

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Medicina

Tesi Doctoral

**Detecció de conductes de risc i problemes
de salut dels adolescents i joves des de la
consulta d'Atenció Primària.**

Autor

Ferran Tamarit i Corella

Direcció

Amando Martín i Zurro

Josep Jiménez i Villa

Girona, octubre de 2008

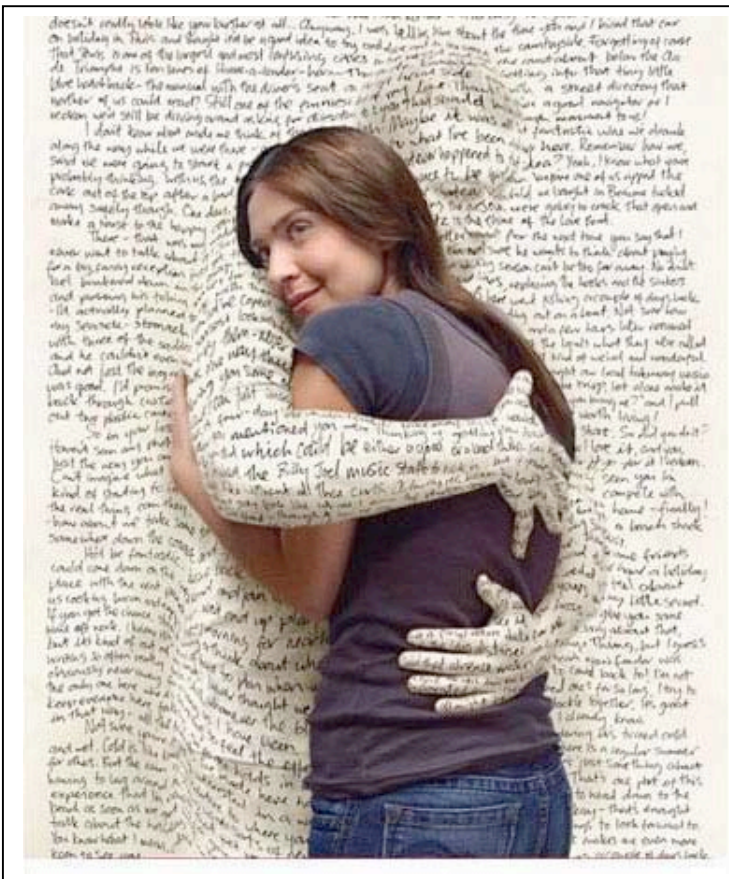
Venir d'una família de classe obrera, emigrada/immigrada a Catalunya

Imprimeix valors: com l'esforç i la disciplina.

Recordo vagament la meva adolescència i sé que ja no tinc edat per a fer el Doctorat

Com tampoc per a córrer maratons o fer camins de Santiago

Però la il·lusió per aprendre i superar-me encara és viva



Queda Prohibido

Queda prohibido llorar sin aprender,
levantarte un día sin saber que hacer,
tener miedo a tus recuerdos...

Queda prohibido no sonreír a los problemas,
no luchar por lo que quieres,
Abandonarlo todo por miedo,
No convertir en realidad tus sueños...

Queda prohibido no intentar comprender
a las personas,
pensar que sus vidas valen menos que la tuya,
no saber que cada uno tiene su camino y su dicha..

Queda prohibido no crear tu historia,
no tener un momento para la gente que te necesita,
no comprender que lo que la vida te da,
también te lo quita..

Queda prohibido, no buscar tu felicidad
no vivir tu vida con una actitud positiva,
no pensar en que podemos ser mejores,
no sentir que sin ti, este mundo no sería igual...

Pablo Neruda

A Fernando, Felisa, Granada, Ferri i Laura.

AGRAÏMENTS

Per a mantenir-se viu cal plantejar-se reptes malgrat que el més fàcil és no fer res nou, no córrer riscos, instal·lar-se en una comoditat relativa, avorrida.

Quan vaig començar l'estudi els meus fills tenien 8 i 10 anys, entraven a l'adolescència, un món apassionant com la música, la poesia o la política. Sentia en aquells moments i avui, una gran preocupació per la seva situació, crec que els hi deixem un món difícil, molt més difícil que el que ens van deixar a nosaltres, un planeta i una societat molt més deteriorada i menys lliure, però encara penso que podem canviar aquesta situació.

Una Tesi feta des de la consulta d'AP en primera línia d'assistència, a la trinxera, pot servir per a demostrar als joves metges generals/de família que des de la consulta es pot fer recerca, es pot fer el Doctorat, però que no només es pot, sinó que cal fer-ho, per lluitar contra la rutina, contra la manca de temps i recursos, contra aquells que només veuen economia on també hi ha humanisme, art...persones.

Sense la vostra ajuda, sobretot com a amics, res hauria estat possible.

Una abraçada nerudiana a tothom.

A Amando i Josep per la seva paciència

Carme Borrell sempre a prop meu des del Màster de Salut Pública

A la Gemma Cano per l'anàlisi

A la Fundació Gol i Gorina per la mauvaise reputation

Als monjos de Poblet, al Monestir, als xipessos, a la solitud

A Josep Maria Sirvent per la tesina de la Suficiència Investigadora

A Francesc Iglesias pels anys de treball en comú

A Manel per la tesina del Màster

A Mikel Laboa, Verdi, Aute,Arvo.....per la música

Al club de los poetas muertos. Oh capitán, mi capitán.....

Als adolescents que he visitat