectiva un fàcil desplaçament lateral de la ròtula (25-50%).

El tractament és conservador en casos aguts i quirúrgic en els crònics més simptomàtics.

Condromalàcia femoropatelar

Sovint d'afectació bilateral, provoca dolor a la compressió de les ròtules i en tenir el genoll en hiperextensió. Afavorit per sobrecàrrega de l'articulació femororotuliana o també per la seva no utilització. Hi ha estovament i fisuració del cartílag articular rotulià.

El tractament es basa en rehabilitació i potenciació de la musculatura quadricipital i, en alguns casos, s'utilitzen fàrmacs regeneradors del cartílag.

Genu varo i genu valgo

Moltes vegades asimptomàtics, són deformacions angulars de la cama, freqüents en època de creixement. S'associa sovint a peus plans i torsió tibial.

L'angle bifemoral passa de tenir 15° en varo en el nadó a 12° en l'adolescent, com a fet normal.

En general, no són eficaços els aparells ortopèdics i no sol caldre tractament.

Anomalies del maluc

Epifisiòlisi femoral proximal

Desplaçament generalment progressiu de l'epífisi femoral superior a dorsal i caudal. D'etiologia discutida, és més freqüent entre els 10 i els 17 anys i en persones amb sobrepès. Genera claudicació a la marxa i dolor de maluc. La gravetat del quadre dependrà del grau de desplaçament.

Les complicacions són la necrosi assèptica de cap femoral i la condrolisi, amb artrosi a llarg termini. Per fer el diagnòstic calen radiografies amb projecció anteroposterior i axial en "projecció de granta", que és amb la que es pot veure el grau de desplaçament.

El tractament és quirúrgic, intentant corregir o frenar el desplaçament.

Necrosi asèptica de cap femoral

Es caracteritza per una necrosi amb rarefacció i desestructuració progressiva de l'epífisi femoral proximal.

Es caracteritza per dolor en el maluc i coïxesa, com l'epifisiòlisi, però és més freqüent en grups de menor edat, tot i que pot presentar-se a l'inici de l'adolescència.

Ens ajuden al diagnòstic la radiografia amb rarefacció i la gammagrafia òssia amb hipocaptació del cap femoral.

El tractament és el diagnòstic precoç i repòs, i les complicacions a llarg termini són l'artrosi de maluc i la limitació funcional, a vegades independentment del tractament.

En alguns casos pot ser necessària la cirurgia, per afavorir la revascularització del cap femoral o sol·ventar part de les seqüeles (com l'artrosi de maluc).

Anomalies de la columna

Escoliosi

És una desviació de la columna vertebral en el pla frontal, que pot ser estructural o funcional. L'estructural implica rotació de cossos vertebrals, i no es corregeix en inclinar el tronc en sentit de la convexitat de la corba ni per maniobres forçades. Si s'associa a desviacions sagitals pot haver-hi cifoescoliosi o lordoescoliosi.

L'etiologia és múltiple. Quan s'associa a malalties neurològiques, malformatives, infeccioses o altres, la clínica es pot veure condicionada per les altres malalties, però en 75-80% dels casos és idiopàtica. És el grau de desviació de la columna el que condiciona la simptomatologia, que en casos greus pot arribar a provocar problemes cardiorespiratoris si la curvatura és superior a 60°. Generalment, cursa de forma asimptomàtica o amb dolor segons la zona, però sovint es diagnostica per motius estètics, amb asimetries toràciques, a l'alçada d'espatlles o mames, escàpula alada o aparició de "gepa" en la zona convexa de la corba.

Per fer el diagnòstic cal una bona anamnesi, ja que en força ocasions hi haurà dades d'interès. Cal també una exploració general per detectar possibles asimetries, anomalies cutànies (en algunes malalties congènites), estat dels caràcters sexuals secundaris i una exploració neurològica completa. S'ha de valorar que no hi hagi dismetries de les extremitats inferiors, ja que la basculació pèlvica provocarà una compensació en les vèrtebres i actitud escoliòtica com a causa més freqüent.

S'ha de valorar l'alineació del tronc, el que es pot fer amb el pacient en bipedestació i col·locant una plomada que parteix de l'occipuci i que hauria de penjar passant pel solc intergluti, seguint la columna vertebral. D'aquesta manera valorarem tant les desviacions en el pla sagital (hiperlordosi i cifosi) com les frontals, i podem mesurar la distància des del fil fins a la vèrtebra més allunyada o vèrtebra clau de la corba.

Per valorar la gibositat costal es mesura la distància entre el punt més alt de l'esquena i la columna, en el pla horitzontal, amb el pacient en flexió de tronc d'uns 80° i amb els braços penjant. També cal fer una exploració dinàmica dels segments vertebrals per veure el grau d'estructuració de l'escoliosi.

En l'estudi radiològic s'ha de valorar:

- Inclinatoria vertebral: es mesura l'angle format per les perpendiculars a les línies tangents del pla superior i inferior de les vèrtebres més altes i més baixes de la corba o vèrtebres límit (les que tenen més desviació respecte a l'horitzontal).
- Component rotacional: valorant la posició dels pedicles i apòfisis espinoses respecte al cos vertebral, classificant aquesta alteració en cinc graus, que van des de l'absència de rotació (grau 0) a la desaparició d'un pedicle i presència de l'apòfisi espinosa per fora de la vèrtebra (grau 4).
- Grau de maduració esquelètica (amb valoració de crestes ilíacques o del carp).

El pronòstic depèn de molts factors, entre ells de l'etiologia (algunes molt evolutives, com per exemple, neuropaties o miopaties) i de ser o no estructurals. En les idiopàtiques l'orientació a donar depèn del grau d'inclinatoria i de la maduració esquelètica en el moment del diagnòstic.

El sexe (pitjor pronòstic en dones) i la localització de la curvatura també té importància. La major progressió es dona entre la pubertat i el final de l'ossificació. Una corba de més de 30° de curvatura té una possibilitat de progressió del 50% i pot arribar al 90% si és de més de 50°.

El grau de seguiment i el possible tractament generalment es basen en la magnitud de l'escoliosi i l'edat de maduració òssia. De les possibles actituds, a més de l'observació, cal considerar la cinèsiteràpia i els tractaments ortopèdics i quirúrgics. Partim de la base que tant la realització d'exercicis per reforçar la musculatura com els diferents tipus de faixes poden servir per aturar la progressió, i no per curar una escoliosi.

En general, s'accepta fer observació en cas de corbes menors de 25-30° i poca maduració òssia. El tractament ortopèdic es fa en casos que tenen corbes que oscil·len entre 30 i 50°, i la cirurgia en casos en què l'escoliosi superi els 50°.

Els pacients s'han d'examinar una vegada a l'any en els casos lleus, i més sovint en casos més avançats.

Malaltia de Scheuermann o "cifosi de l'adolescent"

És d'etiologia poc clara. S'inicia abans de l'adolescència i s'hauria de diagnosticar en aquell moment. És més freqüent en nens i té certa incidència familiar. Inicialment pot ser asimptomàtica i es caracteritza per hipercifosi (superior a la fisiològica, que està al voltant de 35°), amb rigidesa progressiva que comporta més o menys dolor.

A la radiografia de perfil de columna, en bipedestació, s'objectiva acunyament vertebral progressiu.

El tractament discutit en els casos lleus (40-60°) amb faixa o guix, pot arribar a necessitar cirurgia en casos greus (més de 80°). El tractament de descàrrega s'ha de fer en la fase de més creixement dels raquis, a la pubertat, és a dir, per sota dels 13 anys en les nenes i als 13-15 en els nens, aproximadament. Aquest tractament no hauria de medicar en excés al noi, ni impedir l'activitat esportiva (treure's la faixa per fer exercici) i considerar els factors d'edat, presència de dolor, rigidesa i alteració vertebral per decidir si està indicat en un moment concret.

Idees clau

- La patologia ortopèdica en l'època adolescent és continuació de la que hauria de ser detectada en la infància.
- Les alteracions congènites s'haurien d'haver tractat precoçment.
- Les consultes més freqüents fetes al pediatra o al metge de família i que es poden confondre amb problemes ortopèdics són les àlgies de diferent tipus i localització.
- L'atenció a aquestes situacions implica una actitud conservadora, aparentment de contenció, amb poques exploracions complementàries.
- El punt d'intervenció de l'especialista o el generalista dependrà dels protocols d'actuació concrets i els àmbits de treball en què ens movem.
- Com a premises generals cal tenir en compte no medicar en excés, fer detecció precoç, fins i tot, abans de l'adolescència, actitud conservadora i control per part del metge de confiança.

4.4. Salut mental: problemes més freqüents

4.4.1. Depressió. Conducta suïcida. Trastorns afectius

Introducció

Podem classificar els trastorns afectius en:

- Trastorns maníacs (trastorn bipolar).
- Trastorns depressius.

La característica específica dels trastorns afectius (depressió/mania) és que en un moment donat es produeix un canvi (síntoma) que abans no hi era. A diferència de com passa en els adults, la irritabilitat i l'agressivitat predominen sobre la resta de components.

Segons consta en el Protocol de salut mental infantil i juvenil del Programa del nen sa:

La depressió és un trastorn de l'estat de l'humor caracteritzat per tristesa i incapacitat per experimentar plaer, persistent en el temps i que deteriora les relacions laborals, escolars i socials de la persona.

La mania sol manifestar-se per eufòria, excitació i hiperactivitat motora i verbal.

La tristesa i l'eufòria poden associar-se o ser substituïdes per irritabilitat i/o agressivitat. Ambdós trastorns solen incloure alteracions del son i de la gana.

És important saber que els símptomes afectius poden correspondre a un trastorn afectiu específic o poden ser el símptoma d'un altre quadre psicopatològic greu o lleu (consum de tòxics, etapa prodròmica d'un trastorn esquizofrènic, trastorns adaptatius).

Per altra banda, caldrà fer sempre el diagnòstic diferencial respecte a períodes de decaïment i astènia (adolescent cansat), normals en l'adolescència.

Estudis recents situen la prevalença del trastorn afectiu en l'adolescent prop del 4% i la prevalença de símptomes afectius més o menys greus en el 30% dels adolescents.

Tots els estudis estan d'acord en dir que aquestes patologies tendeixen a augmentar en els darrers anys.

Els trastorns afectius són el factor de risc més important en els intents autolítics i les conductes suïcides.

Factors de risc

Familiars

- Pares amb antecedents de trastorns afectius i/o alcoholisme.
- Pèrdues o separacions de persones amb vinculació afectiva (familiars o no).
- Malalties cròniques, incapacitats.
- Violència intrafamiliar.
- Abandonament, negligència.
- Famílies aïllades socialment.

Individuals

- Malalties cròniques, incapacitats.
- Problemes d'adaptació escolar.
- Pèrdues afectives recents (familiars, parella, amics).
- Canvis ambientals que obliguen a fer un esforç d'adaptació.
- Dificultats importants en l'inici del món laboral.
- Consum de tòxics.

Senyals d'alarma

És important conèixer els signes d'alarma per poder fer una detecció adequada a temps. A continuació especificarem els signes d'alarma de la mania i la depressió per separat per ajudar a la seva diferenciació.

Senyals d'alarma del quadre maníac

- Irritabilitat, agressivitat.
- Idees de grandesa i de poder-ho fer tot.
- Excitació, eufòria exagerada.
- Parla accelerada i/o inconnexa.
- Descontrol d'impulsos (conducta sexual, joc compulsiu).
- Insomni sense sensació de cansament.
- Conducta explosiva i desorganitzada.
- Dificultat en fixar l'atenció.
- Abús de tòxics.
- Idees de persecució, idees delirants.

Senyals d'alarma del quadre depressiu

- Tristesia.
- Irritabilitat, mal humor, agressivitat.
- Pèrdua de la capacitat per interessar-se i gaudir (anhedonia).
- Descens del rendiment acadèmic.
- Idees de suïcidi o pensaments persistents sobre la mort.
- Queixes somàtiques (mal de cap, mal de panxa).
- Pessimisme, apatia, avorriment persistent.
- Culpabilitat excessiva, menyspreu personal.
- Astènia.
- Pensament enlentit.
- Descens del rendiment acadèmic.
- Aïllament social.
- Lentitud psicomotora.
- Insomni o somnolència.
- Pèrdua de la gana, apimament.
- Queixes somàtiques (mal de cap, mal d'estómac).
- Abús de tòxics.

criteris de durada

Si un adolescent té 3 o més d'aquests senyals d'alarma i tenen una durada superior a 2 setmanes cal descartar un trastorn depressiu.

Detecció

Es seguiran les mateixes recomanacions que per a qualsevol altre problema de salut. (Vegeu l'apartat 1.4.)

Què fer? Recomanacions

Si hi ha factors de risc:

- Tenir cura molt especial del seguiment de l'adolescent.
- Adaptar les visites a les necessitats de l'adolescent.

Si es detecta un senyal d'alarma:

- Tenir cura molt especial del seguiment de l'adolescent i, si cal, de la família.
- Presentar el cas a la interconsulta amb l'especialista.

Les circumstàncies a valorar abans de la derivació de l'adolescent són les següents:

- Quadre clínic inicial.
- Complexitat o gravetat de la situació biopsicosocial.
- Característiques especials i/o complexes de la família o l'ambient de l'adolescent.
- Gravetat o acumulació de factors de risc i/o senyals d'alarma.

Alguns aspectes generals a tenir en compte són:

- L'orientació terapèutica: un cop fet el diagnòstic (fer interconsultes amb el centre de salut mental infantil i juvenil [CSMIJ]) s'ha de determinar el següent:
 - La gravetat i evolució.
 - La consciència del problema per part del pacient i de la família.
 - El grau de contenció i de compromís en el tractament.
 - La conveniència de derivació (CSMIJ, urgències hospitalàries) i estratègies perquè sigui acceptada.
 - El pla terapèutic i de seguiment.

Risc de suïcidi

És important tenir present que:

- El suïcidi és la tercera causa de mort en els adolescents a Catalunya.
- Els intents autolítics tendeixen a augmentar.
- Algunes enquestes reflecteixen que un 11% de les noies i un 8% dels nois han pensat en algun moment en la possibilitat de suïcidar-se.

- Els trastorns afectius i els esquizofrènics són les causes més freqüents de suïcidi consumat.
- Els conflictes familiars són la causa desencadenant del 50% dels intents de suïcidi en els adolescents.
- El risc autolític augmenta en famílies poc contenedores, adolescents impulsius, solitaris o amb aïllament social.
- Mai cap intent autolític pot considerar-se banal.
- És una causa de mort evitable en molts dels casos.

Per aquestes raons és necessari:

- Explorar si hi ha plans de suïcidi, idees persistents i franques de solucions impossibles als problemes que se li plantegen, acomiadaments de persones o llocs estimats, etcètera.
- Derivació urgent al CSMIJ.
- Fer ingrés hospitalari sempre que les idees de mort siguin persistents i constants, amb antecedents d'intents autolítics anteriors.

Idees clau

- Els trastorns afectius inclouen els trastorns maníacs i els trastorns depressius.
- Els trastorns afectius són el factor de risc més important en els intents autolítics i les conductes suïcides.
- Per tal de fer una detecció adequada en el temps és important conèixer els signes d'alarma dels quadres maníac i depressiu.
- Cal servir-nos de les visites espontànies per tal d'historiar l'adolescent, determinar els factors de risc i els senyals d'alarma i fer, si cal, la derivació al centre de salut mental. La col·laboració entre els equips de salut mental i de primària és imprescindible.
- Els criteris per tal de fer una entrevista adequada, així com l'organització de la consulta, etc., són els ja tractats en els capítols referents a aquesta qüestió.
- És important explorar si existeixen plans de suïcidi, i si és així cal fer una derivació urgent al CSMIJ o ingrés hospitalari en cas de que existeixin idees de mort persistents amb antecedents d'intents autolítics anteriors.

4.4.2. Trastorns de conducta o trastorn dissociat

Introducció. Què són els trastorns de conducta?

Sota aquest diagnòstic s'engloba tot un grup de problemes conductuals i emocionals, més freqüents en homes (de 4 a 12 vegades) i que es caracteritzen per presentar-se de forma persistent i repetida (més de 6 mesos):

- Serioses dificultats per mantenir conductes adequades a les expectatives de les figures d'autoritat (pares, mestres).
- Falta repetida de respecte als drets.
- Falta de cooperació, desafiament i comportament hostil cap a les figures d'autoritat.

Aquests trastorns, que poden començar abans dels 10 anys d'edat (la qual cosa comporta pitjor pronòstic), es solen presentar com:

- Agressió a persones o animals (amençar, barallar-se, ser cruel amb els animals).
- Destrucció de propietats (iniciar focs, destruir una cabina telefònica).
- Enganys, mentides o robatoris (agafar el cotxe d'un altre, robar en una botiga, mentir per aconseguir un benefici).
- Greu violació de les normes ("fugar-se", "fer campana", arribar tard a casa).
- Conductes d'oposició i desafiament (discussions, insults, desafiaments).

Per què es produeixen?

Són múltiples els factors que semblen influir en el desenvolupament dels trastorns de conducta sobre una base biològica predisponent:

- Disfuncions noradrenèrgiques i serotoninèrgiques.
- Temperament "difícil".

- Trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH).
- Altres trastorns psiquiàtrics.
- Retard mental i altres factors més mal definits (dany cerebral, genètica).

Hi incideixen diferents factors ambientals:

- Ambients de privació econòmica, emocional o social (aquestes situacions són més greus en les àrees urbanes que en les rurals).
- Famílies amb normes educatives caòtiques o negligents.
- Pares divorciats que mantenen una mala relació.
- Pares amb trastorn de personalitat antisocial, dependència alcohòlica o d'altres tòxics.
- Situacions d'abús o maltractament.
- Exposició a la violència (llar, carrer, cinema, televisió, videojocs).

Aquests factors ambientals dificulten l'aprenentatge d'un model adaptatiu que inclou:

- Tolerància a la frustració.
- Verbalització dels sentiments.
- Habilitats socials.
- Estratègies adequades de resolució de problemes.
- Consciència ètica.

Tractament. Què fer?

Prevenició primària

- Informació social sobre aquest trastorn.
- Educació per als pares: programes d'orientació educativa.
- Educació social contra la violència: els esforços s'han de dirigir a reduir dramàticament l'exposició del nen o l'adolescent a la violència en la llar, la comunitat i els mitjans de difusió: "la violència fomenta la violència".

Prevenió secundària

Detecció precoç

Actuació sobre els factors de risc:

- Presència prèvia d'un trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat.
- Antecedents familiars (dels pares) de personalitat antisocial (delictiva).
- Violència i maltractament familiar.
- Alcoholisme i consum de drogues en la família i/o en l'adolescent.
- Condicions socioeconòmiques deficitàries.
- Institucionalització perllongada.

És aconsellable entrevistar al menor, oferir-li ajuda, explicar-ho i donar consells als pares i reavaluar la situació durant els 6 mesos posteriors. Si l'evolució és positiva seria aconsellable revalorar el cas, amb menor freqüència, durant 6 mesos més.

També cal identificar possibles casos: la persistència repetida durant més de 6 mesos d'algun dels símptomes enumerats, en absència d'altre diagnòstic i no obstant la intervenció precoç, fa que sigui urgent la valoració especialitzada per l'equip de psiquiatria de referència del centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ).

Tractament especialitzat

Ambulatori:

- Per l'equip de psiquiatres, psicòlegs i treballadors socials de la zona (CSMIJ).
- En la Unitat de Referència de Psiquiatria Infantil i Juvenil (URPIJ):
 - Temporalment.
 - Després de ser derivat per part del CSMIJ.
 - Després dels ingressos hospitalaris.

Hospitalari:

- En la URPIJ.

Idees clau

- Es tracta d'un grup de problemes conductuals i emocionals, més freqüents en homes (4-12 vegades) i amb pitjor pronòstic si es presenten abans dels 10 anys d'edat.
- Aquests trastorns es solen presentar com agressió a persones o animals, destrucció de propietats, enganys, mentides o robatoris, violacions greus de les normes, conductes d'oposició, etcètera.
- Es produeixen sobre una base biològica, i hi incideixen diversos factors ambientals que dificulten l'aprenentatge d'un model adaptatiu.
- El tractament consisteix en la prevenió primària i secundària. Aquesta segona inclou la detecció precoç i el tractament especialitzat (ambulatori i hospitalari).

4.4.3. Trastorns de la conducta alimentària

Introducció. Què són els trastorns de conducta alimentària?

L'anorèxia nerviosa és un trastorn psiquiàtric, més freqüent en noies (9/1), que presenta aquests símptomes:

- Pèrdua important de pes (> 15% del pes ideal per l'edat i la talla) induïda i mantinguda pel propi malalt.
- Distorsió de la percepció de la pròpia imatge corporal.
- Por intensa a guanyar pes o estar obesa.
- Amenorrea en les postmenarquies.

La bulímia nerviosa és un trastorn psiquiàtric que es defineix per presentar els següents símptomes:

- Episodis d'ingesta compulsiva d'aliments en un curt període de temps (2/setmana, durant 3 mesos) amb posterior sensació de pèrdua de control de la ingesta.
- Prendre mesures compensatòries extremes (vomitar, laxar-se, fer exercici físic exagerat) per tal de parar l'augment de pes.
- Preocupació exagerada pel control de pes i la silueta corporal.

Cal tenir en compte que no cal esperar a tenir tots els signes i símptomes per establir un diagnòstic, amb la sospita del possible inici d'aquestes malalties ja cal iniciar el tractament psiquiàtric oportú.

En la majoria de casos l'inici d'una dieta restrictiva o la pèrdua de pes sense motiu aparent en un adolescent ens ha de fer sospitar l'inici d'aquestes malalties.

Per què es produeixen aquestes malalties?

Factors genètics i/o biològics

Els estudis de genètica familiar han mostrat la participació de factors hereditaris. L'heretabilitat de la vulnerabilitat estaria entre un 41 i un 72%. Els canvis biològics i psicològics típics de l'adolescència poden ésser coadjuvants. Els canvis causats per les alteracions nutricionals mantenen i agreugen aquests trastorns.

Factors ambientals

Un d'aquests factors és l'èxit del "model prim" promocionat per tots els mitjans de comunicació, així com el culte pel cos o la divinització de la joventut. La família pot afavorir la transmissió d'aquests models, especialment si té antecedents de trastorns de la conducta alimentària (TCA) i estils educatius que manifesten rebuig o sobreprotecció. El grup d'amics o amigues també pot provocar conductes de risc, estimular crítiques, comentaris i comparacions entorn la imatge corporal i la conducta alimentària.

Factors individuals

Els principals factors individuals són: sobrepès, baixa autoestima i inestabilitat emocional, problemes d'autonomia i vinculació afectiva, inseguretat, tendències obsessives i perfeccionistes, inflexibilitat, ésser dona i adolescent.

Factors que poden desencadenar malaltia

- Esdeveniments vitals estressants (exàmens, estudis a l'estranger, canvi de ciutat o amics).
- Pèrdua o separació familiar, "amic" amb o sense conflicte afectiu afegit.
- Contactes o experiències sexuals traumàtiques o viscudes com un fracàs.
- Inici d'una dieta restrictiva perquè la fan els amics o amigues o a casa.
- Estar en un grup de risc, com esportistes d'elit, ballarines, professionals que tenen relació amb la imatge (perruqueres, esteticistes, venedores de roba o moda jove).
- Estadades a l'estranger amb canvis alimentaris.

Cal fer un diagnòstic precoç adequat per tal d'iniciar el tractament quan abans millor.

Tractament. Què fer?

Què podem i què hem de fer els metges o professionals sanitaris que treballem en atenció primària?: prioritzar tant la prevenció primària com la secundària.

Prevenció primària

Cal informar al nostre entorn del que són aquestes malalties, principalment els pares dels nostres joves, mitjançant xerrades, col·loquis en la consulta, etcètera.

S'han de modificar les conductes precursors, com:

- Vigilància davant les variacions de l'alimentació, sense motiu o per l'inici de dietes restrictives sense control.
- Promoció de l'alimentació sana de la primera infància i insistir en totes les revisions per a la salut en relació amb aquesta qüestió.
- Promoció de les maneres correctes de menjar (sense televisió ni sorolls, al menjador, amb la taula ben parada, horari regular, almenys 1 menjar al dia amb tota la família, etcètera).
- Recolzar a la família i/o el pacient davant de problemes d'imatge, d'inseguretat, amb els amics, fugir de dogmatismes, ajudar a crítiques constructives, estimular l'educació del saber dir "no".
- Identificar els grups de risc (gimnastes, ballarines).
- Educació contra els estereotips culturals i el *body business*, parlar-ne a la consulta a la més mínima ocasió.

- Educació escolar, fins i tot recolzant el treball dels mestres si ens demanen la nostra presència a l'escola per explicar aquestes malalties.

Prevenció secundària

Detecció precoç

Davant d'un adolescent amb pèrdua de pes sense causa aparent, fer una entrevista dirigida a descartar trastorn de la conducta alimentària (TCA); si a l'examen físic apreciem una situació clínica biològica de risc, indicar ingrés urgent a l'hospital de referència.

Si no és així (la majoria de casos) i el/la pacient reconeix que perd pes perquè fa règim, podem provar a indicar una dieta adequada amb un règim de vida sana i seguir un control setmanal. Si en 2-3 visites el seu pes està estanc o segueix disminuint, cosa que ens confirma el diagnòstic, cal enviar-lo d'immediat a l'equip de psiquiatria de referència (CSMIJ).

Cal evitar la cronicitat, que ens portarà a una mala evolució en el temps.

Si ens nega que perd pes per fer dietes inadequades, cal fer un seguiment freqüent (setmanal) controlant el que menja, el tipus de vida que fa i el pes. Si millora i no presenta una alteració important de la seva imatge, farem un seguiment menys freqüent, però durant 1 o 2 anys.

Durant aquest temps aprofitarem per educar en una alimentació sana i aclarir falsos tabús.

Tractament

El tractament adequat el realitza l'equip de psiquiatres, psicòlegs i dietistes, als qui oferirem la nostra col·laboració per conèixer l'evolució del pacient i per si necessita tractament d'altres malalties.

Motius d'ingrés hospitalari

1. Estat biològic de risc: negació total a menjar i veure, IMC < 14, freqüència cardíaca < 45, alteracions d'ECG, potassi < 3,5 mEq/l, hemoptisi, hematemesi o rectorràgies.
2. Pèrdua de pes de més d'un 20% per l'edat i la talla.
3. Estancament o negació del tractament ambulatori.
4. Família conflictiva o aïllament social.
5. Risc de suïcidi o psicopatologia que impedeixi el tractament anterior.

Idees clau

- L'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa són trastorns psiquiàtrics que es defineixen per uns símptomes característics.
- En aquestes malalties hi intervenen factors genètics i/o biològics, factors ambientals, factors individuals i tota una sèrie de factors que poden ser desencadenants.
- Cal fer un diagnòstic precoç adequat per tal d'iniciar el tractament quan abans millor.
- En el tractament cal prioritzar tant la prevenció primària com la secundària.
- Hi ha tota una sèrie de motius d'ingrés hospitalari: estat biològic de risc, pèrdua de pes per sobre del 20% per l'edat i la talla, família conflictiva, risc de psicopatologia o suïcidi, aïllament social, estancament o negació del tractament ambulatori.

4.4.4. Altres trastorns psiquiàtrics

Introducció

Altres trastorns psiquiàtrics que es poden donar en l'adolescència són alguns dels que es descriuen a continuació.

En tots aquests trastorns cal tenir en compte que la clau del diagnòstic està en una bona entrevista clínica a l'adolescent, que s'ha d'establir en el context d'una bona relació metge-pacient.

Tipus de trastorns psiquiàtrics

Trastorns d'ansietat

Els trastorns d'ansietat poden ser de diferents tipus. Els més importants serien:

- Crisis d'angoixa (episodis de por i malestar intensos amb palpitations, sudoració, tremolor, sensació d'ofec i opressió toràcica).
- Agorafòbia (ansietat en llocs o situacions d'on pot ser difícil escapar o rebre ajuda, com cues, multituds, autobús o metro, estar sol fora de casa).
- Fòbia específica (por excessiva o irracional a un objecte o situació específics, com volar, animals, injeccions), fòbia social (por intensa i persistent a situacions socials, com reunions, parlar en públic), trastorn per estrès posttraumàtic (després d'un esdeveniment traumàtic en que s'ha experimentat por, desesperança, horror intens, etc., el subjecte segueix presentat records i somnis persistents, sensació de que torna a passar el mateix i, per tant, realitza esforços per evitar les activitats o els llocs que li recordin l'esdeveniment).
- Trastorn per ansietat generalitzada (preocupació excessiva per molts esdeveniments, activitats amb símptomes físics i deteriorament de les activitats habituals).

Hi ha 2 trastorns d'ansietat que es donen amb freqüència en l'adolescència: l'ansietat per separació i la fòbia escolar.

L'ansietat per separació es caracteritza per l'ansietat excessiva davant de la separació respecte a la llar o de les persones amb les que l'adolescent està vinculat (com els pares), i té preocupació excessiva per perdre'ls o que pateixin algun mal o accident.

Els nens i adolescents amb fòbia escolar presenten una elevada ansietat davant de l'idea d'anar a l'escola. Es queden a casa encara que els pares intenten per tots els mitjans que hi vagin; també pot donar-se sense que hi hagi ansietat per separació, però solen ser pacients que busquen situacions que els donin seguretat.

La prevalença dels trastorns d'ansietat en nens i adolescents varia molt entre els diferents estudis i pot anar del 5 al 50%.

Trastorn obsessiu-compulsiu

El trastorn obsessiu-compulsiu està classificat també com a trastorn d'ansietat, però per les seves especials característiques es considera apart.

Es caracteritza per la presència d'obsessions i compulsions. Les obsessions són idees, pensaments, imatges i impulsos (per exemple, una persona religiosa que té continuats pensaments blasfems) persistents que, en principi, s'experimenten com a invasius i sense sentit (encara que en els nens no sempre es viuen com a invasius). El subjecte intenta ignorar-los, suprimir-los o neutralitzar-los amb una altra idea o acció i reconeix que aquests pensaments són producte de la seva ment.

Les compulsions són comportaments o actes mentals repetitius (rentat de mans, ordenar objectes, comprovar, contar, repetir paraules en silenci) que el subjecte se sent obligat a realitzar en resposta a una obsessió o d'una forma concreta que ha de seguir exactament.

L'objectiu d'aquests comportaments és reduir el malestar o prevenir algun esdeveniment negatiu encara que no tinguin cap relació.

La prevalença entre nens i adolescents oscil·la, segons els estudis, entre el 0,2 i l'1,2% en la població clínica.

Trastorn esquizofrènic

Es trigarà aproximadament uns 2,4-4,6 anys de mitjana en detectar els trastorns esquizofrènics. Generalment, seran els serveis socials qui ho detectaran.

El trastorn esquizofrènic es caracteritza per idees delirants (ser perseguit, controlat, tenir alguna missió al món), al·lucinacions (especialment sentir veus que vénen de fora del seu cap), llenguatge i comportament desorganitzat i/o símptomes negatius, com aplanament afectiu o pobresa de pensament.

Tot això ha de durar un temps mínim de 6 mesos per poder diagnosticar una esquizofrènia; sinó, es considera trastorn esquizofreniforme i s'espera l'evolució posterior.

L'esquizofrènia pot ser de tipus paranoide, en que predominen les idees delirants, de tipus desorganitzat, amb llenguatge i comportament desorganitzats, o de tipus catatònic, en que predomina la immobilitat motora i el negativisme extrem amb moviments estereotipats.

La prevalença està en aproximadament l'1% de la població general d'adolescents i joves.

Un trastorn que convé tenir en compte en aquest apartat és el trastorn psicòtic induït per substàncies, en que es produeixen idees delirants i al·lucinacions, però hi ha proves (la història clínica, l'exploració física, els exàmens de laboratori) de que l'últim mes hi ha hagut intoxicació o abstinència de substàncies (alcohol, al·lucinògens, amfetamines, cocaïna, cannabis, inhalants) o consum d'un medicament que estigui etiològicament relacionat amb l'al·teració.

Trastorn d'identitat sexual

El trastorn d'identitat sexual es comenta en aquest apartat per l'elevada comorbilitat que té amb altres trastorns com els d'ansietat i afectius.

Es tractaria de la identificació acusada i persistent amb l'altre sexe, que es manifesta pel desig de ser de l'altre sexe, preferència per posar-se roba de l'altre sexe, pel paper de l'altre sexe o fantasies de pertànyer a l'altre sexe, desig intens de participar en els jocs i activitats de companys de l'altre sexe,

així com la convicció d'experimentar les reaccions i les sensacions típiques de l'altre sexe.

També s'observa malestar persistent pel propi sexe i sentiments d'inadequació amb el seu rol i creença d'haver nascut amb el sexe equivocat.

És important comprendre que aquest problema no es pot considerar una malaltia i que l'abordatge és ajudar l'adolescent amb les dificultats d'afrontament de la situació (per a ell mateix, per la família i pels amics) i amb els trastorns comòrbids que presenti.

Davant de la sospita de qualsevol dels trastorns psiquiàtrics comentats és fonamental remetre el pacient amb urgència a tractament psiquiàtric i psicològic en un centre especialitzat.

Per part del pediatre i/o del metge de capçalera és important donar suport al pacient i a la família perquè comprenguin i afrontin de la millor manera possible el problema i col·laborin en el tractament de forma adequada.

Síndrome d'estrès posttraumàtic

Consisteix en l'aparició de símptomes després d'un fet que angoixa o causa estrès més enllà de les experiències humanes habituals (per exemple, més enllà de les experiències comunes de dol per la pèrdua d'un ésser estimat, d'una malaltia crònica, de pèrdues materials o de conflictes de parella).

Les circumstàncies que causen aquest trastorn han de ser veritablement angoixants per a qualsevol persona i són viscudes amb sentiments de por, terror i desemparament.

Els símptomes inclouen el record repetitiu i indesitjat del fet traumàtic, l'eludiment d'estímuls associats amb el fet traumàtic o l'entumiment afectiu (anestèsia afectiva) i l'augment de l'excitabilitat del sistema nerviós central.

Exemple

Haver estat protagonista d'un fet violent: un accident de trànsit amb resultat de mort, una catàstrofe natural, un acte terrorista, un crim.

El tractament no és senzill i, molt sovint, no està a l'abast dels professionals d'atenció primària.

Pel seu tractament cal la intervenció d'un equip de salut multidisciplinari i una bona connexió amb l'escola o amb el lloc de treball.

El tractament es sol basar en tècniques de psicoteràpia i, en ocasions, l'ús de fàrmacs. Per tant,

caldrà fer una "derivació acompanyada" als serveis de salut mental.

El que més interessa ressaltar és que el professional d'atenció primària ha de conèixer l'existència dels traumes psicològics secundaris a una situació traumàtica. La senzilla capacitat per escoltar l'adolescent i la seva família ja és un important primer

pas en el procés terapèutic i suposa més possibilitats d'èxit en el procés de derivació cap als serveis socio-sanitaris adients.

Cal tenir present aquest quadre davant d'un adolescent que acudeix a consulta amb uns símptomes confosos, físics i psicossomàtics, sense que expliqui la història del seu trauma.

Idees clau

- Hi ha una sèrie de trastorns psiquiàtrics que es poden donar en l'adolescència: trastorns d'ansietat, trastorn obsessiu-compulsiu, trastorn esquizofrènic i trastorn d'identitat sexual.
- Hi ha 2 trastorns d'ansietat que són freqüents en l'adolescència: l'ansietat per separació i la fòbia escolar. La prevalença dels trastorns d'ansietat en nens i adolescents varia des del 5 fins al 50%.
- El trastorn obsess-compulsiu és un trastorn d'ansietat que té característiques especials. Es caracteritza per la presència d'obsessions i compulsions, per tal de reduir el malestar o prevenir algun esdeveniment negatiu. La seva prevalença, és del 0,2 a l'1,2% de la població clínica.
- El trastorn esquizofrènic es caracteritza per idees delirants, al·lucinacions, llenguatge i pensament desorganitzat i/o símptomes negatius durant un mínim de 6 mesos. La prevalença d'aquest trastorn és aproximadament de l'1% de la població general de joves i adolescents.
- El trastorn d'identitat sexual consisteix en el desig de ser de l'altre sexe i la convicció d'experimentar les reaccions i sensacions típiques de l'altre sexe.

4.5. Problemes de l'aparell genital

4.5.1. Problemes de l'aparell genital en la noia

Vulvovaginitis

En les adolescents la consulta per leucorrea és molt freqüent. La leucorrea fisiològica (flux blanc, groc o transparent) sense mala olor ni signes d'irritació (no hi ha envermelliment de la vulva ni picors) no s'ha de confondre amb les infeccions o vulvovaginitis.

Trastorns himeneals

És relativament freqüent que les adolescents tinguin dificultats en col·locar-se tampons, i algunes, dolor o impossibilitat total per a les relacions coitals.

Quan aquestes dificultats no són un problema d'aprenentatge hi ha indicació per a la consulta ginecològica, per tal de descartar trastorns himeneals, del tipus himen bipartit, que es poden solucionar fàcilment. Cal descartar també un quadre d'abús sexual. (Vegeu l'apartat 3.7.)

Patologia mamària

Els trastorns mamaris que més s'observen en l'adolescència són les alteracions de la simetria mamària i del volum (hipotròfia, hipertròfia), les mastitis i els nòduls benignes (fibroadenomes mamaris).

Els tumors mamaris malignes són molt rars en l'adolescència.

L'asimetria és molt freqüent en grau lleu. Quan és molt evident s'ha de descartar una tumoració.

La mastitis es tracta amb antiinflamatoris i antibiòtics.

Els fibroadenomes requereixen ecografia mamària pel diagnòstic, amb punció i estudi citològic. El tractament és quirúrgic en rares ocasions (si creixen molt, molesten o preocupen a la pacient o a la família).

Pel diagnòstic de la patologia mamària s'ha d'utilitzar l'ecografia mamària.

La mamografia és molt poc útil en les mames adolescents, molt fibroses.

El creixement mamari sol ser definitiu als 18 anys; per tant, la cirurgia estètica ha de ser molt meditada i selectiva, i generalment ajornada fins aquesta edat.

Amenorrea primària

Es refereix a la manca de menstruació després dels 16 anys, o bé més de 2 anys des de l'inici del desenvolupament mamari. Pot ser per causa:

- Uterovaginal (imperforació himeneal, agenèsia uterovaginal, pseudohermafroditisme).
- Gonadal (síndrome de l'ovari poliquistic, disgenèsia gonadal).
- Hipotàlamo-hipofisària (psicògena, per trastorns alimentaris, per excés d'esport).
- Altres malalties greus (hiperplàsia suprarenal congènita, malalties generals greus).

Amenorrea secundària

Manca de menstruació després de la instauració de les regles. La freqüència d'irregularitats menstruals sense patologia és molt elevada en adolescents.

En primer lloc, cal descartar un embaràs. En general s'esperen 6 mesos abans de valorar una amenorrea secundària, a no ser que s'acompanyi d'altra simptomatologia (trastorn ponderal important, hirsutisme, galactorrea).

L'etiologia de l'amenorrea secundària pot ser:

- Cranial (psicògena, postanovulatoris, hiperprolactinèmia).
- Per sobreentrenament esportiu.
- Gonadal (síndrome de l'ovari poliquístic, disgenèsia gonadal, menopausa precoç).

Una de les causes més freqüents d'amenorrea psicògena són els trastorns alimentaris. És freqüent trobar noies amb trastorns alimentaris no tan greus com l'anorèxia nerviosa però amb un pes baix, per sota del recomanable per la seva talla, que estan sotmeses a un relatiu estrès o que realitzen esport d'una manera relativament intensiva.

El tractament de les amenorrees dependrà de la causa. Algunes d'elles requeriran tractament hormonal, d'altres tractament quirúrgic, i les de causa psicògena psicoteràpia, amb o sense tractament hormonal.

Metrorràgies

Es refereix a hemorràgies genitals excessives. Es poden produir en forma de regles abundants i allargades de més de 7 dies amb cicle normal o per cicles de menys de 21 dies amb regles normals o allargades. També es poden observar metrorràgies sense cap tipus de ciclicitat. El risc més important és el de l'anèmia que poden causar aquestes pèrdues.

Hi ha casos extrems de formes agudes amb hemorràgia important. El motiu més freqüent per aquests trastorns seria la relativa immaduresa de l'aparell genital femení, que causaria una disovulació i absència de secreció de progesterona; i com a segona causa, els trastorns de coagulació. Causes menys freqüents són la ingesta de determinats medicaments (estrògens, corticoides, àcid acetilsalicílic), complicacions de l'embaràs (avortament, embaràs ectòpic) i de la contracepció, infeccions genitals, tumors, traumatismes i malalties generals.

En un primer episodi de metrorràgia i amb un hematòcrit estable, ens podem limitar a teràpia amb ferro i observació. Si hi ha múltiples episodis o anèmies importants s'ha de realitzar tractament hormonal.

Cicles llargs

Són cicles mensuals de més de 35 dies. En la majoria dels casos l'etiologia és funcional, agreujats per estats d'estrès, variacions de pes o pràctica intensiva d'un esport. Menys freqüents són aquells secundaris a hiperprolactinèmia, hiperandrogenisme, insuficiència ovàrica incompleta o causes endocranials.

El metge haurà de remetre la pacient a l'especialista quan els cicles llargs es prolonguin més de 2-3 anys després de la menarquia, quan existeixin signes d'hiperandrogenisme (acne, seborrea important, hirsutisme), o quan existeixin alteracions importants del pes corporal, a fi de procedir al seu estudi diagnòstic i tractament si és precís.

Dismenorrea

És el dolor associat a la menstruació. Es classifica en tres graus:

- Lleu: quan el dolor no interfereix en la participació de la dona en la seva activitat diària.
- Moderada: quan interfereix en algunes activitats.
- Greu: quan impedeix la realització de les activitats diàries.

La freqüència de dismenorrea és del 80% en l'adolescència. Solament és greu en un 9% dels casos. Altres problemes mensuals poden ser dolor abdominal, dolor d'esquena, mal de cap, mal de cames i nàusees.

A l'adolescència la dismenorrea sol ser primària (quan no hi ha una malaltia orgànica pèlvica que la causi) o rarament secundària a malaltia pèlvica (endometriosis, malaltia inflamatòria pèlvica [MIP], pòlip, mioma, quist ovàric, malformació genital).

Un 45% de les noies necessiten medicació durant la menstruació, pel que és recomanable per part dels metges indicar un analgèsic suau d'entrada per combatre aquests dolors i que la noia pugui fer la vida de la forma més normal possible. L'àcid acetilsalicílic és un bon tractament per la dismenorrea, però només està indicat en noies amb regles poc abundants (en ocasions pot augmentar el sagnat menstrual). També es poden utilitzar, amb molt bona resposta, els antiinflamatoris no esteroïdals. En casos sense resposta es pot indicar tractament hormonal (taula 1).

Taula 1. Tractament de la dismenorrea

Àcid acetilsalicílic	Ibuprofè/Naproxè	Tractament hormonal
Dismenorrea amb regles poc abundants	Dismenorrea	Casos sense resposta

Indicacions per fer una consulta amb el ginecòleg

- Trastorns de la pubertat femenina; principalment, retards i avançaments.
- Trastorns menstruals. Dismenorrea greu, amenorrea primària i secundària, irregularitats menstruals més de 2-3 anys després de la menarquia, menstruacions excessivament abundants.

- Trastorns mamaris. Nòduls, asimetries, excessos o defectes en la grandària de les mames.
- Signes d'hiperandrogenisme o excés d'hormones masculines. Acne important, hirsutisme.
- Patologia vulvar. Trastorns himeneals, infeccions, dolor vulvar.
- Abús sexual. (Vegeu l'apartat 3.7.)
- Malalties de transmissió sexual. (Vegeu l'apartat 5.2.1.)

Quadre resum patologies

Vulvovaginitis	Etiologia: <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Candida albicans</i> , <i>Trichomona vaginalis</i> (> 90%) Diagnòstic: leucorrea blanc grisosa, olor de peix (<i>Gardnerella</i>). Tractament: metronidazol, clindamicina Diagnòstic: prurit intens, leucorrea blanca grumosa (<i>Candida albicans</i>). Tractament: antimicòtics (fluconazol, ketoconazol, miconazol) Diagnòstic: leucorrea verda i grogosa i espumosa. Envermelliment i hemorràgies puntiformes. Tractament: metronidazol, tinidazol, clotrimazol
Trastorns himeneals	Relativament freqüents Si no es tracta d'un problema d'aprenentatge (col·locació del tampó, relacions sexuals), indicació de consulta ginecològica
Patologia mamària	Alteracions de la simetria i del volum Mastitis Nòduls benignes (fibroadenomes mamaris) Tumors mamaris (molt rars) Diagnòstic del fibroadenoma: ecografia mamària + punció + estudi citològic Tractament quirúrgic rar
Amenorrea primària	Manca de menstruació > 16 anys o > 2 anys des de l'inici del desenvolupament mamari
Amenorrea secundària	Causes: uterovaginal, gonadal, hipotàlamo-hipofisària, altres Manca de menstruació després de la instauració de les regles Descartar embaràs. En general esperar 6 mesos abans de valorar una amenorrea secundària, a no ser que existeixin altres símptomes Etiologia: cranial, sobreentrenament esportiu, gonadal, psicògena Tractament: dependrà de les causes (hormonal, tractament quirúrgic, psicoteràpia)
Metrorràgies	Hemorràgies genitals excessives Risc més important: anèmia Tractament: primer episodi + hematòcrit estable = observació Episodis múltiples o anèmia important = tractament hormonal

Quadre resum patologies (continuació)

Cicles llargs	<p>Cicles de > 35 dies Majoria de casos etiologia funcional Menys freqüent etiologia secundària Remetre a l'especialista si segueixen després de 2-3 anys postmenarquia o si existeixen signes d'hiperandrogenisme o alteracions importants del pes</p>
Dismenorrea	<p>Dolor associat a la menstruació Classificació: lleu, moderada i greu La freqüència és del 80% en l'adolescència Etiologia: sol ser primària i rarament secundària (MIP, DIU, pòlip, mioma, endometriosis, quist ovàric, malformació genital) Tractament: analgèsic suau d'entrada (AAS en regles poc abundants o AINES). Si no hi ha resposta: tractament hormonal</p>
Infeccions urinàries	<p>Presència de gèrmens en orina. Més freqüent en noies Els símptomes i el tractament són diferents segons si són de vies altes o baixes.</p>
Indicacions de la consulta amb el ginecòleg	<p>Trastorns de la pubertat femenina Trastorns menstruals (dismenorrea severa, amenorrea primària i secundària, irregularitats menstruals, menstruacions excessives) Trastorns mamaris Signes d'hiperandrogenisme o excés d'hormones masculines Patologia vulvar Abús sexual</p>

4.5.2. Problemes de l'aparell genital en el noi

Introducció

L'exploració dels genitals masculins és una part important de l'avaluació de l'adolescent. (Vegeu l'apartat 2.1.1.)

Problemes més freqüents

Els problemes més freqüents de l'aparell genital en el noi són els següents (taula 1):

Criptorquídia

Si no es palpa un testicle a la bossa escrotal, amb maniobres correctes d'exploració, s'ha de derivar l'adolescent a cirurgia pel perill de degeneració maligna.

És important advertir de la possibilitat de degeneració maligna malgrat la col·locació en l'escrot, per la qual cosa s'ha d'ensenyar l'autoexploració testicular.

Tumoració testicular

Els tumors testiculars són els tumors sòlids més freqüents en nois de 15 a 35 anys. En els prepúbbers (rars) els més freqüents són els teratomes i en els postpúbbers els seminomes.

Si una massa no dolorosa està íntimament unida al testicle, és probable que es tracti d'un tumor. Per contra, si la massa no està íntimament unida al testicle, és menys probable que es tracti d'un tumor.

La transil·luminació és negativa i l'ecografia mostra una massa sòlida.

Varicocele

Es una dilatació de les venes del plexe pampiniform. Apareix com a conseqüència d'un increment de pressió per incompetència de les vàlvules de les venes espermàtiques internes. La dreta desemboca en la vena cava en un angle agut, per la qual cosa hi ha poca pressió de reflux, però l'esquerra comunica amb la vena renal en angle recte, provocant un augment de pressió.

Taula 1.

Criptorquídia	Tumoració testicular	Varicocele	Hidrocele	Espermatocele
Perill de degeneració maligna. Derivar a cirurgia. Exploració: autoexploració testicular	Teratomes (prepúbbers). Seminomes (postpúbbers). Exploració: Massa no dolorosa unida al testicle. Transil·luminació negativa i ecografia massa sòlida	Dilatació de les venes del plexe pampiniform. Exploració: Palpació de la massa escrotal, "bossa de cucs" en el cordó espermàtic. Si fix: suggestiu de tumoració retroperitoneal. Tractament: només si són bilaterals, dolorosos, grans, associat a aturada de creixement del testicle ipsilateral	Conseqüència d'un defecte en el tancament del <i>processus vaginalis</i> . Exploració: Palpació massa no dolorosa prop de l'epidídim. Transil·luminació i ecografia: massa quística. Tractament: es recomana intervenció	Masses quístiques del conducte deferent o de l'epidídim, no doloroses, que contenen esperma. Transil·luminació positiva i ecografia situa la lesió quística. Tractament: es recomana intervenció si són grans i causen molèsties

Afecta a nois de 10 a 20 anys, amb una prevalença d'entre el 5 i el 15%.

Es palpa una massa escrotal, habitualment no dolorosa, de preferència en el costat esquerre (85%), amb consistència de "bossa de cucs" en el cordó espermàtic i que disminueix en decúbit. Pot generar molèsties durant l'exercici.

En l'adult s'ha associat a disminució de la fertilitat.

El varicocele s'ha d'explorar en bipedestació i comprovar si apareix o augmenta amb la tos i/o maniobres de Valsalva.

El varicocele fix és suggestiu de tumoració retroperitoneal, per això cal buscar-ne sempre l'etiologia (ecografia, TC) i remetre a cirurgia.

El tractament no és necessari excepte si:

- Són bilaterals, dolorosos i grans.
- S'associa a aturada de creixement del testicle ipsilateral.

En aquests casos es recomana intervenció, malgrat hi hagi un 15% de recurrències.

Si només afecta al testicle dret pot tractar-se de patologia retroperitoneal (signe d'alarma).

Hidrocele

És la conseqüència d'un defecte en el tancament del *processus vaginalis*.

Es palpa una massa no dolorosa, localitzada prop de l'epidídim. Tant la transil·luminació com l'ecografia mostren una massa quística.

Hem de pensar que es pot associar a una hèrnia, un tumor testicular o una infecció.

Es recomana intervenció.

Espermatocele. Quist epididimal

Són masses quístiques del conducte deferent o de l'epidídim, no doloroses, que contenen esperma. Es localitzen a la part superior i posterior del testicle.

La transil·luminació és positiva i l'ecografia situa la lesió quística.

Es recomana intervenció si són grans i causen molèsties.

Torsió testicular

Es caracteritza pel dolor brusc del testicle. La prevalença màxima es dona entre els 12 i els 18 anys. El testicle afectat està més alt (per la torsió del cordó espermàtic) que el contralateral, inflammat i en posició horitzontal i no vertical com és habitual. El dolor no disminueix quan elevem el testicle. Sol haver-hi antecedents de dolor previ. L'ecografia Doppler mostra una disminució del flux sanguini. La transil·luminació és negativa. La intervenció ha de ser urgent, abans de les 6 hores de l'inici.

A més a més de la torsió del cordó espermàtic es poden torsionar els apèndixs testiculars (hidàtides). El dolor es localitza en un pol del testicle, on apareix un punt blau. Generalment, sol ser autolimitat i de resolució espontània. Es recomana repòs i analgèsics.

Epididimitis

És rara si no hi ha activitat sexual. Es caracteritza per inflamació i dolor subagut a l'epidídim amb secreció uretral, disúria i febre. A diferència de la torsió, el testicle sol estar en posició més baixa i el dolor disminueix quan elevem el testicle.

L'ecografia Doppler mostra un augment del flux sanguini.

Recordem que l'orquitis pot produir una clínica similar sense disúria o secreció uretral. El tractament antibiòtic depèn de l'etiologia.

Recomanacions per l'autoexploració genital masculina

- Explorar un cop al mes els testicles durant o després de la dutxa d'aigua calenta.
- Explorar cada testicle amb ambdues mans.
- Recordar que l'epidídim no s'ha de confondre amb una anomalia.
- Rodar suaument cada testicle mentre es busquen petites irregularitats, canvis de mida o dolor.
- Si es troba alguna anomalia, consultar amb el metge.

Idees clau

- L'exploració dels genitals masculins és bàsica per tal de fer una correcta avaluació de l'adolescent.
- Algunes de les parts que cal explorar o revisar són: escrot, testicles, epidídim, meat penià, prepuci, gland, cos del penis.
- El fals micropenis és una consulta freqüent en adolescents obesos.
- Algunes de les malalties amb les que ens podem trobar són: criptorquídia, tumoració testicular, varicocele, hidrocele, espermatocèle.

4.6. L'acne

Introducció

L'acne consisteix en una queratinització anòmala del folicle pilosebaci, que s'associa a una hipersecreció sebàcia.

És la malaltia dermatològica més freqüent, i afecta al 80% de la població adolescent.

Encara que pot aparèixer a qualsevol edat, ho fa predominantment durant l'adolescència i és un motiu de consulta molt comú en aquestes edats.

L'aparició de l'acne en un adolescent coincideix en el temps amb tota una sèrie de canvis físics i psíquics.

Aquests canvis físics i les lesions cutànies típiques de l'acne preocupen molt un adolescent, ja amb prou problemes d'autoestima i de relació amb els altres iguals (sobretot del sexe contrari), i és per això que aquesta malaltia sovint poc important té tanta repercussió emocional.

De vegades, sovint en el cas dels nois, són les mares les que porten els fills o filles preocupades per les lesions i això també ho hem de conèixer per tal d'enfocar d'una manera o una altra la visita i el tractament.

Causes i tipus d'acne

Principals factors etiològics

- Augment de la secreció sebàcia: es pot relacionar amb l'acció dels andrògens.
- Obstrucció folicular: provoca la formació dels barbs, oberts i tancats.
- Factors microbiològics: existeix una proliferació en el greix de *Propionibacterium acnes* que degrada els triglicèrids en àcids greixosos lliures que són els responsables de la reacció inflamatòria.
- Altres factors: com són hormones, alguns medicaments com la fenitoïna, cosmètics de base greixosa.

Principals tipus d'acne

Aquest quadre és d'utilitat de cara al tractament:

- Acne no inflamatori: poden tractar-se de comedons tancats o oberts (punts blancs o negres, respectivament).
- Acne inflamatori lleu (grau I): absència de nòduls, quists o abscessos. Presència de menys de 10 pàpules o pústules.
- Acne inflamatori moderat (grau II): entre 10 i 20 pàpules, pústules, nòduls, quists o abscessos.
- Acne inflamatori greu (grau III o conglobata): més de 20 pàpules, pústules, nòduls, quists o abscessos.

Adaptada de l'American Academy of Dermatology.

Tractament: idees bàsiques

Educació sanitària i mesures generals

És molt important conèixer el que el jove pensa sobre el seu acne, la importància que per ell o ella té i com l'afecten aquestes lesions. A partir d'això l'informaren d'alguns punts importants:

- Es tracta d'un procés benigne de bon pronòstic i que dura uns anys.
- És molt important una higiene adequada, evitant les noies els productes cosmètics de base greixosa, i no s'han de manipular les lesions per evitar cicatrius i complicacions.
- No hi ha cap menjar que s'hagi demostrat que desencadeni o empitjori l'acne.
- La milloria és lenta i s'ha de ser molt constant amb el tractament.

Tractament farmacològic tòpic

D'elecció en l'acne no inflamatori i inflamatori lleu. Alguns dels tractaments a fer servir són: àcid retinoic, isotretinoïna, peròxid de benzoïlo, eritromicina o clindamicina.

Tractament sistèmic

– Els antibiòtics sistèmics d'elecció són les tetraciclines. S'han de fer servir en acnes inflamatoris mo-

derats i hem de conèixer les dosis i efectes secundaris per tal d'informar-ne als joves.

- Antiandrògens. El principal és la ciproterona i es fa servir amb associació de l'etinilestradiol en forma d'anticonceptiu oral.
- Isotretinoïna oral. És d'elecció en l'acne greu nodular quístic o conglobata. És sempre un tractament únic i presenta importants efectes secundaris que s'han de conèixer. La indicació i prescripció la fa sempre un dermatòleg, donat que és un medicament d'especial control mèdic.

Idees clau

- L'acne és la malaltia dermatològica més freqüent i afecta a un 80% de la població adolescent.
- És una malaltia que encara que no sol ser greu sí que pot tenir repercussions emocionals.
- Hi ha diverses causes i tipus d'acne.
- El tractament inclou diferents mesures d'educació sanitària, com la higiene adequada o no manipular les lesions, i un tractament farmacològic tòpic o sistèmic.

Capítol 5

Conductes de risc

5.1. Consum de drogues

Introducció

La prevenció i l'assistència de les problemàtiques associades al fenomen del consum de drogues entre els joves i d'altres conductes de risc (mantenir relacions sexuals poc segures, conduir després de consumir alcohol, conductes agressives), constitueixen uns àmbits d'intervenció prioritaris pels diversos sectors que tenen un paper en l'impuls i la consolidació de les polítiques de promoció de la salut (serveis sanitaris, ensenyament, serveis socials, lleure, entorn laboral).

Per efectuar aquestes tasques, però, és imprescindible tenir a l'abast uns conceptes i unes dades serioses que ens permetin mantenir un plantejament i abordatge professionalitzat.

Els comportaments anomenats de risc són aquelles conductes que posen en perill la salut física i psicològica d'un individu i dels que l'envolten. No solen existir de manera aïllada, i quan un adolescent efectua una conducta arriscada és molt probable que se'n duguin a terme d'altres, també de risc.

Així, es coneix que aquells que fumen tabac, es troben en situació de risc de consumir altres substàncies, i aquells que consumeixen diferents substàncies mostren una probabilitat més alta de tenir problemes relacionats amb una mobilitat poc segura, amb pràctiques sexuals de risc i amb conductes predelinqüencials.

Es considera que els adolescents en risc estan sotmesos a factors personals, familiars, escolars i biològics que contribueixen a desenvolupar aquest ventall de conductes.

L'ús i l'abús de drogues entre els joves com a fenomen sociocultural

Es constata que el consum de drogues ha estat present en les diferents societats durant tota la història. Cada societat ha establert els seus mecanismes de control i solució de les problemàtiques associades al seu abús.

Així, es pot considerar que el consum actual de drogues en la nostra societat és un fenomen amb unes característiques biopsicosocials influenciades per l'actual context econòmic, social i cultural.

A diferència de dècades precedents, en què la família i després l'escola eren l'epicentre de la socialització i la identitat, ara el temps lliure i d'oci es converteixen en els llocs privilegiats per a dur a terme aquestes experiències. En diferents estudis (Revilla, 1998) es pot observar que el temps lliure es correspon preferentment amb els moments en que els joves estan fora de casa, al marge de l'educació formal.

Sortir el cap de setmana, captar espais que poden fer seus sense el control dels adults, potser també davant la inexistència d'un altre espai propi, es converteix en l'activitat preferida per a la immensa majoria dels nostres joves, i malgrat valoren més estar amb els amics que la diversió per sí mateixa, gairebé tots acaben anant als espais d'oci juvenil (disco-teques, bars, pubs, etc.) (Calafat et al, 2000; Pallarès i Feixa, 2000; Revilla 1998). Aquests espais es converteixen en l'eix fort de la socialització per a joves i adolescents.

En aquest context, el consum de drogues constituirà una activitat més per tal d'ampliar relacions, identificar-te amb el grup, sentir-te acceptat, relaxar-te, desinhibir-te.

La nit es viu com un espai propi, per conèixer altres llocs, músiques, balls*.

Així, assumint que vivim en una societat en la que hi ha una disponibilitat de consumir substàncies generadores de problemàtiques sanitàries i socials, hem de potenciar que els individus puguin viure en aquesta realitat, decidint de manera responsable i lliure no consumir-les, o en cas de fer-ho, mantenir els paràmetres del seu ús (tipus, dosi, freqüència) en uns límits que eliminin o minimitzin el dany causat a un mateix i als altres.

*Obra colectiva de la FAD, Información general para la prevención de drogodependencias. Fundación de ayuda contra la drogadicción. Madrid, 1997.

Adolescència i vulnerabilitat

L'adolescència és un període de temps en el que els individus som més vulnerables a efectuar un seguit de conductes de risc relacionades amb el consum de tabac, alcohol i altres drogues. Els primers contactes amb les drogues legals es duen a terme en edats primerenques, i alguns adolescents, al llarg dels anys següents, també s'inicien en el consum de substàncies il·legals (Luengo et al, 1999; Kandel, 1980).

L'explicació a aquesta vulnerabilitat ens ve donada a través dels estudis que al llarg d'aquests anys s'han efectuat sobre la psicologia del desenvolupament, i que es tracten en el capítol anterior.

A més dels canvis de capacitat d'abstracció, hi ha 3 trets importants per entendre l'especial vulnerabilitat a les conductes de risc:

- Sensació d'invulnerabilitat al perill.
- Priorització de la gratificació immediata i del viure el present (en detriment del futur).
- Curiositat per experimentar noves vivències estimulants i arriscades.

Patrons de consum

Consumir drogues no implica ser necessàriament addicte o drogodependent. Des de que un individu es posa per primera vegada en contacte amb les diferents substàncies fins que desenvolupa un problema d'addició hi ha una sèrie de canvis en relació amb les motivacions per a consumir i en la interiorització d'aquests consums en els hàbits de vida, que ens poden donar informacions sobre l'abordatge tècnic de cada cas que se'ns plantegi.

Per tal d'entendre i comprendre les relacions que cada individu manté amb les drogues s'han definit diferents patrons de consum:

Consums experimentals

Consums que corresponen a les situacions de contacte inicial amb una o varies substàncies, que no té per què ser repetit.

Les motivacions en aquest estadi d'experimentació solen ser: curiositat, pressió del grup d'iguals, atracció per allò prohibit i pel risc i cerca de sensacions.

Indicadors

Sovint l'individu desconeix els efectes de la substància i el seu consum es realitza en el marc d'un grup que convida a provar-la.

Consums ocasionals

Correspon a l'ús intermitent de les substàncies sense cap periodicitat fixa i amb llargues temporades d'abstinència.

Les motivacions principals solen ser: facilitar la comunicació, buscar el plaer o relaxació, etc. i transgredir les normes.

Indicadors

Sovint l'individu continua consumint la substància en grup. Tot i que podria estar efectuant les mateixes activitats sense consumir, ja coneix quins són els seus efectes i per aquest motiu les consumeix.

Consums habituals

Suposa una utilització freqüent de la droga.

Segons la substància consumida, la freqüència de consum, les característiques de la persona, l'entorn, etc., aquest consum pot portar al consum d'altres substàncies.

Les motivacions principals solen ser:

- Intensificar sensacions de plaer.
- Per pertànyer a un grup i ser reconegut per aquest.
- Per mitigar la soledat, l'avorriments, l'ansietat, etc.
- Reafirmar la seva independència o el rebuig envers la societat.
- Per reduir la gana, el fred o el cansament.

Indicadors

Sovint la persona amplia les situacions en les que utilitza les drogues.

Aquestes s'utilitzen tant en el consum individual com en grup. Els seus efectes són perfectament coneguts i buscats. Com que encara no ha perdut el control sobre la seva conducta, manifesta poder abandonar l'hàbit en cas de proposar-s'ho.

Consums compulsius o drogodependències

La persona necessita la substància i tota la seva vida gira al voltant d'aquesta tot i les complicacions que li comporta aquest consum.

Indicadors

- S'utilitza la substància en quantitats majors o per períodes de temps més llargs del que la persona pretenia en un principi.
- Pren consciència de les dificultats de controlar l'ús de la droga.
- Gran part del temps s'utilitza en activitats relacionades amb l'obtenció de la substància i el seu consum.
- Intoxicació freqüent o símptomes d'abstinència quan la persona està desenvolupant les seves tasques obligatòries.
- Reducció considerable o abandó d'activitats socials, laborals o recreatives.
- Ús de la substància tot i la consciència dels problemes que aquests consum està causant.
- Freqüentment tolerància.
- Es recorre al consum per evitar simptomatologia d'abstinència.

Es caracteritza per una adaptació psicològica, fisiològica i bioquímica, com a conseqüència de l'exposició reiterada a la droga, essent necessitada per evitar els fenòmens relacionats amb la seva retirada*.

Prevenció

L'objectiu de la prevenció és promoure les estratègies que fomenten el desenvolupament dels factors de protecció que fan resistents a l'aparició de problemes relacionats amb el consum de drogues.

Capacitat crítica, habilitats socials i de comunicació, resistència a la pressió de grup, etcètera.

Factors de risc i de protecció

Tot i que les característiques del període adolescent faciliten l'aparició de conductes de risc, per a molts individus aquestes conductes es limitaran a un període transitori d'experimentació. Tot i així, en altres joves, aquests primers contactes podran anar seguits d'una progressió a comportaments més greus.

Per determinar quines variables poden estar influenciant aquesta progressió, en aquests últims anys s'ha treballat en la detecció dels anomenats factors de risc i de protecció (Hawkins, Catalano i

Factors de risc

"Atribut i/o característica individual, condició situacional i/o context ambiental que incrementa la probabilitat de l'ús i/o de l'abús de drogues (inici) o una transició en el grau d'implicació amb elles (manteniment)."

Clayton, 1992.

Factors de protecció

"Atribut i/o característica individual, condició situacional i/o context ambiental que inhibeix, atenua o redueix la probabilitat de l'ús i/o de l'abús de drogues (inici) o una transició en el grau d'implicació amb elles (manteniment)."

Clayton, 1992.

Miller, 1992; Petterson et al, 1992; Pollard et al, 1997; Kumpfer et al, 1998; Moncada, 1997; Muñoz Rivas et al, 2000).

La intervenció

L'abordatge proposat per treballar els consums de drogues amb adolescents s'emmarca en les teories dels factors de risc i de protecció, el model explicatiu del canvi de J. Prochaska i C. DiClemente (1982) i les estratègies motivacionals de W. Miller i S. Rollnick (1991)*.

Segons la teoria dels estadis de canvi, deixar de consumir drogues requereix un procés circular i continu pel que la persona pot arribar a passar en diverses ocasions i en el que es poden observar unes etapes o estadis de canvi molt definides. Cada etapa es caracteritza per un grup de cognicions que determinen les diferents actituds i conductes que a la vegada motiven el pas a les etapes següents (gràfic 1).

El paper del terapeuta consistirà en promoure i ajudar a que l'adolescent passi de l'estadi de contemplació al de manteniment fins aconseguir que es pugui consolidar una remissió estable de la conducta problema: abstinència o reducció del consum en funció de l'objectiu terapèutic fixat.

*Aurelio Díaz, Joan Pallarès, Mila Barruti. Associació Institut Genus. Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2002. Barcelona, gener de 2003. Disponible a: www.imsb.bcn.es/padb/sidb_home.asp.

*Els continguts exposats en aquest apartat són una adaptació del llibre *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*, de W.R. Miller i S. Rollnick. Ed. Paidós, 1999.

Principals factors de risc i de protecció en funció de diferents àmbits: individual, familiar, escolar i social

Factors individuals de risc

- Baixa edat d'inici al consum
- Creences i actituds favorables al consum de drogues
- Relacions negatives amb els adults
- Tenir amics que s'impliquen en conductes problema i rebutgen les activitats que promouen la seva integració social (feina, estudis)
- Susceptibilitat a la pressió dels iguals
- Baix control emocional (impulsivitat)
- Valorar només el temps present
- Propensió a buscar noves sensacions
- Valors (plaer, temps lliure, sexe)
- Vulnerabilitat genètica (antecedents familiars)

Factors familiars de risc

- Actituds parentals proconsum i implicació en la conducta problema
- Història familiar de conductes de risc
- Problemes de maneig de la família
- Conflicte familiar

Factors escolars de risc

- Trastorns de conducta (disocial) precoços i persistents
- Fracàs escolar
- Vincles febles amb l'escola: absentisme

Factors socials i comunitaris de risc

- Missatges proconsum de drogues des dels medis de comunicació
- Lleis i normes socials favorables al consum
- Vincles emocionals febles envers el barri
- Desorganització comunitària
- Situacions de transició i mobilitat
- Deprivació econòmica i social extrema
- Disponibilitat de drogues

Factors individuals de protecció

- Creences i actituds negatives envers els consums de drogues
- Habilitats per resistir la pressió de grup, especialment a les pressions negatives
- No fàcilment influenciable pels altres, amb un bon sentit crític
- Vinculació emocional positiva amb els pares i amb entitats socialitzadores (escola, associacions de lleure)
- Grups d'amics implicats en activitats organitzades per institucions socialitzadores
- Habilitats socials
- Estratègies d'afrontament i resolució de problemes
- Sentiment d'autoeficàcia
- Interiorització de normes socials
- Informació

Factors familiars de protecció

- Actituds i posicionaments clares i coherents quant al consum de drogues
- Creences saludables i clars estàndards de conducta
- Vincles afectius familiars positius
- Dinàmica familiar positiva
- Bones pràctiques educatives

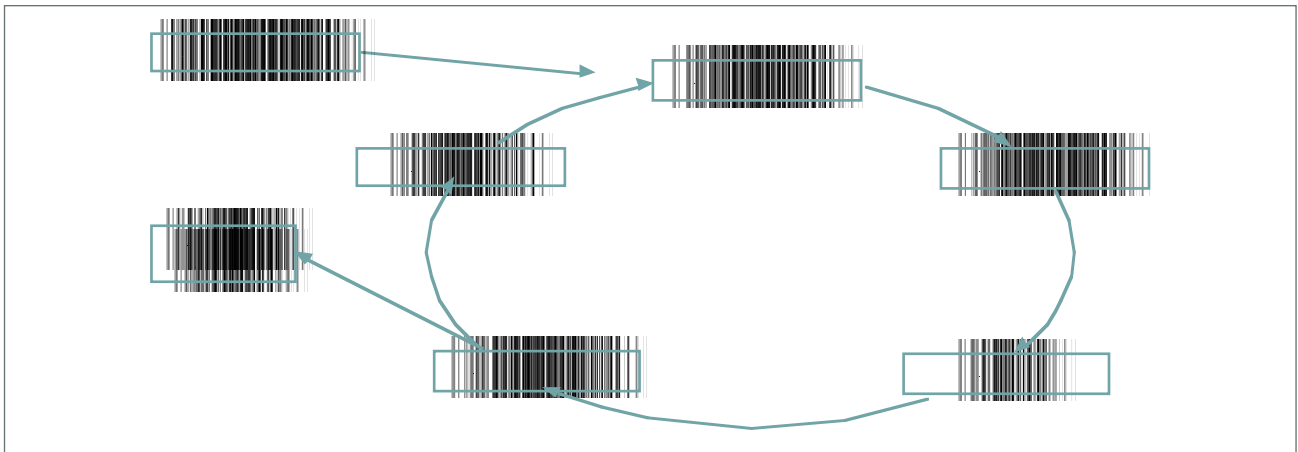
Factors escolars de protecció

- Oportunitats per a la implicació prosocial
- Reforç i reconeixement a aquesta implicació
- Relacions positives i recolzament del professorat i professionals del centre
- Clima escolar positiu

Factors socials i comunitaris de protecció

- Missatges de resistència a l'ús de drogues des dels medis de comunicació
- Disminució de l'accessibilitat a la substància
- Augment de l'edat legal permesa per a la compra i el consum
- Lleis estrictes per a la conducció sota els efectes del consum
- Oportunitats per a la implicació com a membre actiu de la comunitat
- Xarxes socials i de recolzament en la comunitat

Font: adaptació de CSAP, 2001; Catalano et al, 1992; Luengo et al, 1999.



Gràfic 1. Fases del canvi.

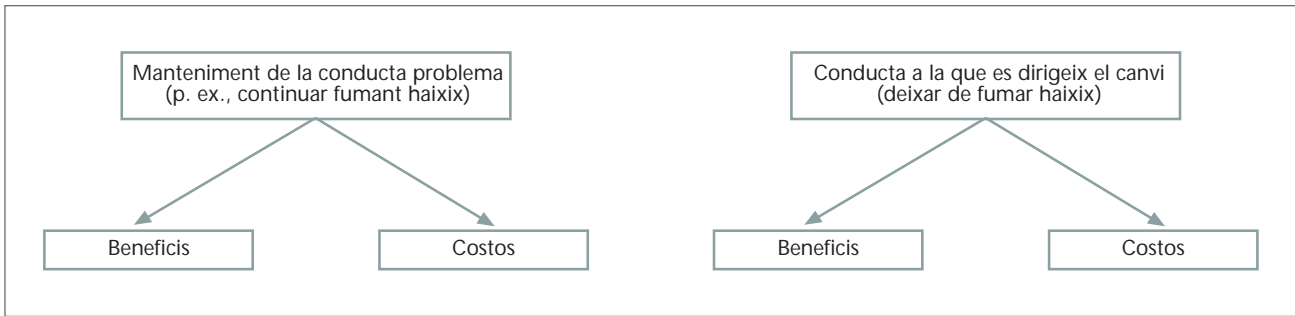
Taula 1.		
Estadis de canvi	Característiques	Estratègies
Preconsideració	Se sap que hi ha un problema però no s'és conscient del que implica. Poden venir al tractament sota coacció	Augmentar el dubte incrementant la percepció dels riscos i problemes de la seva conducta actual. Donar informació objectiva i personalitzada sobre la situació
Consideració	Es té consciència de problema. Període d'ambivalència: oscil·lació entre les raons per canviar i les raons per no canviar. Es preocupa i troba raons per despreocupar-se	Ajudar a que la balança es decanti a favor del canvi, evocant les raons per a canviar i els riscos de no fer-ho. Augmentar l'autoeficàcia (un mateix és capaç de fer allò necessari per canviar). Utilitzar els principis de l'entrevista motivacional
Determinació	Quan la balança es decanta a favor de canviar i es manifesta una motivació i voluntat per fer alguna cosa	Aconsellar el recurs terapèutic més adient, accessible i efectiu. Ajudar a determinar la millor adaptació de les accions terapèutiques a la realitat del pacient
Acció	El pacient comença a implicar-se en el tractament i comença a fer accions que l'acosten al canvi	Seguir, aconsellar, guiar les accions terapèutiques recomanades. Ajudar a fer els passos envers el canvi
Manteniment	Mantenir les noves accions i activitats que han estat pactades per tal d'aconseguir la consolidació dels nous hàbits de salut (en el sentit més ampli del terme)	Ajudar a mantenir els canvis aconseguits i evitar recaigudes. Ajudar a identificar les situacions que posen en risc el procés del canvi i a utilitzar estratègies per al seu manteniment
Recaiguda	Quan es retorna a les activitats que van motivar l'inici del tractament	Ajudar a evitar la desmoralització del pacient, continuar el canvi plantejat, reactivar la seva implicació en les etapes de la "roda del canvi" (contemplació, determinació i acció)

El model determina una sèrie de recursos a treballar en funció de l'etapa en la que es troba el pacient, i per això és clau poder determinar en quin moment es situa el pacient dins de l'anomenada "roda de canvi".

És important treballar la prevenció de les recaigudes, i en el cas que es produeixin, no considerar-les

com a un fracàs en el tractament, sinó com a un estadi més del procés de recuperació.

Els problemes derivats de l'absència de motivació o de la resistència durant la relació terapèutica s'expliquen per la utilització d'estratègies inadequades a l'etapa del procés de canvi en el que es troba el pacient (taula 1).



Gràfic 2. Fulla de balanç decisional.

En aquest marc terapèutic l'ambivalència es considera com el nucli del problema, i es podria definir com el joc de forces d'atracció o de rebuig a comportar-se o fer una determinada cosa, causat pels beneficis i costos de les seves conseqüències.

De la metàfora de la balança (Janis i Mann, 1977) per a explicar l'ambivalència, se'n deriva "la fulla de balanç decisional", un exercici recomanat per aprofundir en l'autoconeixement dels factors motivacionals contraposats i ajudar a iniciar, reiniciar i/o consolidar el procés de canvi (gràfic 2).

Les estratègies motivacionals marcaran l'estil de la relació terapèutica, fomentant la co-responsabilitat en el procés de recuperació, i ajudant a resoldre l'ambivalència (vull canviar però no vull) i les resistències al canvi.

No és el propòsit d'aquest apartat aprofundir en les estratègies específiques derivades de l'abordatge motivacional de les drogodependències, però sí fer esment, a tall orientatiu, dels principis clínics generals de l'entrevista motivacional. Aquests poden donar pistes de com enfocar de manera efectiva els processos terapèutics amb els joves.

Expressió d'empatia

Actitud d'acceptació, comprensió i respecte de la perspectiva del pacient.

La manera com es respon davant del que el pacient ens manifesta és fonamental pel progrés de la relació terapèutica i el canvi esperat. L'escolta reflexiva és una de les habilitats més importants proposades, i consisteix en escoltar, realitzar una deducció raonable sobre quin pot haver estat el missatge original i convertir la deducció en una frase. S'oposa a respostes com interpretar, alertar, amenaçar, ordenar, persuadir amb la lògica, analitzar, criticar, consolar i simpatitzar.

Creació de discrepàncies

Potenciar la concienciació dels costos de la situació actual, perquè la conducta problema entri en conflicte amb objectius i metes personals importants. Ha de ser el propi pacient el que doni les raons que té per canviar.

Evitar la discussió

Les discussions són contraproductives: provoquen defensivitat i augmenten la resistència al canvi.

Aprofitar les resistències

Negar l'existència de problemes, minimitzar danys o manifestar una manca de desig per canviar, mostrar desconfiança envers la capacitat del terapeuta o ignorar-lo es consideren comportaments normals, sobretot en l'inici del procés terapèutic. Esdevenen un problema si persisteixen o augmenten com a un patró estable de conducta durant el tractament.

Si considerem aquestes conductes com les maneres amb les que el pacient s'explica la seva addicció i es defensa dels altres en el seu dia a dia, quan apareixen en el context terapèutic constitueixen oportunitats per al canvi. La resistència al canvi i l'ambivalència, doncs, es consideren processos per al treball terapèutic.

Fomentar l'autoeficàcia

Augmentar la percepció de que el canvi és possible amb els propis recursos i habilitats.

Esquema d'intervenció en adolescents derivats com a consumidors de substàncies

Abans d'iniciar la consulta cal una clarificació de la política de confidencialitat que se seguirà durant les consultes, tant amb els pares com amb els adolescents, i de l'establiment d'un acord entre ambdues parts

1. Exploració.

- Exploració dels factors de risc (individuals, familiars, escolars, comunitaris) presents en la vida de l'adolescent
- Valoració del patró de consum:
 - Tòxics
 - Quantitat
 - Freqüència
 - Temps d'evolució
- Exploració de les interferències del consum en la vida de l'individu
- Valoració de criteris de risc i dependència:
 - Consum de risc/abús:**
 - Ús continuat d'una substància tot i les conseqüències negatives que comporta per a l'individu
 - Qualsevol consum en gestants, menors de 18 anys i persones amb malaltia o tractament que desaconsellen el consum
 - Concentració dels consums en breus espais de temps
 - Consum de qualsevol substància en el cas que s'hagin de realitzar tasques que requereixin precisió psicomotriu (conducció)
 - Síndrome de dependència:**
 - Desig intens o compulsió
 - Disminució de la capacitat per controlar el consum
 - Síndrome d'abstinència
 - Tolerància
 - Abandonament d'altres fonts de plaer
 - Persistència en el consum malgrat els efectes perjudicials
 - Tres o més símptomes durant els darrers 12 mesos
- Valorar la possible existència de problemàtiques no associades directament amb els consums de drogues
- Valorar la possibilitat de psicopatologia comòrbida
- Valoració de l'existència de tractaments previs relacionats
- Valoració de l'estadi de canvi actual del pacient. Facilitarà la determinació de les estratègies a seguir per ajudar a progressar en "la roda del canvi"

2. Intervenció

- Potenciació de l'assumpció de la responsabilitat personal del procés de canvi. Ajudarà a disminuir resistències al procés terapèutic
- *Feedback* de les conclusions de l'exploració. Informarà sobre la seva situació actual, les seves conseqüències i riscos
- Desenvolupament de discrepàncies. Treballar l'ambivalència incrementant la consciència de les conseqüències negatives de la conducta, sobretot de les conseqüències en les relacions interpersonals i socials
- Mostrar un ventall d'opcions de canvi, eliminant obstacles perquè es pugui iniciar i mantenir un procés terapèutic, tant d'accessibilitat com els relacionats amb els costos o riscos derivats del canvi
- Negociar objectius de canvi identificant clarament el problema o l'àrea problemàtica, explicant per què el canvi és important i consensuant un programa d'acció específic
- Seguiment. Valoració del grau de compliment de les accions consensuades i establiment d'estratègies de prevenció de recaigudes

5.1.1. El tabac

Introducció

El tabaquisme és un greu problema de salut pública i constitueix un repte pels professionals que treballen en l'àmbit pediàtric (pediatres i infermeres pediàtriques) i pels metges de família, ja que l'inici del consum es produeix generalment durant l'adolescència i la preadolescència.

L'any 2002, el 32,1% de la població de més de 18 anys es declara fumador. En la franja de 15 a 24 anys, la prevalença de tabaquisme és del 40% (37,4% en els nois i 42,5% en les noies).

L'any 2001 es va enquestar una mostra d'adolescents escolaritzats a Catalunya; sobre 6.952 adolescents de 14 a 19 anys (edat mitjana de 16,1 ± 1,4 anys en les noies i de 16,0 ± 1,4 en els nois), el 82% de les noies i el 71% dels nois havien fumat tabac alguna vegada i el 32,2% de les noies i el 21,1% dels nois eren consumidors diaris. L'edat mitjana d'inici al consum del tabac va ser al voltant dels 13,5 anys entre els joves d'ambdós sexes.

Efectes del tabac sobre l'adolescent

Efectes immediats

Tos persistent, major duració dels processos respiratoris, obstrucció de les vies respiratòries, retard de creixement de la funció pulmonar. Les noies semblen més sensibles que els nois als efectes sobre el creixement de la funció pulmonar.

Efectes sobre el sistema cardiovascular

Taquicàrdia, augment de la pressió arterial, disminució de la tolerància a l'exercici, vasoconstricció coronària, augment de triglicèrids, VLDL, LDL i disminució de l'HDL.

Altres efectes immediats

Depressió immunitària, halitosi, major absentisme escolar, disminució del rendiment en la pràctica d'esports (tenir en compte els asmàtics).

Efectes a llarg termini

Com més precoç és el consum regular de tabac, major és el risc de patir càncer de pulmó i malalties cardiovasculars i respiratòries. El risc de malalties relacionades amb el tabaquisme augmenta quan el consum regular s'inicia a l'adolescència o preadolescència.

Motius pels quals fumen els adolescents

L'inici i el manteniment de l'hàbit són complexos. El desenvolupament de l'addicció és un procés que requereix uns quants anys per progressar des de l'inici fins a l'adquisició d'un hàbit de consum establert. Amb "l'experimentació", fins i tot si és un experimentador poc freqüent, els joves es col·loquen en risc de convertir-se en addictes.

Un cop el tabaquisme ha començat, la cessació és difícil i l'hàbit es transforma en una addicció permanent.

Estudis americans recents mostren com l'addicció nicotínica es pot establir amb consums baixos (100 cigarretes) en alguns individus, de manera que molts joves poden patir precoçment manifestacions de la síndrome d'abstinència o deprivació nicotínica quan volen deixar de fumar.

La probabilitat de patir símptomes de deprivació nicotínica augmenta en relació amb la freqüència i la intensitat del consum, i es pot donar de forma similar en els adolescents més joves i en els més grans. Un alt percentatge dels adolescents que utilitzen el tabac diàriament experimenten almenys

un símptoma de deprivació nicotínica (per exemple, dificultats de concentració, irritabilitat, desigs incontrolables de fumar) quan intenten deixar-ho.

Estadis en el desenvolupament del tabaquisme i factors determinants en la seva evolució

En cada estadi de l'establiment de l'hàbit existeixen factors que influeixen en la seva consolidació i que han de ser coneguts per poder actuar i contrarestar aquestes influències.

Existeixen factors predictius de que l'adolescent susceptible a l'hàbit passi a ser un experimentador i seguidament a ser un consumidor. La percepció del comportament tabàquic en els pares (és especialment rellevant la influència de la mare fumadora), germans grans i mestres, constitueixen els principals factors psicosocials que influeixen en l'inici, que es sol produir entre els 11 i els 15 anys d'edat.

En la fase de contemplació i iniciació la influència dels amics i companys és crucial i afavoreix l'inici. Els adolescents tendeixen a sobreestimar la prevalença del tabaquisme entre els seus propers i entre els adults, cosa a la que també contribueixen les imatges publicitàries. Aquestes influències externes s'associen a factors interns i personals, principalment la creença que els efectes del tabac li proporcionen valors positius tant socials com psicològics. El consum regular comporta la presència d'una nova sèrie de factors influents, com són l'addició i l'habitució, que s'associen a creences personals sobre els beneficis que comporta el tabaquisme, la seva autoestima i la seva capacitat d'autoeficàcia per resistir les pressions socials. En aquests moments, factors socials, com el preu de les cigarretes i l'accessibilitat, l'existència de normes socials que restringeixen el consum a les escoles i altres llocs públics, completen el cercle. En el manteniment del consum, l'addició és el principal factor, que pot establir-se en alguns joves de forma molt precoç, i després d'un curt període d'experimentació.

La publicitat

La publicitat i altres promocions són un dels principals factors motivadors per adoptar i mantenir l'ús del tabac. Sovint, l'efecte del *marketing* de la indústria del tabac contraresta i anul·la les altres in-

Estadis del tabaquisme en l'adolescent

Estadis en l'establiment de l'hàbit

Precontemplació: el nen o jove no pensa en fumar

Contemplació: comença a considerar el provar una cigarreta

Iniciació: prova el consum de cigarretes

Experimentació: es produeixen intents repetits de consumir cigarretes

Consumidor regular: es passa a consumir tabac regularment, al principi només en determinades circumstàncies (caps de setmana, discoteques) per passar posteriorment, en general, al consum diari

Manteniment: s'adapta a un determinat consum que manté de forma regular per no tenir símptomes de deprivació nicotínica

Estadis en l'abandonament del consum

Precontemplació: el fumador no es planteja deixar de fumar en els propers 6 mesos.

El seu comportament és "consonant" amb el seu hàbit

Contemplació: el fumador es planteja que hauria de deixar de fumar i intentar-ho en els propers 6 mesos. El seu comportament es fa "dissonant" amb el seu hàbit

Preparació: considera deixar de fumar en el proper mes i comença a canviar el seu hàbit

Acció: deixa de fumar, però encara no porta 6 mesos d'abstinència

Manteniment: es manté abstinent durant més de 6 mesos

fluències positives dels educadors enfront el tabaquisme. Cal estimular els joves a mirar-se la publicitat amb altres ulls, la clau està en saber que la publicitat pretén que compris alguna cosa i mostra la imatge del jove actual perquè tu la identifiquis amb aquell producte.

Com investigar l'hàbit tabàquic en els adolescents

– En tota història clínica, conjuntament amb les dades identificatives del pacient hi ha de figurar informació sobre l'exposició tabàquica a la llar.

– Sense la presència dels pares investigarem l'estadi tabàquic del nen gran i del jove. A partir d'aquest interrogatori "basal" ho repetirem en properes visites per comprovar si existeixen canvis i poder actuar. La pregunta inicial és per conèixer si ha fumat alguna vegada una cigarreta; en els no fumadors tractarem de conèixer la susceptibilitat i sentiments cap al tabaquisme, i en els experimentadors, la regularitat i intensitat del consum (gràfic 1). (Vegeu apartat "Definicions del consum de tabac segons l'OMS (1998)".)

Intervencions pràctiques dels professionals sanitaris que treballen en l'àmbit pediàtric i dels metges de família

La intervenció dels professionals sanitaris s'ha de realitzar durant la infantesa del pacient, amb mis-

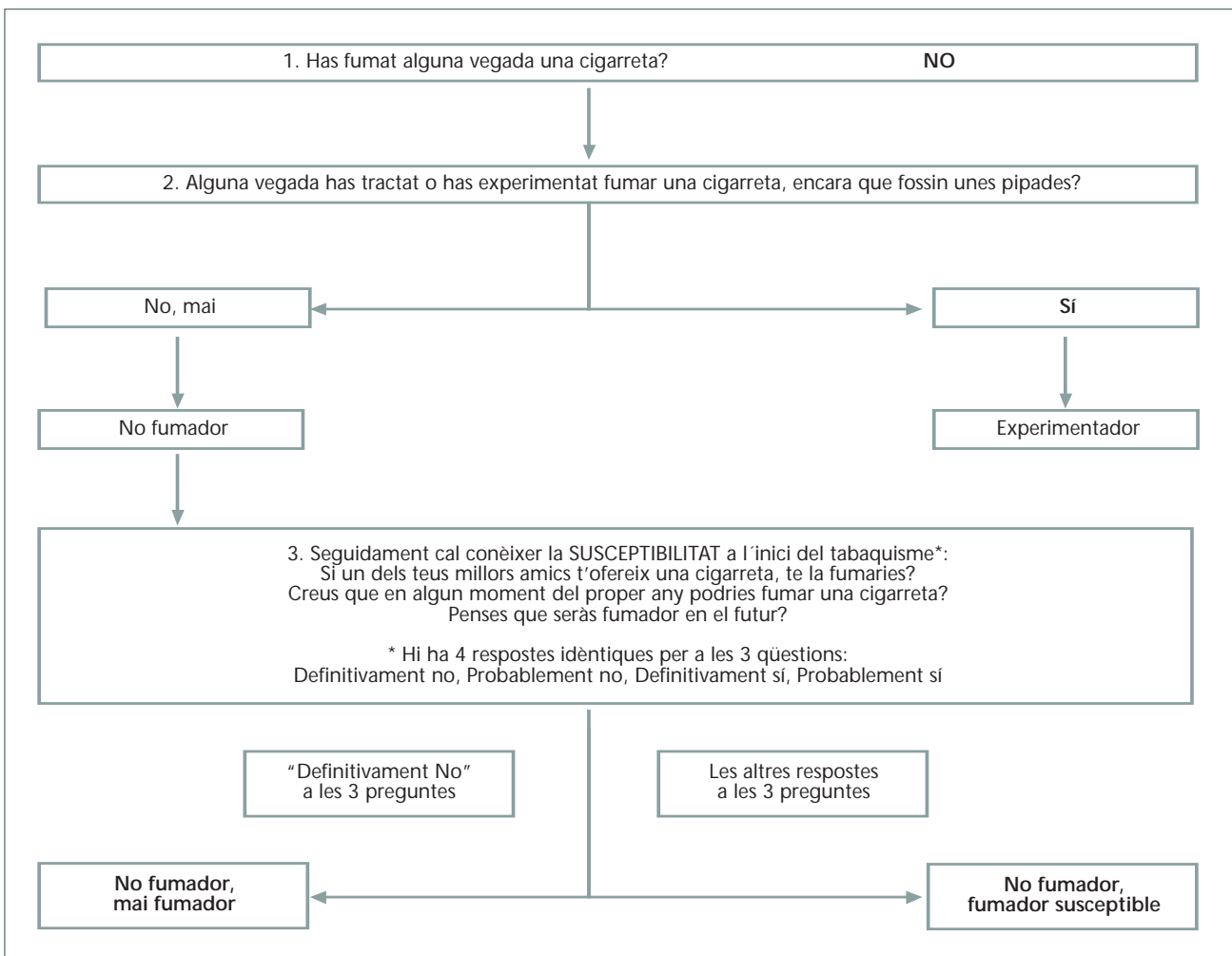
satges educatius dirigits als educadors (pares) i apropiats a cada edat del nen.

Cal aprofitar totes les ocasions per aconsellar i informar sobre el tabaquisme.

El paper modelic del professional sanitari és fonamental: no només s'ha d'evitar fumar davant dels pacients, sinó que en la consulta és important que hi hagi evidents manifestacions en contra del tabaquisme: senyals "d'ambient lliure de fum", pòsters i fulletons sobre els riscos del tabaquisme, tant actiu com passiu, i dels beneficis de la cessació tabàquica.

El consell mèdic breu, concret i enèrgic sobre els riscos del tabaquisme tant actiu com passiu, els beneficis de la cessació i de la interrupció de la exposició en la llar poden motivar els pacients a modificar la seva actitud cap el tabac, constituint el que anomenen "intervenció mínima".

En les entrevistes i xerrades amb els joves és oportú parlar dels següents temes: els efectes im-



Gràfic 1. Qüestions bàsiques per als no fumadors.

Intervenció mínima enfront del tabaquisme en la pràctica diària dels professionals que treballen en l'àmbit pediàtric i de l'atenció primària

Anticipar-se	Realitzar educació sanitària als pares i nens, en aquests amb missatges educatius adients a la seva edat. Felicitar els qui no fumen
Preguntar	Preguntar sobre l'exposició passiva al fum del tabac en la llar i sobre l'hàbit tabàquic dels pares, nens i joves. Recollir aquesta informació en un lloc visible de la historia clínica
Aconsellar	Utilitzar missatges educatius clars, rellevants i personals per aconsellar a pares i adolescents fumadors perquè abandonin el consum
Avaluar	Avaluar si el fumador està disposat a deixar-ho. Comprovi en quina fase de cessació es troba el fumador i utilitzi missatges apropiats a cada fase per fer avançar el pacient cap a una fase posterior
Recolzar	Proporcionar material d'autoajuda al pacient disposat a intentar l'abandonament o derivar-lo a una unitat especialitzada si reuneix els criteris apropiats
Acordar seguiment	Comunicar al pacient que en posteriors cites es seguirà de prop la seva evolució per tal d'augmentar la motivació cap a l'abandonament o per donar-li suport enfront d'una possible recidiva

mediats del tabaquisme i com afecta la seva salut, el tabaquisme passiu i les seves conseqüències, el seu rol negatiu com a fumador, l'addicció a la nicotina i quins són els components del fum del tabac i el seu ús comú; motivar-los a seguir conductes de vida sana, practicant esports i amb una dieta equilibrada, especialment en les noies, que sovint creuen que el tabac les ajuda a controlar el pes; augmentar la seva autoestima i la percepció que tenen de la seva autoeficàcia per dir "no" davant les pressions socials que els inciten a fumar.

Molts adolescents estan motivats per l'abandonament, però no són capaços de sol·licitar ajuda. El consell mèdic del professional sanitari és ben acceptat pels joves, especialment en absència dels seus pares i assegurant la confidencialitat. Als fumadors de 10 o més cigarretes al dia se'ls informarà de que existeixen tractaments mèdics que els ajudaran a disminuir els símptomes d'abstinència de la nicotina, i per tant, facilitaran l'abandonament. El tractament substitutiu amb nicotina en forma de pegats, xiclets, comprimits o inhalador nasal és ben tolerat i té poques contraindicacions. L'ibuprofion és una altra alternativa tot i que hi ha poca experiència en els adolescents. En els joves amb alta dependència nicotíni-

ca o problemes afegits pot suggerir-se derivar el pacient a una unitat de tractament especialitzat, l'existència de la qual ha de conèixer el professional sanitari.

Finalment, donar suport a les intervencions sanitàries dels programes de prevenció i control del tabaquisme, col·laborar amb xerrades i conferències en les escoles i compartir informació i preocupacions amb altres professionals del seu àmbit, són tasques que poden realitzar els equips pediàtrics i els metges de família implicats en la tasca de disminuir el consum de tabac.

Definicions del consum de tabac segons l'OMS (1998)

En general, podem dividir els individus en fumadors i no fumadors.

Fumador

És aquell jove que en el moment de l'interrogatori fuma qualsevol tipus de producte del tabac, ja sigui de forma ocasional o diària. Els fumadors es poden dividir en 2 categories:

Fumador diari

És la persona que fuma qualsevol tipus de producte tabàquic almenys un cop al dia.

Fumador ocasional

És algú que fuma, però no cada dia. Aquí incloem les següents classes de fumadors:

- Reductors. Persones que abans fumaven cada dia però que ara no fumen cada dia.
- Ocasionals permanents. Són aquells que mai han fumat diàriament però que han fumat 100 o més cigarretes (o el seu equivalent en tabac) i ara fumen ocasionalment.
- Experimentadors. Nens o joves que han fumat menys de 100 cigarretes (o el seu equivalent en quantitat de tabac) i ara fumen ocasionalment.

No fumador

És aquell que no fuma quan es fa l'entrevista. Els no fumadors es poden dividir en 3 categories:

No fumadors, mai fumadors

Aquells que no han fumat mai o que han fumat menys de 100 cigarretes a la seva vida.

Exfumadors ocasionals

Són aquells que abans fumaven de forma ocasional, però que mai han sigut fumadors diaris o han fumat més de 100 cigarretes a la seva vida.

Exfumadors

Persones que abans fumaven diàriament però que ara no fumen.

Qüestions bàsiques per investigar l'hàbit tabàquic

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 1. Algun cop has fumat una cigarreta? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 2. Algun cop has provat o has experimentat fumar cigarretes, encara que hagin estat unes pipades? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 3. Has fumat almenys 100 cigarretes a la teva vida? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 4. Algun cop has fumat diàriament? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 5. Pensa en els últims 30 dies. Quants dies vas fumar? | Diàriament <input type="checkbox"/> | Ocasionalment <input type="checkbox"/> | No, cap dia <input type="checkbox"/> |
| 6. En els dies en que vas fumar, quantes cigarretes sols fumar cada dia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Si actualment no fumes, què faries si un dels teus millors amics t'oferia una cigarreta, te la fumaries? | Definitivament no <input type="checkbox"/> | Probablement no <input type="checkbox"/> | Definitivament sí <input type="checkbox"/> |
| | Probablement sí <input type="checkbox"/> | No ho sé <input type="checkbox"/> | |
| 8. Si actualment no fumes, creus que en algun moment del proper any podries fumar una cigarreta? | Definitivament no <input type="checkbox"/> | Probablement no <input type="checkbox"/> | Definitivament sí <input type="checkbox"/> |
| | Probablement sí <input type="checkbox"/> | No ho sé <input type="checkbox"/> | |
| 9. Si actualment no fumes, penses que pots ser fumador en el futur? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 10. Si actualment fumes, has pensat algun cop en deixar-ho? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

Idees clau

- Per prevenir el tabaquisme juvenil les intervencions preventives han de començar en els últims anys de la infantesa i intensificar-se en la preadolescència i adolescència.
- Als pares no fumadors cal felicitar-los i estimular que restin sense fumar per protegir la salut dels seus fills. Als pares fumadors cal aconseguir que no exposin als seus fills al fum del tabac a la llar i realitzar intervenció mínima.
- En els adolescents, preguntar a cada visita sobre l'hàbit tabàquic: percepcions, creences, factors de risc i consum, i recollir-ho en un lloc ben visible de la historia clínica del pacient. Assegurar-los la confidencialitat.
- Felicitar als no fumadors. Fer-los veure que fumar no és la norma: que hi ha altres joves que també han escollit dir "no" al tabac i que és més fàcil no començar que deixar-ho.
- Informar-los dels efectes perjudicials que té el tabaquisme, tant l'actiu com el passiu, i relacionar-los amb la seva salut. La nicotina és una droga i la cigarreta el mitjà de consum: fer-los veure que el tabaquisme és una addicció i una malaltia crònica amb possible afectació de tots els òrgans, però fonamentalment de l'aparell respiratori i cardiovascular. Estimular conductes de vida saludable i ambients "lliures de fum". En els fumadors, aconsellar l'abandonament i oferir-los ajuda.
- Sempre que ho necessitin poden comptar amb el nostre ajut: estem disposats a recolzar-los.

5.1.2. L'alcohol

Introducció. Abordatge de l'alcohol en adolescents

El cribratge del consum d'alcohol és especialment important en aquells col·lectius més vulnerables i susceptibles de realitzar grans consums, com ara els joves. El consum d'alcohol s'inicia cap als 14 anys i sovint en l'àmbit familiar, però no és infreqüent trobar persones adultes, amb dependència a l'alcohol, que refereixen haver iniciat el consum d'alcohol entre els 9-12 anys.

Això, juntament amb la immaduresa orgànica, fa especialment important abordar aquest tema tant amb els propis adolescents com amb les famílies que tenen adolescents.

L'OMS recomana l'abstinència absoluta als menors de 16 anys i considera un consum de risc qual-sevol ingesta realitzada pel col·lectiu al qual ens estem referint.

Cribratge

Per fer la detecció es pot utilitzar qualsevol dels qüestionaris dissenyats amb aquesta finalitat en el marc del programa "Beveu menys", desenvolupat pel Departament de Sanitat de la Generalitat en col·laboració amb l'OMS: l'AUDIT o l'ISCA.

Ambdós qüestionaris són senzills i ràpids d'administrar i s'han mostrat eficaços en la detecció de consumidors de risc d'alcohol (persones que, sense presentar criteris de dependència ni trastorns relacionats amb l'alcohol, beuen quantitats superiors a les recomanades i multipliquen així riscos de patir més endavant danys associats a aquest consum).

Aquests qüestionaris els podeu demanar al Departament de Sanitat o imprimir-los des de la web: www.gencat.net/sanitat

Una altra possibilitat és fer un registre simple dels consums tal i com es fa habitualment i anotar-ne els resultats.

Es pot aprofitar la primera visita i l'obertura de la història clínica per enregistrar dades relatives al

consum de tòxics. D'aquesta manera, l'adolescent rebrà les preguntes d'una manera natural i dins del contexte de recollida d'informació general i àmplia. També podeu interrogar pels consums més endavant, dient que esteu interessats en anar afegint informació.

És fonamental no esperar a fer el cribratge quan ja s'observen trastorns o danys: la detecció precoç és imprescindible per poder fer una bona intervenció i evitar conseqüències posteriors. També per aquest motiu cal sensibilitzar els pares que tenen fills en aquestes edats sobre la inconveniència d'oferir alcohol als seus fills en celebracions o àpats.

En la fase de recollida de la informació és fonamental una bona escolta que faciliti la creació d'un clima adequat de confiança i l'establiment d'una relació d'ajut; hauríem d'evitar: els judicis previs, escriure mentre el pacient parla, no establir contacte ocular, mostrar-nos distrets o distants i, en general, totes aquelles conductes que poden fer sentir a l'adolescent que no ens interessem realment per ell o que no l'escoltem.

Si en qualsevol moment de l'interrogatori o de l'administració dels qüestionaris observeu resistències, proveu a preguntar-li si es sent incòmode amb les vostres preguntes. De vegades això ajuda a alliberar la tensió i aclarir d'on prové la incomoditat. Si tot i així el pacient es mostra resistent, proveu a deixar-ho per una altra ocasió.

Intervenció

Un cop efectuat el cribratge podem trobar-nos dues situacions:

- Resultat negatiu: l'adolescent no beu gens d'alcohol. En aquest cas caldrà reforçar aquesta conducta manifestament i donar una mínima informació, el més objectiva possible, del perquè es desaconsella el consum als menors de 16 anys. Caldrà repetir el cribratge als 2 anys o en qualsevol ocasió que tinguem, donada la baixa assistència d'aquest col·lectiu de pacients a la nostra consulta.

- Resultat positiu: l'adolescent refereix consums d'alcohol. En aquest cas caldrà esbrinar el patró de consum, la presència de danys associats al consum i si existeixen o no criteris de dependència.

Si heu utilitzat el qüestionari AUDIT ja tindreu molta d'aquesta informació, sinó, és el moment d'utilitzar-lo. Durant tot el procés és fonamental anar observant la consciència de problemàtica que mostra el pacient i com valora el seu consum.

En el cas que el pacient presenti un consum de risc (qualsevol consum d'alcohol i/o danys associats), però no dependència, caldrà posar en marxa el consell breu, és a dir, indicar que hem observat un consum de risc, explicant en què ens basem i resumint la informació que ell mateix ens ha donat utilitzant un comentari personalitzat i exemplificat quant a:

- Oferir un consell general sobre els avantatges de no beure gens d'alcohol.
- Oferir un consell personalitzat: donar informació, esbrinar dubtes i conceptes erronis del pacient i aclarir-los, explicar quins són els danys que pot causar en el seu cas concret l'alcohol o de quina manera l'està afectant ja, ressaltar els avantatges de cessar/reduir el consum. És important que tota aquesta informació estigui molt personalitzada: els adolescents presten molt poca atenció a hipò-

tesis genèriques i el concepte de "risc" té molt poc valor per a ells.

Esbrinar quina és la seva opinió i com percep tot el que li estem dient: és important no adoptar un caire impositiu i, en canvi, aconseguir que s'impliqui en el que estem dient i en la decisió conseqüent.

Si el pacient està d'acord en fer alguna cosa al respecte, haurem d'ajudar-lo a planificar el canvi: pactar objectius de consum concrets i realistes i organitzar visites de seguiment i suport.

Si en qualsevol d'aquests punts l'adolescent es mostra resistent, potser és que se sent pressionat. És fonamental intentar esbrinar i observar com està de motivat per fer aquest canvi i intentar només petits canvis: les resistències sovint apareixen quan volem fer que el pacient evolucioni més ràpid del que pot.

En general, la nostra actitud haurà de ser la d'intentar generar interès, no exagerar, crear una bona relació empàtica, no tenir pressa, procurar que analitzi avantatges i desavantatges del consum, no criticar, etcètera.

En el cas que l'adolescent presenti simptomatologia de dependència a l'alcohol caldrà derivar-lo al Centre d'atenció i seguiment (centre especialitzat en el tractament de les drogodependències) que li pertoqui, on es farà una valoració del seu cas i l'abordatge més adient.

Idees clau

- El cribratge del consum d'alcohol és especialment important en aquells col·lectius més vulnerables i susceptibles de realitzar grans consums, com ara els joves.
- L'OMS recomana l'abstinència absoluta als menors de 16 anys i considera consum de risc qualsevol ingesta realitzada per aquest col·lectiu.
- Per fer la detecció hi ha tota una sèrie de qüestionaris, entre ells l'AUDIT o l'ISCA.
- És fonamental no esperar a fer el cribratge quan s'observen trastorns o danys, cal fer una detecció precoç per evitar conseqüències en una etapa posterior.
- Un cop efectuat el cribratge ens podem trobar amb dues situacions: un resultat negatiu o un resultat positiu.
- En cas de que existeixi un consum de risc caldrà oferir un consell general sobre els avantatges de no beure alcohol i un consell personalitzat.
- Si el pacient està d'acord haurem d'ajudar-lo a planificar el canvi: objectius concrets i realistes i visites de seguiment i suport.
- En cas de que l'adolescent presenti una simptomatologia de dependència a l'alcohol caldrà derivar-lo al centre d'atenció i seguiment.

5.1.3. Cannabis i derivats

Introducció

Si en tot consum de drogues la substància només és un element més dins d'una interacció entre substància, persona i context, en l'adolescent una valoració separada de l'ús o el consum de cannabis fora d'aquest marc portaria amb seguretat a una aproximació esbiaixada.

Pocs adolescents viuen el seu consum de cannabis, fins i tot si és freqüent, com a problema, i per tant, aquest consum s'ha d'entendre dins el marc de la seva forma de ser, trets de personalitat, grups amb qui es mou, el paper que té el cannabis i altres substàncies en els seus grups, com està la seva relació amb els pares, la seva adaptació escolar, la riquesa o pobresa dels seus interessos i motivacions (esports, aficions), com va el seu procés de socialització, el passar per moments de malestar emocional, etcètera.

Tots aquests elements ens permetran entendre i interpretar el significat del seu consum de cannabis i ens ajudarà en definir com hem d'aconsellar-los i quin suport respecte a aquests consums en el marc de l'atenció global de l'adolescent els hem de donar.

Cannabis: consums i usos per part dels adolescents

Com ha quedat definit a la introducció, el consum pot ser purament recreatiu i esporàdic o pot arribar ser un element que l'adolescent utilitza per fer front a diferents situacions, per sentir-se integrat en un grup o per alleugerir un malestar indefinit.

Molts adolescents experimentaran amb el cannabis i només una petita part arribarà a fer-ne un consum problemàtic.

Intentar entreveure quins seran aquests adolescents és, potser, l'element més important de la valoració que hem de fer i per això, tal i com hem dit, cal que aquesta valoració tingui presents elements més globals i contextuals d'aquest consum.

A més a més, cal tenir present que, sovint, el consum de cannabis es dona conjuntament amb altres

substàncies, com l'alcohol i el tabac, però de nou no ens ajudarà massa centrar l'atenció en la substància fora del marc personalitat i context.

Epidemiologia

Una enquesta feta entre escolars de Catalunya de 14 a 18 anys l'any 2000 mostrava que el 37,6% d'aquests deia haver consumit cannabis alguna vegada a la vida i el 22,3% ho havia fet els darrers 30 dies. Aquest consum s'ha incrementat de forma important els darrers anys; així, l'any 1994 el 26,8% dels escolars deia haver consumit alguna vegada a la vida i el 17,1% ho havia fet els darrers 30 dies.

Aquest increment del consum ens fa pensar en un cert procés d'integració i normalització, dins els diferents hàbits dels joves, amb una percepció de que és una substància sense risc i gairebé innòcua a diferència de l'heroïna o la cocaïna, i fins i tot, del tabac i l'alcohol, substàncies que si bé són legals cada vegada hi ha més campanyes preventives i informacions dels mitjans de comunicació sobre els danys associats que comporta consumir-les.

Descripció de la substància

El cannabis conté uns 60 cannabinols, el més potent és el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). El contingut de THC varia en funció del tipus de planta i de la preparació. Actualment es conreen plantes amb un elevada concentració de THC.

El THC el trobem a les fulles, flors, branquetes, llavors i a la reina. És aquesta darrera presentació que barrejada amb altres components formen una pasta que s'ha dit tradicionalment "xocolata" i que s'usa principalment fumada barrejada amb tabac, encara que també es poden fumar directament una barreja de fulles, flors i branquetes assecades.

A part de fumar-se també es pot menjar cuinada dins de pastissos o galetes, o fins i tot beguda en

forma d'infusió. En aquests casos, els efectes triguen més a aparèixer (de 30 minuts a 2 hores) i duren més, fet que si el consumidor no n'és conscient el pot portar a fer-ne un consum excessiu, amb una posterior intoxicació aguda.

De la farmacocinètica cal remarcar dos aspectes:

1. Els cannabinols s'acumulen als teixits grassos i, per tant, tenen una vida mitja llarga (uns 7 dies). Així, una simple dosi de cannabis pot arribar a detectar-se en orina fins a 30 dies després del consum.

2. Té una vintena de metabolits, alguns dels quals són psicoactius, el més actiu i probablement més potent que té el THC és l'11-hidroxi-tetrahidrocannabinol (11-OH-THC).

Ambdós aspectes fan que hi hagi una pobre relació entre la concentració a plasma/orina de THC i el grau d'intoxicació induïda pels cannabinols.

Actualment hi ha cannabinoides sintètics, com la "nabilona", que són usats amb finalitats terapèutiques.

Efectes del cannabis en humans

Podríem dir que és una substància que presenta efectes similars a altres substàncies depressores del sistema nerviós, similar a un ansiolític menor, amb combinació amb alguns efectes al·lucinògens.

No s'han detectat morts per intoxicació aguda per cannabis.

Efectes sobre l'estat d'ànim

Té un efecte euforitzant, amb una disminució de l'ansietat, la tensió, l'estat d'alerta i la depressió i un augment de la sociabilitat si es pren en un ambient amigable. Alguna vegada, especialment en situacions d'ansietat o amb consumidors novells o persones psicològicament vulnerables, pot provocar reaccions disfòriques, com ansietat important, pànic, paranoia i psicosi. Per tant, les expectatives i la situació psicològica prèvia semblen influenciar en els efectes experimentats.

Sobre la percepció

Produeix una intensificació de sensacions fins a la distorsió de la percepció del temps i de l'espai.

Àmbit cognitiu i d'activitat psicomotora

Apareixen a baixes dosis i, fins i tot, en consumidors experimentats i duren força hores. Seria semblant a l'efecte de l'alcohol, que pres conjuntament amb aquest tindria efectes sumatoris. Hi ha una disminució del temps de reacció, dificultat de concentració, dificultat en la realització de tasques complexes, alteració de la memòria recent, etc. Cal remarcar, doncs, el possible impacte que pot tenir en les habilitats per a la conducció de vehicles o activitats laborals de risc.

Malgrat una certa evidència, no està del tot clar i cal més recerca per saber si produeix danys cognitius a llarg termini (com l'afectació de l'atenció, la memòria recent o la capacitat de processar informació complexa) en consumidors importants i crònics que persisteixen més enllà del període d'intoxicació.

Es parla de l'existència d'un quadre amotivacional associat als consumidors regulars de cannabis. És difícil determinar si aquest quadre és preexistent al consum, una conseqüència del consum crònic o els efectes d'una intoxicació crònica.

Afectació psiquiàtrica

El consum excessiu pot provocar reaccions agudes d'ansietat o quadres de psicosi tòxica autolimitada.

Diferents estudis mostren una major prevalença de quadres psicòtics (especialment esquizofrènia) entre fumadors de cannabis que entre no fumadors. Aquesta associació no ha pogut demostrar causalitat de forma fefaent i la hipòtesi més plausible és que el cannabis pugui actuar com agent precipitador de quadres psicòtics en persones vulnerables o predisposades.

Sí que hi ha evidències de que el consum regular de cannabis empitjora l'evolució de pacients psicòtics i que aquests acostumen a consumir més cannabis. També s'han trobat estudis que mostren una associació amb una major prevalença de quadres de depressió i ansietat. Calen, en general, més estudis.

Efectes sistèmics

– Aparell cardiovascular: taquicardia, vasodilatació, hipotensió postural i envermelliment de les con-

juntives. Si bé no es coneixen quadres greus, caldria tenir-ho present en pacients amb malaltia cardiovascular prèvia.

- Aparell respiratori: té els mateixos constituents que el tabac, excepte la nicotina, i com que el consum de "porros" sol anar aparellat a una inhalació amb més profunditat, apurant més la cigarreta, una retenció més llarga del fum als pulmons i sense l'ús de filtre, fumar un sol canuto pot equivaldre a fumar varies cigarretes. L'avantatge és l'absència de nicotina, sempre que no es fumi amb tabac, ja que aquesta és la que genera una addicció més potent.

No cal dir, doncs, que si es fuma amb tabac ens trobem amb efectes addictius.

Molts efectes del cannabis presenten tolerància i en consumidors diaris i molt importants es pot veure una síndrome d'abstinència –similar a la d'altres depressors del sistema nerviós central, encara que més lleu– i dependència, malgrat que actualment siguin situacions difícils de veure en la clínica.

Un aspecte del que es parla molt és la possible escalada del consum de cannabis a altres substàncies. Cal recordar de nou que la situació personal, psicològica i ambiental tenen sempre un paper fonamental si volem valorar el risc que té un jove en experimentar amb substàncies. Així, no hi ha massa estudis que donin suport a una possible escalada, més aviat parlen de dos possibles factors:

1. En el context del consum, que el comerç del cannabis es doni dins de la mateixa xarxa que es fa el comerç d'altres substàncies il·lícites.

2. Que la pèrdua de por o el fet de comprovar personalment que hi ha una dissonància entre informacions alarmistes sobre el cannabis i la pròpia experiència fa que sigui més propens a experimentar amb altres substàncies del mercat il·legal.

En general, calen més estudis per poder disposar de conclusions més definitives.

Davant de qualsevol jove experimentador o fumador habitual de cannabis, caldria:

1. Informar-lo que des d'un punt de vista sanitari:

- Si ho barreja amb tabac, corre el risc d'entrar en una dependència molt més important derivada

de la nicotina, amb tots els riscos associats al tabaquisme.

- Fumar cannabis presenta per a la salut els mateixos i potser més riscos que el tabac a excepció de que no presenta la capacitat addictiva de la nicotina.
- Si el cannabis es menja i no es té experiència és més difícil controlar la dosi que hom pren, tant perquè no se sap quina quantitat hi ha com perquè els efectes trigen més a sentir-se i és més difícil dosificar-se.
- S'hauria de desaconsellar el seu consum si hom ha de fer tasques complexes i de risc, com conduir vehicles o desenvolupar activitats laborals d'un cert risc.
- També en el cas d'haver de fer feines que requereixen una bona condició mental (estudiar, assistir a classe), el cannabis dificulta la capacitat d'atenció, de concentració i memòria recent.
- Cal explicar les interaccions amb altres substàncies que es puguin consumir simultàniament, especialment l'efecte potenciador de l'alcohol.
- Algunes vegades hom pot tenir efectes adversos, com ansietat, paranoies, etc., que depenen de l'ambient de consum i de si se'n pren a dosis que puguin provocar una intoxicació.

2. Persones especialment vulnerables:

- Persones vulnerables psicològicament o amb antecedents familiars de trastorns psicòtics.
- Persones amb malaltia cardiovascular o respiratòria prèvia.
- L'ús regular en els joves en edat escolar, ja que pot dificultar el seu aprenentatge i desenvolupament personal.
- En joves amb problemes conductuals, dificultats emocionals, etc., l'ús regular pot emmascarar i dificultar una correcta atenció dels seus problemes de base.

Un objectiu important és evitar el consum i, en qualsevol cas, retardar l'edat d'inici del primer contacte. Els consumidors que han començat molt joves tenen més riscos de presentar problemes psicològics, de fer-ne un ús regular més important i de passar a altres substàncies. És potser l'existència de dificultats psicosocials prèvies que junt amb l'experimentació de substàncies com el cannabis i sense que el jove rebi una correcta atenció pot predisposar-lo a una evolució com la descrita.

Idees clau

- En un adolescent, el consum de cannabis s'ha de valorar dins del context de la personalitat i de l'entorn.
- Molts adolescents experimentaran amb el cannabis i només una petita part arribarà a fer-ne un consum problemàtic.
- Una enquesta feta a Catalunya en joves de 14 a 18 anys mostrava que el 37,6% d'aquests deia haver consumit cannabis alguna vegada a la vida.
- Els efectes del cannabis sobre els humans són efectes sobre l'estat d'ànim, sobre la percepció, en els àmbits cognitiu i de l'activitat psicomotora, psiquiàtric, cardiovascular, respiratori, etcètera.
- Davant de qualsevol jove que consumeix cannabis caldria informar-lo des del punt de vista sanitari dels efectes que pot produir i desaconsellar el seu consum a persones psicològicament vulnerables o amb antecedents de trastorns psicòtics i persones amb malaltia cardiovascular o respiratòria prèvia.
- Els consumidors que han començat molt joves tenen més risc de presentar problemes psicològics, de fer-ne un ús regular més important i de passar a altres substàncies.

5.1.4. Altres drogues

Introducció

D'ençà a uns anys s'ha produït un canvi en els patrons de consum de drogues entre els adolescents i els joves, apareixent un consum associat a una forma de gestionar el temps d'oci basat en el consum de diferents substàncies, fonamentalment els caps de setmana, en espais de ball i festa durant la nit.

Aquest consum és moltes vegades un policonsum, i tot i que l'èxtasi n'és la substància diguem-ne emblemàtica, en aquestes noves formes de diversió apareix la persistència de consums importants d'alcohol i tabac junt amb d'altres substàncies il·legals que canvien molt sovint, encara que destaquen les que tenen efectes estimulants, com la pròpia amfetamina i els seus derivats, la cocaïna o substàncies com el gamma-hidroxi-butirat (GHB) –conegut erròniament com a èxtasi líquid en el carrer–, la ketamina o els al·lucinògens.

Per tant, tot i que el concepte de drogues de síntesi s'ha associat sovint als derivats amfetamínics i més específicament a l'èxtasi, hi ha diferents substàncies que es consumeixen en aquests ambients, que amb els seus hàbits de consum no deixen, també, de ser una part del que denominem nous patrons de consum juvenil.

Per tant, el primer que cal esmentar és que l'atenció a aquests consums en un adolescent no es pot separar del marc on té lloc: les seves formes de gestionar el lleure i l'oci, la importància que té el grup al qual pertany i a on es comparteixen diferents estils de vida i hàbits, entre ells, la seva relació amb les drogues, etcètera.

L'èxtasi i els derivats amfetamínics

Aquí trobarem substàncies anàlogues de la feniletilamina, que tenen una estructura semblant a les amfetamines però que presenten moltes possibilitats de modificació utilitzant els seus radicals lliures, de manera que s'aconsegueixen substàncies diferents que mantenen els efectes psicoactius "bàsics", però amb múltiples "tonalitats" psicodèliques.

En realitat, els seus efectes oscil·larien entre els purament estimulants de l'amfetamina i els quasi exclusivament al·lucinatoris de la DOM (dimetoxi-4-metamfetamina). És aquesta variabilitat la que els ha donat l'avantatge de poder escapar temporalment a la prohibició a causa dels buits legals davant substàncies amb estructures químiques lleugerament diferents.

La il·legalitat d'aquestes substàncies i la similitud en la seva presentació exterior fa que el consumidor estigui exposat a consumir una substància sense poder-ne saber la composició, la concentració i els adulterants possibles. Els riscos majors fins a l'actualitat s'han donat, però, en canvis en el grau de concentració, trobant-se a cops comprimits amb altes concentracions.

Una enquesta feta en escolars de Catalunya de 14 a 18 anys l'any 2000 mostrava que el 6,2% d'aquests deia haver consumit èxtasi/drogues de síntesi alguna vegada a la vida i un 2,5% ho havia fet els darrers 30 dies. Aquest consum s'ha estabilitzat i fins i tot reduït lleugerament els darrers anys.

Tot i que les demandes de tractament per la dependència a aquestes substàncies s'han incrementat els darrers anys, continua essent una proporció mínima que no arriba a l'1% del total de demandes de tractament a la Xarxa d'atenció a les drogodependències de Catalunya, representant l'any 2001 unes 80 persones (0,6% del total).

Aquestes drogues es presenten normalment en forma de comprimits de diferents característiques, als quals se'ls associa diferents noms.

La majoria de comprimits presenten com a principis actius un dels 4 derivats amfetamínics emparentats químicament i farmacològicament: MDMA (metilendioximetamfetamina), MDEA (metolendioxietamfetamina), MDA (metilendioxiamfetamina) i MBDB (metil-benzodioxol-butamina).

Evidentment, moltes vegades es venen com èxtasi o els seus derivats comprimits que contenen parcial o totalment substàncies que no tenen res a veure, com analgèsics, antidepressius, cafeïna, aspirina.

Efectes d'aquestes substàncies

Es basen fonamentalment en una estimulació simpàtica.

Els efectes són bàsicament de tipus amfetamínic, tot i l'existència d'efectes d'alteració de la percepció més o menys importants en funció de la substància, però que rarament arriben a ser veritables al·lucinacions.

Aquests efectes comencen els 30 minuts de la ingesta i duren unes 4 hores.

Els consumidors refereixen la seva capacitat per produir un estat emocional positiu, caracteritzat per un augment de la intimitat i de l'empatia que facilita les relacions interpersonals.

Entre els efectes de tipus amfetamínic destaquem: augment de l'energia, eufòria i loquacitat; disminució de la son i de la gana; midriasi i visió borrosa; augment de la freqüència cardíaca i de la pressió arterial; sequedat de boca, trisme, bruxisme, hiperreflexia i hipertèrmia.

Entre els trastorns de la percepció hi trobem: hipersensibilitat sensorial, alteracions del cromatisme visual i alteracions de la percepció subjectiva del temps.

Malgrat que són substàncies amb potencial d'abús i dependència, els patrons de consum actual no semblen afavorir l'establiment de dependència i els seus riscos els causen més aviat els seus efectes tòxics aguts o derivats del consum crònic.

Malgrat que els estudis que parlen sobre la reversibilitat o no de l'efecte neurotòxic d'aquestes substàncies una vegada es deixen de consumir, això és un tema de debat obert, ja que els patrons que es donen entre els joves solen ser diferents als que s'analitzen en aquests estudis.

Els efectes adversos van associats a 3 circumstàncies: consums a dosis altes, a dosis normals si existeix una malaltia prèvia o una susceptibilitat individual per una reacció al·lèrgica o idiosincràtica.

Els efectes adversos de tipus psiquiàtric poden ser aguts, en forma de crisi d'angoixa i/o atacs de pànic i psicosis tòxica aguda autolimitada, de tipus subagut en forma de somnolència, astènia, depressió o ansietat, o crònics en forma de trastorns permanents, probablement en persones predisposades, en les quals poden desencadenar quadres de trastorns psicòtics o afectius majors (depressió major).

Els efectes adversos de tipus orgànic: cop de calor. És de fet una hipertèrmia causada directament per la pròpia substància, però que pot ésser afavo-

rida per factors ambientals com locals tancats i calorosos, ball enèrgic amb una baixa reposició d'aigua. La majoria de quadres fatals associats al consum de derivats amfetamínics han estat provocats per aquesta causa.

Altres efectes adversos són causats per la hiperestimulació simpàtica sobre l'aparell cardiovascular: arritmies, hipertensió arterial, hemorràgies cerebrals, etcètera.

També s'han vist casos d'hepatotoxicitat associada possiblement a una hipersensibilitat o una predisposició genètica (hepatitis tòxica idiosincràtica).

Informació que cal transmetre

Els missatges poden ser diferents, i si bé s'ha de desaconsellar sempre el consum d'aquestes substàncies, moltes vegades ens adonarem que aquest objectiu no serà factible i, per tant, també hauré de donar consells que tendeixin a fer-ne minvar els riscos associats, entre els quals hi ha aquests:

- Disminució del consum. Es començarà per aconsellar una disminució de la freqüència i la quantitat del consum si veiem que aquest es manté.
- Conducció i consum. En el cas que el consum persisteixi, s'hauria d'informar dels riscos de fer determinades activitats, com conduir automòbils sota els efectes d'aquestes substàncies.
- Crisis d'ansietat. Aquestes són les que generen, en aquests moments, més consultes de salut. Caldrà aconsellar a qui les ha patides que s'abstingui totalment del consum d'aquestes substàncies.
- Cop de calor. Per tal de prevenir-lo, a aquells joves que prenen aquestes substàncies en ambients tancats de ball (discoteques, bars musicals) se'ls hauria d'aconsellar descansar de tant en tant i refrescar-se (sortir a l'aire lliure, etc.).
- Beure una ampolleta d'aigua o algun refresc sense alcohol cada hora.

Especialment sensibles són les persones que pateixen alguna d'aquestes malalties o trastorns: diabetis, asma, hipertensió arterial, cardiopatia, alteracions psiquiàtriques o antecedents familiars de trastorns psiquiàtrics majors.

Si el jove presenta un consum abusiu o problemàtic, se li hauria de suggerir que rebés una valoració i atenció en un centre especialitzat de la Xarxa d'atenció a les drogodependències de Catalunya.

Idees clau

- Les drogues de síntesi s'han associat als consums amfetamínics i més específicament a l'èxtasi, formant part del que anomenem nous patrons de consum juvenil (associat al consum durant el temps d'oci).
- Els seus efectes oscil·len des dels purament estimulants als al·lucinatoris.
- La il·legalitat d'aquestes substàncies fa que el consumidor, sovint, no sap què està consumint.
- Els seus riscos els solen causar sobretot el consum de tipus crònic o els efectes tòxics derivats del consum agut.
- Aquests efectes adversos s'associen a un consum a dosis elevades, a dosis normals però amb una malaltia de base o al fet de tenir una idiosincràsia individual (sueptibilitat).
- La informació transmesa pel professional sanitari que atengui el jove consistirà en desaconsellar el consum d'aquestes substàncies, però quan això no sigui possible caldrà prevenir els riscos associats.
- Si el consum és abusiu o presenta problemes cal derivar l'adolescent a un centre especialitzat de la Xarxa d'atenció a les drogodependències.

5.2. Sexualitat

Introducció

Els dos aspectes fonamentals a tenir en compte en parlar de comportaments de risc en la sexualitat són la prevenció dels embarassos no desitjats i la prevenció de les infeccions de transmissió sexual (ITS), és a dir, la doble protecció.

Aquesta es pot obtenir amb l'ús correcte del preservatiu i qualsevol altre dels mètodes anticonceptius idonis a les circumstàncies de l'adolescent.

En els comportaments de risc hi intervenen diferents factors que estan íntimament lligats a les ITS, com són:

- L'edat d'inici dels contactes sexuals.
- Els possibles casos d'abusos sexuals.
- El nombre de parelles sexuals.

- El possible inici de relacions homosexuals o bisexuals.
- La no utilització del preservatiu.
- El consum de drogues, que pot derivar en la pràctica del sexe sense mesures de protecció i la prostitució.

Malgrat que la infecció pel virus de la sida es considera com una ITS, cal recordar a tots els professionals que tracten amb els adolescents el valor que té informar i recalcar la importància de prevenir la infecció amb la utilització del preservatiu de forma correcte i en totes les relacions sexuals com a únic mitjà realment eficaç.

És important tenir en compte els signes d'alerta, que són els que serviran per prevenir les situacions de més risc.

5.2.1. Malalties de transmissió sexual

Introducció

Un dels grans desafiaments als que s'enfronten els joves és fer la transició de la infantesa a una vida sexual adulta sana.

Els adolescents que tenen relacions sexuals són els que tenen risc d'infecció per infeccions de transmissió sexual (ITS) inclosa la sida i, per tant, estan en alt risc de patir les seves conseqüències adverses. Encara que les ITS estan en franca decadència en els països desenvolupats, la seva incidència ha augmentat o no ha disminuït en els adolescents.

En el nostre medi no observem una incidència alta d'ITS en els adolescents. Caldria seguir l'evolució epidemiològica tenint en compte la nova situació d'integració poblacional.

Les ITS víriques són les més prevalents, particularment la infecció pel virus del papiloma humà (HPV) i, en menor extensió, la del virus de l'herpes simple (VHS).

La infecció per l'HIV encara que inicialment s'ha parlat de grups de risc, en l'actualitat és més adequat parlar de pràctiques de risc entre les quals s'inclouen l'ús compartit d'agulles i xeringues per al consum de drogues per via parenteral i les relacions sexuals amb penetració sense protecció, anals, vaginals i sexe oral.

S'observen nous casos de sífilis i de gonocòccia en els homosexuals que no semblen afectar als adolescents.

Determinants de risc. Infeccions de transmissió sexual/sida en l'adolescència

L'adolescència és l'única època de la vida en que factors biològics, socials, de conducta i de desenvolupament actuen conjuntament per incrementar la possibilitat d'adquirir ITS.

Factors biològics en la noia

- Entre els factors biològics tenim:
- La permanència del teixit columnar immadur (l'ectòpia en el coll uterí).
 - Els canvis de pH i la textura del *mucus* de la vagina, que poden facilitar l'adquisició de les ITS.

Factors de desenvolupament psicològic i cognitiu

En l'adolescència es donen circumstàncies que tendeixen a l'abandonament dels valors tradicionalment protectors, com la família o l'escola, i l'ingrés en grups menys protectors que faciliten les conductes de risc.

Comportament sexual

En les 4 últimes dècades es produeix un canvi en la cultura sexual dels adolescents. La tendència a iniciar les relacions sexuals en una edat més precoç, juntament amb l'edat del matrimoni o de la primera relació estable, ha tingut com a conseqüència l'expansió del "període finestra de risc" durant el qual els adolescents poden tenir moltes parelles, amb el consegüent risc d'ITS.

Qüestions ètiques

Els adolescents tenen una situació legal única. Quasi totes les legislacions ofereixen a l'adolescent la possibilitat de que sigui tractat de les ITS sense el coneixement ni el consentiment dels seus pares, i en general, s'insisteix en mantenir la confidencialitat.

Diagnòstic per les manifestacions clíniques

Les manifestacions de les ITS simptomàtiques més comunament observades en els adolescents són:

En les noies

Patologia exudativa

En les vulvovaginitis, presència de fluxe patològic (leucorrea) d'aspecte variable:

- Blanc i amb picor (càndides).
- Groc-verdós (trichomones).
- Grisós i amb mal olor (vaginosis bacteriana).

Les infeccions cervical, rectal i faríngea per *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* són asimptomàtiques.

Patologia ulcerada

Només és fàcilment diagnosticable si la localització és vulvar o perineal. La patologia més freqüent en el nostre medi és la primoinfecció pel virus de l'herpes simple. És un quadre greu de lesions vesiculoerosives extenses i molt doloroses en la vulva i la vagina.

En els nois

Patologia exudativa

Els patògens que donen en la noia vulvovaginitis, produeixen en el noi:

- Balanopostitis (càndides).
- Uretritis (trichomones).
- Balanitis erosives (trichomones i anaerobis).

Els agents de cervicitis (gonococ i clamidies) donen en el noi un quadre d'uretritis (exudat uretral, meatitis i disúria) i, de vegades, epididimitis aguda.

Les localitzacions orofaríngees i rectals solen ser asimptomàtiques.

Patologia ulcerada

Només són comuns els quadres d'herpes simple genital (VHS) recidivants (lesions erosives o vesiculososes, arraïmades); la primoinfecció pel VHS genera un quadre greu però més lleu que en les dones.

S'observa amb més freqüència en la zona perianal, en els homosexuals. Els xancre sifilític provoquen lesions erosives, indolores, indurades acompanyades d'adenopaties no inflamatòries.

En el nostre medi totes les úlceres genitals s'han de valorar amb tests de camp fosc i cultiu per l'herpes simple al marge de l'apariència clínica.

Les berrugues genitals són la forma més comuna de presentació de les ITS en els adolescents. Es veuen en ambdós sexes i en homes, tant homose-

xuals com heterossexuals, encara que la malaltia és probablement més greu en els homosexuals (intrarectal).

Les joves infectades pel virus del papiloma humà tendeixen a tenir més displàsies que les adultes, amb el consegüent risc de càncer.

També es planteja el diagnòstic d'ITS en el cas d'artritis, exanemes cutanis papulodescamatius amb afectació palmoplantar i linfadenopatia generalitzada o inguinal.

Diagnòstic per reconeixement sistemàtic

Quan les ITS cursen de manera asimptomàtica es detecten mitjançant reconeixements mèdics, que s'han de fer de rutina per aquelles ITS freqüents entre els adolescents sexualment actius.

Els serveis de reconeixement mèdic han d'estar dirigits als adolescents amb major risc (embarassades, joves o famílies amb pocs recursos econòmics, usuaris de drogues) oferint-los un servei fàcilment accessible i proper.

Donat que la presa de mostres pot ser molesta tant pels nois (escobillons) com per les noies (exploració amb espècul), poden dissuadir els adolescents de fer-se revisions sistemàtiques; per tant, s'han de preferir les tècniques de diagnòstic basades en examens d'orina.

Les citologies han de ser tècniques de rutina.

Als diagnosticats de sífilis se'ls ha de recomanar fer-se una prova per l'HIV.

Tractament

- El tractament de les ITS en els adolescents és similar al dels adults.
- Es recomana utilitzar pautes de tractament d'una sola dosi sempre que sigui possible.
- Hi ha pautes de tractament eficaces amb una sola dosi per infeccions degudes a *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* i *T. pallidum*, trichomoniasis, vaginosis bacterianes, Candidiàsis i *H. ducreyi*.
- El tractament de les berrugues genitals en adolescents ha d'anar acompanyat de colposcòpia i estudi citològic.

És indispensable diagnosticar i tractar els contactes sexuals i fer exàmens sistemàtics repetits a les noies prèviament diagnosticades d'ITS.

Directives actuals i futures per a la prevenció de les ITS en els adolescents

La prevenció de les ITS en els joves requereix la implicació de nombroses institucions i individus que estan en contacte amb ells.

Hi ha experiències d'intervenció alentadores basades en l'escola o en la comunitat que han aconseguit afavorir pràctiques sexuals segures sense donar lloc a un augment de l'activitat sexual.

L'escola pot tenir un paper molt important en l'àmbit de l'educació dels joves. Fora de l'escola s'atén a joves que generalment tenen major risc.

Els llocs on es poden informar poden ser les clíniques d'ITS, centres de la comunitat o llocs d'acollida. Però cal tenir clar que la informació sola no garanteix canvis de conducta.

Fins i tot, quan s'aconsegueixen canviar algunes pautes de conducta no disminueixen les taxes d'infecció.

Els programes efectius han de tenir com a característiques:

- Un enfoc molt concret dirigit a reduir riscos específics de conducta.

- Posar èmfasi en la influència social (les conductes de risc dels adolescents estan més relacionades amb raons culturals i socioeconòmiques que amb l'edat).
- Impartir les instruccions en petits grups.
- Utilitzar procediments d'ensenyament interactius dirigits a estimular la participació i a personalitzar la informació.
- Promoure activitats per convèncer del risc del sexe sense protecció i com viure un sexe més segur (utilització de preservatius).
- Reforçar els valors individuals i normes de grup apropiades per l'edat i l'experiència dels alumnes (mantenir l'abstinència o evitar el risc no protegit).
- Per tal que es compleixi el programa cal un entrenament efectiu. És útil parlar amb companys facilitadors que poden ajudar a implementar tals intervencions.

Les clíniques d'ITS han de proveir serveis de diagnòstic i tractament per pacients i contactes, facilitant l'acollida de pacients i oferint horaris especials que no interfereixin amb l'assistència a l'escola o a la feina.

Idees clau

- Els adolescents que tenen relacions sexuals tenen les taxes més altes d'infecció per ITS i estan en risc de patir les seves conseqüències adverses.
- En el nostre medi, avui per avui, no observem una incidència alta d'ITS en els adolescents.
- Les més prevalents són la del virus del papiloma humà (HPV) i, en menor extensió, la del virus de l'herpes simple (VHS).
- Els determinants de risc de les ITS/sida en els adolescents són factors biològics i de desenvolupament psicològic i cognitiu.
- El diagnòstic de les manifestacions clíniques són tant en les dones com en l'home les malalties exudativa i ulcerada.
- Les berrugues genitals són la forma més comuna de presentació de les ITS en adolescents d'ambdós sexes.
- Quan les ITS cursen de manera asimptomàtica es detecten mitjançant revisions sistemàtiques, que s'han de fer de rutina per aquelles ITS freqüents entre els adolescents sexualment actius.
- S'han d'utilitzar preferentment les tècniques de diagnòstic basades en exàmens d'orina.
- Als diagnosticats de sífilis se'ls ha de recomanar que facin una prova per l'HIV.
- El tractament de les ITS en els adolescents és similar al dels adults, i es recomanen pautes d'una sola dosi sempre que sigui possible.
- És indispensable diagnosticar i tractar els companys sexuals i fer exàmens sistemàtics repetits a les dones prèviament diagnosticades d'ITS.
- Les clíniques d'ITS han d'oferir servei de diagnòstic i tractament per a pacients i contactes, facilitant horaris que no interfereixin amb l'escola o la feina.

5.2.2. Embaràs

Introducció

Els diferents factors que influeixen en l'embaràs adolescent són motiu d'estudi de diferents disciplines.

La preocupació social i professional per a la gestació té a veure, sobretot, amb els efectes negatius, socials i personals que aquests embarassos podrien ocasionar a les futures mares, nens i famílies.

Generalment, es sol trobar la raó d'un embaràs en un fracàs de la informació, per ignorància o per negligència. La informació és important però no és una vacuna amb efectes instantanis.

Moltes vegades fa falta un temps per interioritzar els coneixements, i des de l'experiència, fer-se amb instruments adequats i estar disposat a utilitzar-los per protegir-se.

Identificació dels factors de risc

És complex determinar un únic perfil de les adolescents amb embaràs no desitjat, però es poden establir algunes característiques o factors de risc que, sovint, es repeteixen.

Personals

- Característiques pròpies de l'etapa adolescent (reafirmació de la identitat sexual i social).
- Trastorns emocionals i/o psicosocials.
- Embaràs anterior.
- Necessitat de buscar estimació.
- Soledat i baixa autoestima.
- Consum de drogues.
- Poca informació o informació errònia.

Familiars

- Poca comunicació i suport per part dels pares.
- Embaràs adolescent en la mare.
- Inestabilitat familiar.

Socials

- Situació social i econòmica desfavorida.
- Pressió del grup i/o de la parella.
- Accessibilitat deficient als serveis sanitaris i als mètodes anticonceptius.
- Tractament de la sexualitat pels mitjans de comunicació i la publicitat.
- Haver patit o patir abús sexual i/o maltractaments i la publicitat.
- Exercici de la prostitució.

Per tant, l'embaràs en l'adolescència s'ha d'abordar com un problema més de salut al que cal dedicar una atenció específica des dels serveis sanitaris i socials.

Caldrà un abordatge global que contempli el perfil personal, social i familiar, així com la situació afectiva i econòmica.

Diagnòstic d'embaràs

Encara que la mare parli en primera instància en veu de la filla, el metge ha de dirigir les preguntes a l'adolescent i és ella qui les ha de contestar. Per facilitar-ho, el metge ha d'indicar a la mare la conveniència d'absentar-se de la consulta.

L'entrevista amb privacitat facilita la confidencialitat, aspecte molt valorat pels adolescents, i permet conèixer al professional quin és el veritable motiu de la consulta.

Realitzarem una història clínica acurada on preguntarem sobre la menarquia, la regla (esbrinar què passa amb el cicle menstrual, regles irregulars).

Farem un primer diagnòstic de presumpció, i en funció del temps de gestació, davant de:

- Nàusees i vòmits, sobretot pel matí.
- Hiperpigmentació de la cara (cloasma).
- Cicatrius, línia alba.
- Polaquiúria, nictúria.
- Augment de la congestió i sensibilitat mamària.
- Trastorns del gust i de la gana.

Davant de qualsevol dubte durem a terme una prova de l'embaràs.

Després del diagnòstic

Les recomanacions pels professionals són:

- Actitud tranquil·litzadora i que inspire confiança. Escoltar els sentiments de l'adolescent.
- Tenir en compte el grau de desenvolupament psicoafectiu de l'adolescent.
- Realització d'una història clínica complerta que inclogui tots els aspectes ginecològics i mèdics, a més a més dels aspectes socials i familiars.
- Examen físic complert.
- Verbalització de l'opció escollida per part de la noia adolescent.

La morbiditat biopsicosocial de l'embaràs adolescent és més alta fins als 16 anys.

L'adolescent embarassada té varies possibilitats per resoldre un embaràs: la maternitat corresponsabilitzada o en soledat, donar el nen en adopció i abortar.

No obstant, totes han de ser valorades individualment i dintre del context social de cada adolescent.

Avortament

És la interrupció de l'embaràs. Aquesta interrupció pot ser espontània o a petició de la dona. La legislació espanyola permet la possibilitat d'int interrompre l'embaràs en 3 supòsits. (Vegeu apartat "Legislació".)

Les tècniques d'interrupció de l'embaràs varien d'acord amb el temps de gestació. Quan més aviat es realitzi l'avortament menor resultarà el risc i la possibilitat de complicacions.

La tècnica més utilitzada és el mètode d'aspiració.

L'avortament en les menors d'edat no casades està subjecte al consentiment del pare, mare o tutor. No obstant, no existeix una regulació específica.

Sovint, això porta a actuar en secret i retardar el diagnòstic, fet que pot comportar un augment de la morbimortalitat.

La demanda i l'entrevista

L'entrevista en aquests casos ha de ser encara més confidencial i flexible quant a temps.

L'actitud del professional ha de ser d'escolta davant de la noia. Sovint, la demanda no serà explícita, serà un tempteig. I si és clara, sol ser perquè l'adolescent tenia informació prèvia i, per tant, ha pogut prendre una decisió.

Hem de ser conscients que l'adolescent presentarà una situació de conflicte, vulnerabilitat, pèrdua i culpa.

A més a més, haurà de prendre una decisió important en un espai breu de temps. D'una banda, té por a la intervenció, i de l'altra, també té por a la possible reacció que es pugui desencadenar en l'àmbit familiar i entre els amics o l'entorn que l'envolta.

És convenient oferir la consulta per atendre qualsevol dubte.

Seguiment de l'embaràs. Maternitat/paternitat adolescent

Per una bona avaluació i atenció de l'embaràs es seguiran les recomanacions establertes en el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social).

Per les característiques i el perfil de les adolescents és difícil que sense ajut puguin elaborar els sentiments i les emocions que la maternitat implica.

És important oferir una atenció específica durant la gestació a aquestes joves i pot ser de gran ajut fer prevenció dels factors de risc (alimentació, conducta sexual).

És acceptat que un control precoç de la gestació, un suport adequat i una educació sanitària en el procés d'aquesta gestació poden millorar els seus resultats.

Cal fer un seguiment acurat per part dels professionals sanitaris i serveis socials, tant de la gestació com de la maternitat posterior (afavorir el vincle afectiu, conèixer la situació de l'adolescent i del seu fill i de la parella, entrevista familiar, etcètera).

Adopció

És la opció més complexa per la noia des del punt de vista psicològic.

Sol venir determinada perquè no s'està a temps per dur a terme una interrupció voluntària de l'embaràs o bé perquè hi ha raons personals o de l'entorn que ho determinen.

Aquesta decisió pot comportar greus problemes psico-afectius pel futur de la noia.

Legislació

La legislació espanyola permet la possibilitat d'interrompre l'embaràs en 3 supòsits (article 417 bis del Codi penal):

– No serà punible (castigat) l'avortament practicat per un metge o sota la seva direcció, en centre o establiment sanitari, públic o privat, acreditat i amb consentiment exprés de la dona embarassada, quan estigui present alguna de les circumstàncies següents:

1. Que sigui necessari per evitar un greu perill per a la vida o la salut física o psíquica de l'embarassada.
2. Que l'embaràs sigui conseqüència d'un fet constitutiu de delictes de violació de l'article 429, sempre que l'avortament es practiqui dins de les 12 primeres setmanes de la gestació i que el fet hagi estat denunciat.
3. Que es pressuposi que el fetus pot néixer amb greus tares físiques o psíquiques, sempre que es practiqui dins de les 22 setmanes de gestació.

– En els casos previstos, no serà punible la conducta de l'embarassada, quan la pràctica de l'avortament es realitzi en un centre o establiment públic o privat acreditat i s'hagin emès els dictàmens mèdics exigits.

Idees clau

- La preocupació sobre la gestació té a veure sobretot amb els efectes negatius, socials i personals que aquests embarassos podrien ocasionar a les futures mares, nens i famílies.
- Hi ha una sèrie de factors que condicionen la pràctica sexual adolescent: aspectes individuals (característiques personals, expectatives), entorn social (cultura i valors, educació), marc sociopolític (aspectes legals, recursos socio-sanitaris).
- Sovint fa falta un espai de temps per poder interioritzar els coneixements i saber utilitzar-los per protegir-se.
- L'adolescent embarassada té diferents possibilitats per resoldre un embaràs: la maternitat corresponsabilitzada o en soledat, donar el nen en adopció i avortar.
- L'objectiu seria aprofundir sobre l'embaràs en l'adolescència com un problema més de salut al que s'ha de dedicar una atenció específica i pluridisciplinària des dels serveis sanitaris i socials.

5.3. Accidents

Introducció

Les lesions generades pels accidents són uns dels principals problemes de salut entre els joves dels països desenvolupats.

A Catalunya, una proporció molt important de la mortalitat, morbiditat i de les discapacitats en els grups de població jove és deguda a aquesta causa. Això comporta, a més a més, un alt cost econòmic, social i emocional.

Conceptualment, un accident és un fet inesperat però evitable que es defineix com un esdeveniment eventual, involuntari o anòmal, del qual resulta un dany físic i/o psíquic, com a conseqüència d'un defecte de previsió o de seguretat, en els materials, objectes o estructures dels béns d'ús o consum, amb el resultat d'un dany corporal agut, el traumatisme.

Històricament, el mateix concepte d'accident s'ha relacionat amb fets evitables més lligats a la fatalitat que a errors de previsió, i això ha comportat fins fa poc una visió poc preventivista d'aquest problema de salut i externa al camp sanitari.

L'alta freqüència relativa dels accidents entre els joves i els adolescents té més intensitat en certs tipus d'accidents.

Això és especialment rellevant en els accidents de trànsit, sobretot per la gravetat de les seves lesions i les seqüeles que es produeixen.

En segon lloc, en aquest grup d'edat tenen especial importància els accidents relacionats amb la pràctica de l'esport i altres activitats de lleure.

I finalment, cal tenir en compte també els accidents laborals i domèstics, que tot i sent molt més freqüents, la majoria generen danys d'importància menor en aquest grup d'edat.

Principals situacions en què poden tenir lloc els accidents

Accidents de trànsit

Com a conductor de vehicles (cotxe, moto, bicicleta)

Cal parar especial atenció a:

- El consum d'alcohol.
- El consum de drogues i/o fàrmacs.
- L'excés de velocitat.
- Altres comportaments de risc en la conducció.
- La no utilització d'elements de seguretat (cinturó de seguretat, casc).
- La concentració en la conducció.

Com a passatger

Cal tenir present les conductes i l'ús d'elements de seguretat adequats. És a dir, utilitzar les mesures de seguretat i tenir un comportament adequat.

Com a vianant

Cal respectar les normes de seguretat i estar pendent en tot moment dels riscos de les vies de circulació.

Esport i lleure

La pràctica regular de cada esport té les seves normes específiques i l'ús d'elements de seguretat propis que convé conèixer i dur a terme.

A grans trets, cal remarcar:

- Tenir una forma física adequada.
- Utilitzar les mesures preventives i elements de seguretat específics.

- És recomanable estar federat o associat a entitats esportives o de seguidors d'aquestes activitats de lleure.

Accidents laborals i domèstics

Pel que fa a aquests tipus d'accidents, que són els més habituals en el dia a dia, cal diferenciar els accidents de tipus laboral dels accidents domèstics.

- Accidents laborals: cal tenir en compte les normes i recomanacions dels serveis de medicina laboral de cada lloc de treball.
- Accidents domèstics: conèixer i seguir les mesures preventives, que seran les mateixes que per a qualsevol altre grup d'edat.

Paper dels professionals d'atenció primària

Segons l'OMS, l'educació sanitària té com a finalitat la modificació de la conducta humana amb l'objectiu d'eliminar els factors de risc modificables que, segons estudis epidemiològics, provoquen malalties cròniques o lesions accidentals. El consell preventiu sobre factors de risc de malalties diferents del motiu de consulta forma part de les accions educatives del professional sanitari, però té unes característiques de disseny, planificació i aplicació diferents de l'educació sanitària referida a problemes de salut existents.

Els professionals sanitaris són els responsables de l'educació sanitària en l'àmbit de l'atenció primària en benefici dels pacients. A més del paper educatiu actiu, que consisteix en realitzar el consell de prevenció d'accidents, aquests professionals tenen un paper educatiu passiu important com a "models" a seguir.

En aquest sentit, és interessant remarcar que si no s'exerceix aquest rol exemplar, és difícil que els consells emesos siguin creïbles. Així, aquests professionals sanitaris estan en una posició única per identificar el moment en el qual el pacient s'adona de la necessitat de canviar la seva conducta.

Cal tenir present que el consell preventiu sobre comportaments no relacionats directament amb el motiu principal de consulta és un dels instruments d'educació sanitària amb més dificultats operatives, i que la seva implantació generalitzada encara es troba en els inicis. Per aquest motiu, és especialment important controlar la seva aplicació mitjan-

çant una metodologia ben dissenyada, planificada, factible i basada en experiències contrastades.

Per a la realització del consell educatiu en prevenció d'accidents cal tenir en compte els següents punts:

- Establir una aliança educativa amb el pacient.
- Aconsellar tots els pacients, en funció del grup diana corresponent.
- Conèixer, en la relació metge-pacient, els factors de risc dels pacients pel que fa a la utilització del cinturó de seguretat, el consum de begudes alcohòliques/drogues, el consum de medicaments que poden alterar la conducció, el compliment de les normes de seguretat viària, etcètera.
- Seleccionar la conducta de salut que cal modificar.
- Dissenyar un pla educatiu.
- Executar el pla educatiu.
- Valorar els progressos del pacient.

En l'actuació del professional d'atenció primària podríem descriure diferents actituds:

Abans de l'accident

- Detectar i seguir de forma específica els individus d'alt risc i/o individus amb riscos específics.
- Informar l'adolescent sobre les mesures de protecció i cura personal pel que fa als accidents, tant per ells com per terceres persones.
- Utilitzar totes les ocasions possibles per exercir funció d'educació sanitària.
- La prevenció inclou també interessar-se per la utilització del temps lliure, el treball, els estudis, la reflexió sobre les expectatives.
- Una bona relació amb l'adolescent a l'hora de fer la història clínica pot ser una bona base per fer aquesta prevenció. En aquesta història clínica cal registrar els possibles elements de risc: antecedents familiars, consum d'alcohol o altres drogues, alteracions mentals o neurològiques, accidents, composició de la família, capacitat de comunicació.
- També cal valorar quina és l'actitud de la família cap a la valoració de les conductes de risc.

Després de l'accident

- Cal tenir present la necessitat de dur a terme una atenció integral de l'adolescent que ha patit un accident.

Activitats recomanades per a la prevenció d'accidents

S'ha considerat que les accions prioritàries a desenvolupar en l'àmbit de l'atenció primària en el cas dels adolescents són:

- Promoure el consell preventiu sobre seguretat viària adreçat a joves en situació de risc per la combinació d'alcohol i conducció.

La població diana són aquells joves que prenen alcohol o bé els que comparteixen sortides de vehicle amb altres persones que consumeixen alcohol.

En el cas que en l'entrevista es detecti un consum d'alcohol habitual o l'hàbit de realitzar una ingesta elevada aguda, encara que sigui de forma esporàdica, cal explorar si es consumeix alcohol i es condueix algun vehicle. Així mateix, es pot analitzar si el pacient utilitza vehicles conduïts per persones que estan sota la influència de l'alcohol.

El missatge principal és que s'abstinguin de prendre begudes alcohòliques si s'ha de conduir o de viatjar amb conductors que han pres alcohol.

- Promoure el consell preventiu en seguretat viària adreçat a joves en situació de risc per la combinació de drogues i conducció.

La població diana la constitueixen els joves que prenen alguna droga o bé aquells que es mouen en ambients en els que es consumeixen drogues.

En el cas de que en l'entrevista es detecti el consum de drogues, tant de forma habitual com esporàdica, cal explorar si aquest consum es relaciona amb situacions de trànsit. Així mateix, es pot analitzar si el pacient utilitza vehicles conduïts per persones que estan sota la influència de drogues.

El missatge principal és que s'abstinguin de prendre drogues i que tinguin especialment en compte el risc si es condueix o es viatja amb conductors que n'han pres.

- Promoure el consell preventiu adreçat a usuaris de la bicicleta, sigui com esport o com mitjà de desplaçament.

La població diana la formen els usuaris de bicicleta (habituals o esporàdics).

En el cas de que el pacient utilitzi la bicicleta, potenciar la utilització d'elements de seguretat, especialment el casc.

El missatge principal és que amb la bicicleta s'ha d'utilitzar sempre el casc i recomanar l'elecció d'itineraris segurs.

- Promoure el consell preventiu adreçat a usuaris de ciclomotors o motocicletes per tal que utilitzin sempre el casc.

La població diana està formada pels usuaris de ciclomotor i motocicleta.

La probabilitat de petites caigudes amb el ciclomotor o la motocicleta suposa un risc de lesions greus molt elevat si no s'utilitza el casc. Per això s'ha de recomanar la seva utilització remarcant la necessitat de portar-lo ben cordat.

El missatge principal és que, amb motocicleta o ciclomotor, cal portar sempre el casc ben cordat.

- Promoure el consell preventiu adreçat a tots els pacients com a usuaris potencials de turismes.

La població diana la constitueixen els usuaris de turismes.

La utilització del cinturó de seguretat en qualsevol plaça de turisme incrementa la seguretat del conductor i passatgers. A més a més, en el cas de que es transportin infants, és important que s'utilitzin dispositius de seguretat especials (cadiretes, coixins elevadors).

El missatge principal és la utilització de dispositius de seguretat passiva per part de tots els usuaris d'un turisme.

- Promoure el consell preventiu adreçat a tots els conductors que tenen alguna disminució del seu estat psicofísic.

La població diana són els conductors que tenen alguna disfunció o alteració o consumeixen algun medicament que pot disminuir la seva capacitat per conduir.

Per motius diversos (malaltia, disminució, consum de medicaments) els conductors poden tenir afectada la seva atenció, estat de vigília, mobilitat, percepció, resposta motora, presa de decisions, etc. Sigui quina sigui la causa, en cas de risc s'ha de recomanar que el pacient no condueixi mentre existeixin aquestes limitacions, o bé s'adoptin les condicions necessàries per fer-ho amb tota seguretat.

En aquest darrer cas, es pot recomanar al pacient la visita a un centre de reconeixement de les aptituds psicofísiques.

Tanmateix, hi ha 2 situacions, en relació amb el consum d'alcohol i la conducció de vehicles, que presenten una complexitat més gran en la detecció i valoració del risc: la ingesta elevada aguda i esporàdica, que per les seves característiques no arriba a ser coneguda pel metge i que normalment no es declara en les consultes; i, d'altra banda, la baixa relació dels joves amb els serveis sanitaris, el que dificulta el seguiment i tractament d'hàbits no saludables en aquests pacients.

El missatge principal és:

- Abstenir-se de prendre begudes alcohòliques si s'ha de conduir, sobretot en el cas de conductors professionals.
- Reduir-ne el consum.
- Recordar la importància de no sobrepassar els límits reglamentaris d'alcoholèmia.

Qualsevol consulta pot ser una bona ocasió per donar el missatge als consumidors excessius d'alcohol detectats i a la població jove, poc freqüentadora d'atenció primària.

El consell té un especial interès després d'esdeveniments traumatològics a causa d'un accident.

Idees clau

- L'alta freqüència relativa dels accidents entre els joves i els adolescents té més intensitat en certs tipus d'accidents.
- Això és especialment rellevant en els accidents de trànsit, per la gravetat de les lesions i seqüeles que es produeixen.
- També tenen especial importància els accidents relacionats amb la pràctica de l'esport i altres activitats de lleure.
- Finalment, cal tenir en compte els accidents laborals i domèstics, que tot i ser més freqüents, la majoria generen danys d'importància menor en aquest grup d'edat.
- Per realitzar el consell educatiu en prevenció d'accidents cal tenir en compte un seguit de punts: establir una aliança educativa amb el pacient; aconsellar tots els pacients en funció del grup diana corresponent; conèixer, en la relació metge-pacient, els factors de risc dels pacients; seleccionar la conducta de salut que cal modificar; dissenyar un pla educatiu i executar-lo, i valorar els progressos del pacient.

Capítol 6

Recomanacions segons l'edat

6. Recomanacions segons l'edat

I. Recomanacions per edats Edat 12-14 anys

Cribratge (*screening*)

1. Anamnesi

- Dieta (alimentació equilibrada, control de greixos)
- Activitat física
- Consum d'alcohol, tabac o altres substàncies tòxiques
- Pràctiques sexuals

2. Examen o exploració física

- Pes i alçada
- Escoliosi i cifosi
- Valorar patologia ortopèdica
- Pressió arterial
- Agudesa visual
- Càries
- Estadis de Tanner (genitals externs, pilositat pubiana)
- Altres canvis puberals
- Pell (acne)

3. Proves complementàries

Es demanaran en cas d'individu d'alt risc i de forma individualitzada

4. Immunitzacions

- Controlar si el calendari vacunal està actualitzat.
En cas contrari, posar-lo al dia
- Tètanus-diftèria (Td): 14 anys (i a partir d'aquí, cada 10 anys dosi de record)
- Hepatitis A + B: 12 anys*

5. Educació sanitària i consell preventiu

- Dieta i exercici
- Tabac, alcohol i altres drogues o substàncies tòxiques
- Aconsellar conduir sota l'efecte de substàncies tòxiques

*Aquesta prova pilot es durà a terme fins el 2013-2014.

- Pràctiques sexuals
- Fisiologia i hàbits higiènics
- Desenvolupament i conducta sexual (autoestima, problemes relacionals)
- Prevenció de les malalties de transmissió sexual
- Ús del preservatiu
- Company/a sexual
- Contracepció
- Prevenció d'accidents
- Seguretat viària (casc, cinturó de seguretat, alcohol o substàncies tòxiques, conducció adequada)
- Esports de risc (utilització d'elements protectors, casc, genolleres)
- Higiene (corporal, salut bucodental)
- Consell protecció solar
- Expectatives d'evolució (problemes d'aprenentatge o escolars)
- Revisió de vacunes internacionals (si es viatja)

6. Signes d'alerta

- Síntomes depressius
- Factors de risc de suïcidi: idees persistents i franques de solucions impossibles, trastorns afectius, trastorns esquizofrènics, antecedents autolítics, conflictes familiars, plans de suïcidi, etc.
- Caiguda de dents, gingivitis
- Signes d'abús o maltractament
- Factors de risc de violència: marginació social, pobresa, mancances afectives, trastorns de desenvolupament de la personalitat (dissocial)

Recomanació de revisió anual, tenint en compte les condicions de normalitat

En determinats grups de risc i situacions específiques es valorarà la conveniència de fer les següents proves:

- Anticossos antirubèola
- En cas de malalties de transmissió sexual, detecció de clamídies, gonorrea, sífilis
- Prova de l'HIV
- Prova de la tuberculina
- Prova de Papanicolaou
- Proves d'audició

II. Recomanacions per edats

Edat 15-18 anys

Cribratge (*screening*)

1. Anamnesi

- Dieta
- Activitat física
- Consum d'alcohol, tabac o altres substàncies tòxiques
- Pràctiques sexuals (hàbits higiènics)

2. Examen o exploració física

- Pes i alçada
- Escoliosi i cifosi (a valorar individualment)
- Pressió arterial
- Estadis de Tanner (genitals externs, pilositat pubiana)
- Pell (acne)

3. Proves complementàries

Es demanaran en cas d'individu d'alt risc i de forma individualitzada

4. Immunitzacions

Controlar si el calendari vacunal està actualitzat. En cas contrari, posar-lo al dia

5. Educació sanitària

- Dieta i exercici físic
- Tabac, alcohol o altres drogues o substàncies tòxiques
- Aconsellar no conduir sota l'efecte de substàncies tòxiques
- Pràctiques sexuals
- Hàbits higiènics
- Desenvolupament i conducta sexual: autoestima, problemes relacionals
- Prevenció de les malalties de transmissió sexual
- Ús del preservatiu
- Company/a sexual
- Contracepció
- Prevenció d'accidents
- Seguretat viària. Consell sobre conducció, bicicleta i moto (casc, cinturó de seguretat, alcohol i substàncies tòxiques, conducció adequada)
- Esports de risc
- Higiene (corporal, salut bucodental)
- Consells sobre protecció solar
- Expectatives d'evolució (valorar el desenvolupament psicosocial del jove en diferents àmbits: família, escola societat i grup d'iguals, esplai)

- Oci i temps lliure
- Revisió de vacunes internacionals (si es viatja)

6. Signes d'alerta

- Síntomes depressius
- Factors de risc de suïcidi: idees persistents i franques de solucions impossibles, trastorns afectius, trastorns esquizofrènics, antecedents autolítics, conflictes familiars, plans de suïcidi, etc.
- Caiguda de dents, gingivitis
- Signes d'abús o maltractament
- Factors de risc de violència: marginació social, pobresa, mancances afectives, trastorns de desenvolupament de la personalitat (dissocial)

Recomanació de revisió anual, tenint en compte les condicions de normalitat

En determinats grups de risc i situacions específiques es valorarà la conveniència de fer les següents proves:

- Anticossos antirubèola
- En cas de malalties de transmissió sexual, detecció de clamídies, gonorrea, sífilis
- Prova de l'HIV
- Prova de la tuberculina
- Prova de Papanicolaou

III. Recomanacions per edats

Edat > 18 anys

Cribratge (*screening*)

1. Anamnesi

- Dieta
- Activitat física
- Consum d'alcohol, tabac i altres substàncies tòxiques
- Pràctiques sexuals (hàbits higiènics)

2. Examen o exploració física

- Pes i alçada
- Escoliosi i cifosi (a valorar individualment)
- Pressió arterial
- Estadis de Tanner
- Acne (pell)

3. Proves complementàries

Es demanaran en cas d'individu d'alt risc i de forma individualitzada.

4. Immunitzacions

Controlar si el calendari vacunal està actualitzat.
En cas contrari, posar-lo al dia

5. Educació sanitària

- Dieta i exercici físic
- Tabac, alcohol i altres drogues o substàncies tòxiques
- Aconsellar no conduir sota l'efecte de substàncies tòxiques
- Pràctiques sexuals
- Desenvolupament i conducta sexual (autoestima, problemes relacionals)
- Prevenció de les malalties de transmissió sexual
- Ús del preservatiu
- Company/a sexual
- Contracepció
- Prevenció d'accidents
- Seguretat viària (casc, cinturó de seguretat, alcohol o substàncies tòxiques, conducció adequada)
- Esports de risc
- Higiene (corporal, salut bucodental)
- Consells sobre protecció solar
- Expectatives d'evolució
- Revisió de vacunes internacionals (si es viatja)

6. Signes d'alerta

- Síntomes depressius
- Factors de risc de suïcidi
- Caiguda de dents, gingivitis
- Signes d'abús o maltractament
- Lesions en pell

Recomanació de revisió anual, tenint en compte les condicions de normalitat

En determinats grups de risc i situacions específiques es valorarà la conveniència de fer les següents proves:

- Anticossos antirubèola
- En cas de malalties de transmissió sexual, detecció de clamídies, gonorrea, sífilis
- Prova de l'HIV
- Prova de la tuberculina
- Prova de Papanicolau
- Proves d'audició

Signes d'alarma o d'alerta

1. Aparell genital

Indicacions de consulta al ginecòleg

- Trastorns de la pubertat femenina
- Trastorns menstruals
- Trastorns mamaris
- Hiperandrogenisme o excés d'hormones masculines
- Patologia vulvar
- Abús sexual

2. Alimentació

Especial atenció a malalties del tipus anorexia o bulímia

Criteris anorèxia nerviosa:

- Pèrdua de pes > 15% del pes ideal per edat i talla
- Distorsió de la percepció de la imatge corporal
- Por intensa a estar obès o guanyar pes
- Amenorrea postmenàrquies

Criteris bulímia nerviosa:

- Episodis d'ingesta compulsiva d'aliments en curt període de temps (2/setmana durant 3 mesos) + posterior sensació de pèrdua del control de la ingesta.
- Utilització de mesures compensatòries (laxar-se, vomitar, exercici físic exagerat)
- Preocupació exagerada pel control de pes i la silueta corporal

3. Desenvolupament i salut mental

- Si la pubertat es dona abans dels 9 anys en el noi
Pubertat precoç
- Si la pubertat es dona abans dels 8 anys en la noia
Pubertat precoç
- Si la menarquia es dona abans dels 10 anys és subsidiària de consulta mèdica
- Introversió o extroversió exagerades

Senyals d'alarma quadre depressiu:

- Tristesia
- Irritabilitat, mal humor
- Pèrdua de la capacitat per interessar-se i gaudir (anhedònia)
- Descens del rendiment acadèmic
- Idees persistents de suïcidi o pensaments persistents sobre la mort
- Queixes somàtiques (mal de cap, mal de panxa)
- Altres

Criteris de durada: sempre que l'adolescent tingui 3 o més d'aquests criteris i una durada superior a 2 setmanes caldrà descartar trastorn depressiu

Senyals d'alarma quadre maníac:

- Irritabilitat, agressivitat
- Idees de grandesa i de poder fer-ho tot
- Excitació, eufòria exagerada
- Parla accelerada i/o inconnexa
- Descontrol d'impulsos (conducta sexual, joc compulsiu)
- Altres

Criteris de durada: sempre que l'adolescent tingui 3 o més d'aquests criteris i una durada superior a 2 setmanes caldrà descartar trastorn de pressiu

Criteris ajut psicoterapèutic:

- Irritabilitat, ansietat i mal caràcter
- Desànim, cansament, sensació de fracàs i tristor continuada
- Malestar a la família
- Desinterès pels amics
- Canvis sobtats en el menjar, dormir i hàbits d'higiene
- Canvis de rendiment escolar
- Iniciació al consum de drogues
- Comportament de risc, conductes agressives i autolesives

Si persisteixen i/o s'agreugen aquests símptomes, hi ha una situació de crisi greu o si apareixen trastorns mentals greus en l'adolescent → Derivació al Centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) o a serveis especialitzats

4. Desenvolupament biopsicosocial

Situació de risc alt:

- Orfandat
- Famílies amb dificultats
- Ambient marginal, bandes

- Soledat en situacions de fracàs, ruptura, separació o pèrdua
- Abús o agressió
Pares, mares, educadors, treballadors socials i professionals sanitaris són necessaris per modificar la situació.

Dificultats d'adaptació:

- Inhibicions o fòbies
- Trastorns de la personalitat
- Alteracions socials
- Malalties o deformitat crònica
Requereix intervenció assessora o terapèutica d'un professional de salut mental

Dificultats greus:

- Delinqüència
- Trastorns conductuals i relacions que comporten marginalitat
- Psicosi i neurosi greus
- Alcohòlicisme i toxicomanies
Requereix intervenció d'un centre especialitzat, treball en equip i diferents institucions (escola, justícia, serveis socials)

5. Sexualitat

Sexualitat de risc:

- Edat d'inici dels contactes sexuals
- Possibles casos d'abusos sexuals
- Promiscuïtat sexual
- Possible inici de relacions homosexuals i bisexuals
- No utilització del preservatiu
- Consum de drogues que pot derivar en pràctica del sexe sense mesures de protecció
Per altres situacions específiques de risc vegeu els capítols corresponents a les malalties concretes.

Bibliografia

Bibliografía

Bibliografía del capítulo 1. L'atenció a l'adolescent: marc de referència

- AMA Council on Scientific Affairs. Confidential health services for adolescents. *JAMA* 1993;269:1420-4.
- American Academy of Pediatrics. Policy Statment. *Pediatrics* 1972;43-9.
- Anglin TM. School-Based Health Clinic. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. Society for Adolescent Medicine, 1988.
- Balassone ML, Bell M, Peterfreund N. A comparison of users of a school-based health and mental health clinic. *J Adolesc Health* 1991;12:240-6.
- Brañas P. Atención del pediatra al adolescente. *Pediatr Integral* 1997;2:207-16.
- Codi de Deontologia. Normes d'ètica mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1997.
- Corman L. El test PN. Manual primero. Barcelona: Editorial Herder, S.A., 1978.
- Dolz MJ. Capacidad de obrar del menor en su esfera personal (en especial, sobre su libertad sexual). A: Adolescencia y salud. Jornada sobre la atención a la sexualidad en el adolescente. Conselleria de Salut. Generalitat Valenciana. Valencia, 1998.
- Dulanto Gutiérrez E. Perfil del médico que atiende adolescentes. A: Méndez Ribas JM, editor. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 1993.
- Eisenstein E, Pagnoncelli de Souza R. Situaciones de riesgo para la salud en niños y adolescentes. Buenos Aires: FUSA 2000 Editora, 1994.
- Elster AB, Kuznets NJ. AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). Recommendations and rationale. Baltimore (USA): Williams and Wilkins, 1994.
- Elster AB, Zuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Versión Española. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1995.
- Ford CA, Millstein SG, Halpern-Feisher B, et al. Confidentiality and adolescent's disclosure of sensitive information [abstract]. *J Adolesc Health* 1996;18:111.
- Gallagher JR. Interviewing adolescents and their parents. *J Curr Adolesc Med* 1979;1:15-8.
- Gallagher RJ, Heald FP, Garell DC. Medical Care of the Adolescent. 3.ª ed. Nova York: Appleton Century Crafts, 1976.
- García-Tornel S, Gaspà J. Control de salud en la población adolescente. *Pediatr Integral* 1997;2:285-95.
- Girard GA. Aspectos éticos en la atención de adolescentes y jóvenes. *An Esp Pediatr* 1996;S80:61-4.
- Harold N, Young L. The St. Paul Story: the pionner school-based clinic program today. 2.ª ed. St. Paul (Minnesota), USA: Health Start, 1992.
- Hofmann AD. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. *J Adolesc Health Care* 1980; 1:9-17.
- Kaplan AW. Centros de salud escolares: atención primaria en la escuela secundaria. *MTA-Pediatría* 1996;17:440-50.
- Klein JD, Slap GB, Elster AB, Schonberg SK. Acces to health care for adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1992;13:162-70.
- 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: 450-8.
- Litt IF. Evaluation of the adolescent patient. Philadelphia (USA): Hanley and Belfus Inc., 1990.
- Maddaleno M. La evaluación clínica. A: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez Ojeda EN, editors. Manual de medicina de la adolescencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- McAnarney ER. Medicina del adolescente: desarrollo a lo largo del tiempo. *Pediatrics* (ed esp) 1988;26:71-3.
- Neinstein LS. Salud del adolescente. Barcelona: JR Prous Editores, 1991.
- Resnick MD, Blum RW, Heddin D. The apropiatness of health services for adolescents: youths' opinions and attitudes. *J Adolesc Health Care* 1980;1:137-41.
- Resnick MD, Litman TJ, Blum RW. Physician attitudes toward confidentiality of treatment for adolescents: findings from the Upper Midwest Regional Physicians Survey. *J Adolesc Health* 1992;13:616-62.
- Silber TJ. Adolescent medicine: the development of a new speciality. *Adolescence* 1980;15:495-500.
- Silber TJ. Paternalismo justificado en el cuidado de la salud del adolescente. Casos de anorexia nerviosa y abuso de sustancias. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* 1991;IV:14-9.
- 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;10:126-8.
- Suárez Ojeda EN, Munist MM, Silber TJ. Condiciones de eficiencia de los servicios ambulatorios de salud para los adolescentes. A: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TJ, Suárez Ojeda EN, Yunes J, editors. La salud del adolescente y

- del joven. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica n.º 552, 1995.
- Surís Granel JC. Dades sobre els adolescents a Catalunya. But Soc Cat Pediatr 1993;53:317-20.
- Surís JC, Parera N, Puig C. Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona 1993. Unitat d'Adolescents. Institut Dexeus. Barcelona, 1994.
- Terricabras JM. Aspectos éticos de la relación médico-adolescente. 3.ª Reunión anual de la Sección de medicina de la adolescencia de la AEP. Ponencias y comunicaciones. Girona: Bitò Produccions, 1992.
- Vallbona C. El pediatra, especialista idóneo para el adolescente. An Esp Pediatr 1987;S27:87-92.
- Vukasovic JB. La consulta con adolescentes. Educación a distancia en salud del adolescente, módulo 2 (53-67). Buenos Aires: EDISA, 1997.

Bibliografia del capítol 2. L'adolescent normal

- Adolescencia. Cuadernos de Salud VIII. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Albaigés L. Adolescència i salut mental. Eines de Salut núm. 7. Ajuntament de Hospitalet de Llobregat, 1987.
- Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, de Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Barcelona: Pulso ediciones. Lab. Alcalá Farma, 2002.
- Bras Marquillas J, et al. Problemas de salud en la infancia y la adolescencia. Atención Primaria. 4.ª ed. 1999.
- Campo I. Anticoncepció d'emergència. XII Simposi de la Societat Catalana de Contracepció. Sexualitat i anticoncepció a l'adolescència. Llibre de ponències. Barcelona, 2000.
- Casado I, et al. Guia d'atenció a l'adolescent sa. A: ICS. Aula d'atenció primària. Barcelona: ICS, 1999; p. 32-5.
- Casado M. Documento sobre salud sexual i reproductiva en la adolescencia. Observatori de Bioètica i Dret. Barcelona, 2002.
- Centerwal E. El amor en la adolescencia. Barcelona: Ediciones Serbal, 2000.
- Declaración sobre Doble Protección contra el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, incluido VIH. IPPF 2000.
- Documentos de consenso SEGO 2000. Ginecología de la adolescencia.
- Font P. Pedagogía de la sexualidad. Barcelona: Editorial Graó, 1990.
- Font P. Les relacions sexuals. Barcelona: Ed. La Magrana, 1994.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Salut jove. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Salut jove. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999. Disponible a: <http://www.gencat.net/sanitat>
- Kaplan LJ. Adolescencia. El adiós a la infancia. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- López F. Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Madrid: Siglo XXI, 1995.
- López Sánchez FI, Oroz A. Para comprender la vida sexual del adolescente. Pamplona: Editorial Verbo Divino, 1999.
- Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción, 2001.
- Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertad changes in girls. Arch Dis Child 1969;44:291-303.
- Molero F. Métodos anticonceptivos y cumplimiento en los jóvenes. XII Simposi de la Societat Catalana de Contracepció. Sexualitat i anticoncepció a l'adolescència. Llibre de ponències. Barcelona, 2000.
- Neinstein LS. Salud del adolescente. Prous Editores, 1991.
- OMS. Anticoncepción de emergencia. Guía para prestación de servicios. OMS, 2000.
- Parera N, de Álvarez M, Calaf J, Ros R, Cornella J. Manifestaciones clínicas de la pubertad en el varón y la mujer. A: Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Zaragoza: Wyeth Lederle, Sociedad Española de Contracepción 2001; p. 101-49.
- Pilai SB, Besner GE. Pediatric testicular problems. Pediatr Clin North Am 1998;45:813-30.
- Ramírez A, Martínez F, Bernabeu S, Díez E. Anticoncepción postcoital. Cap. 25. A: Sociedad Española de Contracepción (SEC). Manual de Salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Lab. Wyeth-Lederle, 2001.
- Ros R. La demanda (explícita o implícita) del adolescente en situaciones conflictivas de su sexualidad. VII Reunión Nacional de la Sección de Medicina del Adolescente de la AEP. Zaragoza, 1997.
- Skoog SJ. Bening and malignant pediatric scrotal masses. Pediatr Clin North Am 1997;44:1229-50.
- Sociedad Española de Contracepción (SEC). Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. (Cap. 21: Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven; Cap. 22: Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera naturales y DIU; Cap. 23: Anticoncepción hormonal en la adolescencia; Cap. 24: Anticoncepción en situaciones especiales). Zaragoza: Lab. Wyeth-Lederle, 2001.
- Sociedad Española de Contracepción (SEC). Buil Rada C, editor. Manual de anticoncepción hormonal oral. Lab. Wyeth-Lederle, 1997.
- Triadó Tur C, Martínez Criado G, Villar Posada F. Psicología del desenvolupament: adolescència, maduresa i senectut. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 2000.
- Tubert S. Un extraño en el espejo. La crisis adolescente. A Coruña: Ludus Editorial, 2000.
- Yago Simón T. Anticoncepción en la adolescencia. Centro municipal de Promoción de la salud de Zaragoza.

Enllaços:

<http://www.centrejove.org>

Bibliografia del capítol 3. Situacions peculiars

- Allué X. *Pediatría psicosocial*. Barcelona: Ergón Barcelona, 2000.
- Allué X. *Pediatría psicosocial*. Barcelona: Ergón, 2000.
- Ávila de Encio MC, Polaino-Lorente A. La evaluación de la hiperactividad infantil en el contexto pediátrico. *Acta Pediátrica Española* 1988;46:27-35.
- Blum RW, Suris JC, Patterson J. Chronic illness and disability in adolescence: global concerns. A: Lindström and Spencer, editors. *European textbook of social paediatrics*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1995.
- Bras J, de la Flor JE, Masdavid RM. Barcelona: Springer Verlag, 1997.
- Britto MT, Garrett JM, Dugliss MA, et al. Preventive services received by adolescents with cystic fibrosis and sickle cell disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1999;153:27-32.
- Britto MT, Garrett JM, Dugliss MA, et al. Risky behaviour in teens with cystic fibrosis or sickle cell disease: a multicenter study. *Pediatrics* 1998;101:250-6.
- Cabanyes J, Polaino-Lorente A. Bases biológicas y evaluación neurofisiológica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A: *Manual de Hiperactividad Infantil*. Cap VI. Madrid: Unión Editorial, 1997.
- Gascón J, Mallada P, Menchón JM. Agitación psicomotriz. A: *Comité Interhospitalario de Servicios de Psiquiatría. Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales*. Masson-Salvat Medicina, 1994.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, com, per què. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Barcelona, 2000.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut pública. Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut pública, 1999.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
- Marcelli D, Braconnier A. *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson, 1986.
- Marchesi A, Martin E. Del lenguaje del trastorno a las necesidades educativas especiales. A: Marchesi A, Coll C, Palacios J, editors. *Desarrollo psicológico y educación*. Vol 3, 1991.
- Martin E, Seligman P. *Niños optimistas. Cómo prevenir la depresión*. Barcelona: Grijalbo, 1999.
- Moore DR, Arthur JL. Delincuencia juvenil. A: Ollendick TH, Hersen M, editors. *Psicopatología infantil*. Ed. Martínez Roca, 1993.
- Organización Mundial de la Salud. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnosis criteria for research*. OMS, 1992.
- Perrin EC, Newacheck P, Pless BL, et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics* 1993;91:787-93.
- Polaino-Lorente A, et al. *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Ediciones del Castillo, 1997.
- Profesió num. 7: les relacions amb els tribunals de justícia, on figuren els models de quaderns. Profesió núm.2: assistència a menors, adolescents i maltractaments. Comunicat de lesions i d'abús sexual, a més a més de recomanacions a tenir presents. Web del Col·legi de metges: <http://www.comb.es>
- Protocol d'atenció als nens i nenes immigrants, dintre del marc del Programa del Nen Sa (pendent de publicació).
- Rutter M, Giller H. *Delincuencia juvenil*. Ed. Martínez Roca, 1988.
- Sánchez Chamorro M. *Psicoterapia dinámica en la delincuencia juvenil*. Ed. Herder, 1981.
- Síndic de Greuges. Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors (Document de consens). Barcelona, 1999.
- Suris JC, Parera N, Puig C. Chronic illness and emotional distress in adolescence. *J Adolesc Health* 1996;19:153-6.
- Suris JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behaviour of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996;19:124-31.
- Suris JC. L'entorn quotidià dels adolescents amb malalties cròniques. (Aportacions; 10). Barcelona: Secretaria General de Joventut de la Generalitat de Catalunya, 2000.
- Tsiantis J, Macri I. Factores de riesgo y protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. A: Rodríguez Sacristán J, editor. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Vol. II. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995; p. 1191-213.
- Wolfe DA, Pierre JS. Abuso y abandono en la infancia. A: Ollendick TH, Hersen M, editors. *Psicopatología infantil*. Ed. Martínez Roca, 1993.

Enllaços:

<http://www.infopsicopedagogia.com>

<http://www.psicopedagogia.com>

Parlen de trastorns del desenvolupament.

<http://www.monografias.com>

Són monografies sobre trastorns específics, altres patologies i temes relacionats amb l'adolescència.

http://www.ldonline.org/ccldinfo/spanish_index.html

Parla de trastorns de l'aprenentatge, informació, estratègies i recursos.

Bibliografia del capítol 4. L'adolescent amb problemes específics

- Argente J, Carrascosa A, Gracia R, Rodríguez F. *Tratado de endocrinología pediátrica y de la adolescencia*. 2ª ed. Barcelona: Doyma, 2000.

- Brañas Fernandez P. Atención al adolescente en salud mental.
- Brusko M. Cómo convivir con un adolescente. Ed. Grijalbo, 1987.
- Cañete R, Fernández JM, Martínez-Aedo MJ, Ródenas G. Manual de endocrinología pediátrica para atención primaria. Madrid: Aula Médica, 2000.
- Carencia afectiva, hipercesinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia. Editorial Laertes.
- CIE-10.
- Cruz JA. Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe–Southern Europe. *Eur J Clin Nutr* 2000;54(Suppl 1):S29-35.
- Cruz M, Argemí J. Tratado de pediatría. 14.ª ed. Madrid: Mc Graw Hill, 1993.
- Del Couz García A, Peña Vázquez J. Problemas ortopédicos prevalentes en los adolescentes. A: Crespo Hernández M, editor. Manual del residente y sus áreas específicas. 1.ª ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 1997; p. 1657-65.
- Dimeglio A. Ortopedia infantil cotidiana. Barcelona: Masson SA, 1991.
- Doménech E, Polaino A. Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona: Espaxs, 1990.
- DSM-IV.
- Faber A, Mazlish E. Cómo hablar a sus hijos para que sus hijos le escuchen, cómo escuchar a sus hijos para que sus hijos le hablen. Ed. Medici.
- Galdó A, Cruz M. Tratado de exploración clínica en pediatría. Barcelona: Masson, S.A., 1995.
- Garber S. Portarse Bien. Ed Medici, 1993.
- García O, Vall O. Protocolos prácticos de pediatría. Barcelona: Doyma 1994.
- Häfner H, der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42:139-51.
- Häfner H, der Heiden W, Behrens S, Gattaz WF, Hambrecht M, Löffler W, et al. *Schizophr Bull* 1998;24:99-113.
- Herbert M. Entre la tolerancia y la disciplina. Ed. Paidós.
- Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry. 3.ª ed. Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2002.
- Mardomingo Sanz MJ. Trastornos del estado de ánimo. A: Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969;44:291-303.
- Meeks C. Recetas para educar. Ed Medici, 1993.
- Moreno LA, Sarria A, Fleta J, Rodríguez G, Bueno M. Trends in body mass index and overweight prevalence among children and adolescents in the region of Aragon (Spain) from 1985 to 1995. *Int J Obes Relate Metab Disord* 2000;24:925-31.
- Neistein LS. Salud del adolescente. Barcelona: JR Prous, 1991.
- Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull* 1996; 22:223-40.
- OMS. World Health Statistics Annual. Ginebra: OMS, 1992.
- Parera N, de Álvarez M, Calaf J, Ros R, Cornella J. Manifestaciones clínicas de la pubertad en el varón y la mujer. En: Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Wyeth Lederle, Sociedad Española de Contracepción, 2001; p. 101-49.
- Pilai SB, Besner GE. Pediatric testicular problems. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:813-30.
- Protocol de salut mental infantil i juvenil. Programa de seguiment del nen sa. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Recommendations for phisicians and other health professional. AMA. Guidelines for Adolescents Preventive Services (GAPS).
- Ricker A, Crowder C. ¡No seas impertinente! Ed. Siglo XXI, 1999.
- Ríos M, Fluiters E, Pérez Méndez LF, García-Mayor EG, García-Mayor RV. Prevalence of childhood overweight in Northwestern Spain: a comparative study of two periods with a ten year interval. *Int J Obes Relate Metab Disord* 1999;23: 1095-8.
- Sagrera M. Riesgo y prevención de anorexia y bulimia. Ed. Martínez Roca.
- Salcedo F, Cabrejas A. Acné. *Semfyc: Guía de actuación en Atención Primaria*, 1998; p. 512-5.
- Shaffer y Faydigeronimo. Enseñe a su hijo a comportarse. Ed. Vergara.
- Skoog SJ. Bening and malignant pediatric scrotal masses. *Pediatr Clin North Am* 1997;44:1229-50.
- St. James E. Simplifica tu vida con los niños. Colección árbol de la vida. Ed. Oniro, 1997.
- Topro J, Artigas M. El cuerpo como delito. Ed. Martínez Roca.
- Toro J, Castro J. Detección precoz de la anorexia nerviosa. Vol. 1. *Jano* 23/02/1996.
- Turon V. Anorèxia y bulímia. CD-Rom. Laboratoris ESTEVE.
- Turon V. Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia y obesidad. Ed. Masson, 1998.
- Velasco JA. Tratamiento del acné. *FMC* 1997;4:262-6.

Enllaços:

- <http://www.aacap.org>
- <http://www.eufic.org>
- http://www.geocities.com/ad_container/pop.html
- <http://www.monografias.com>
- <http://www.noah.cuny.edu/sp>

**Bibliografia del capítol 5.
Conductes de risc**

- Altet Gómez MN, Pascual Sánchez MT y Grupo de trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000;52:168-77.

- Álvarez F. Seguridad vial y medicina de tráfico. Barcelona: Masson, 1997.
- Arseneault L, et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002;325:1212-3.
- Beck-Sague C, Larsen S, Rice R. Sexually transmitted infections in adolescents. A: Atlas of sexually transmitted diseases and AIDS. Mosby-Wolfe, 1996.
- Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior, 2002.
- Berman SM, Hein K. Adolescents and STDs. A: Sexually transmitted diseases. Mc Graw Hill, 1999.
- British Lung Foundation. A smoking gun? The impact of cannabis smoking on respiratory health. Disponible a: http://www.lunguk.org/news/a_smoking_gun.pdf
- Conors N, et al. Sexually transmitted diseases among teenagers in England and Wales. *CDR review*, 1997.
- Consell preventiu sobre la seguretat viària a l'atenció primària: recomanacions per a la seva extensió. Pla de Salut quadern núm. 3.
- Degenhardt L, Hall W. Cannabis and Psychosis. *Curr Psychiatry Rep* 2002;4:191-6.
- Díaz A, et al. Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. 2001.
- Díaz E, Villarbí JR, Nebot M, Aubà J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998;110:334-9.
- Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Beveu menys. Barcelona: Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2001.
- Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta escolar sobre drogues en la població escolar 2000. Document multifotocopiat. Barcelona: Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001.
- Fundació Francisco Ferrer. Los accidentes de tráfico. Una problemática juvenil. Barcelona, 1995.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Salut Jove. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 1999.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Ghuran A, et al. Cardiovascular complications of recreational drugs. *BMJ* 2001;323:464-6.
- Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Sociedad Española de Contracepción, 2001.
- Hall W. The Public health significance of cannabis use in Australia. *Aust J Public Health* 1995;19:235-42.
- Heather Ashton C. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychiatry* 2001;178:101-6.
- Hollister LE. Health aspects of cannabis. *Pharmacol Rev* 1986;38:1-20.
- Informació General para la prevención de drogodependencias; FAD, 1997.
- Informes anuals de l'Observatori de Nous Consums Juvenils. Direcció General de Drogodependències i Sida.
- Institut Català de Seguretat Viària. Beure, viure i conviure. Barcelona: Institut Català de Seguretat Viària, 1994.
- Institut Català de Seguretat Viària. El llibre blanc de la seguretat viària a Catalunya. Barcelona: Institut Català de Seguretat Viària, 1992.
- Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *Br Journal Psychiatry* 2001;178:116-22.
- Kavanagh DJ, Mueser KT. El futuro de la terapias cognitivas y conductuales en la prevención y tratamiento precoz de la psicosis: oportunidades y riesgos. *RET Revista de Toxicomanías*. Núm. 34, 2003.
- Luengo MA, Romero E, Gómez JA, Guerra A, Lence M. Prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Ministerio de Educación y Cultura; Ministerio de Sanidad y Consumo; Ministerio del Interior y Universidad de Santiago de Compostela, 1999.
- Lynskey MT. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co twin controls. *JAMA* 2003;289:427-33.
- Mahndiratta SS, Wig NN. Psychosocial effects of longterm cannabis use in India. A study of fifty heavy users and controls. *Drug Alcohol Depend* 1975;1:71-81.
- McConaughy E, Prochaska J, et al. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, research, and practice* 1983;20:368-75.
- Mittleman MA, et al. Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation* 2001;103:2085.
- Moncada S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 1997.
- Montoro L, Alonso F, Esteban C, Toledo F. Manual de seguridad vial: el factor humano. Barcelona: Ariel, 2000.
- Moskowitz H. Marihuana and driving. *Accid Anal Prev* 1985;17:323-45.
- Núñez Domínguez LA. Deterioro cognitivo tras consumo de cannabis. *Rev Neurol* 2001;33:482.
- O'Kane CJ, et al. Cannabis and driving: a new perspective. *Emerg Med* 2002;14:296-303.
- Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'atenció primària davant les drogues de síntesi. Barcelona: Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.

- Pardell H, Saltó E, Jané M, Salleras L. Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días. *Med Clin (Barc)* 2001;116:60-2.
- Patton GC, et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002;325:1195-8.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
- Rey JM, Tennant CC. Cannabis and mental health. *BMJ* 2002; 325:1183-4.
- Ros Rahola R, Palau Gené M, Ruiz Andorra E. Embarazo en la adolescencia. *Formación Médica Continuada. Actualización.* Vol 2, Núm. 5, 1995.
- Servei Català de Trànsit. Anuari estadístic d'accidents a Catalunya. Any 2001. Barcelona, 2002.
- Servei Català de Trànsit. La reconstrucció de l'accident de trànsit. Barcelona, 2001.
- Servei Català de Trànsit. Pla Català de Seguretat Viària. Trienni 2002-2004. Barcelona, 2002.
- Smith NT. A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction* 2002; 97:621-32.
- Solowij, et al. Cognitive functioning of Long term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA* 2002;287:1123-31.
- Strang J, et al. Improving the quality of the cannabis debate: defining the different domains. *BMJ* 2000;320:108-10.
- Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2002.
- US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: A report of the surgeon general. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- VV.AA. Información general para la prevención de drogodependencias. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción i Comissió Europea, Direcció General IB, 1997.
- WHO. Guidelines for controlling and monitoring the TOBACCO EPIDEMIC. Geneva, 1998.
- WHO. International consultation on environmental tobacco smoke and child health: consultation report. *Who/Ncd/Tfi/99.11*.
- Zammit S, et al. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002;325:1199.

Enllaços:

- Campanya per mantenir lliures de tabac els nois i noies
<http://www.tobaccofreekids.org>
- Campanya "Ells són rics, tu estàs mort?" (Universitat de Miami)
<http://www.mededu.miami.edu/Tobacco>
- Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/tobacco>
- Directori de recursos a Internet sobre drogodependències i addiccions
<http://www.lasdrogas.net>
- Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya, 2001
<http://www.gencat.net:81/joventut/catala/publicacions/dexeus.htm>
- Generalitat de Catalunya: publicacions i dades epidemiològiques
<http://www.gencat.net/sanitat/>
- Informe "The European Health Report 2002"
<http://www.euro.who.int>
- Informe "World Health Report 2002"
<http://www.who.int/whr/en>
- Ministerio de Sanidad y Consumo: dades estadístiques i enllaços amb organismes internacionals
http://www.msc.es/estadisticas_sanitarias/home.html
- Organització Mundial de la Salut
<http://www.who.int>
- Organització Panamericana de la Salut
<http://www.smokefreeamericas.org>
http://www.drugfreeamerica.org/templates/help_for_parents.asp (guia per pares)
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
<http://www.separ.es/areas/tabacismo>
- "Tobacco Control"
<http://www.tc.bmjournals.com>
- "Tobacco Control in Developing Countries", "Curbing the Epidemic: governments and the economics of tobacco"
<http://www.worldbank.org/tobacco>
- Unió Internacional contra el Càncer
<http://www.globalink.org/tobacco>
<http://factsheets.globalink.org/> (petites guies)

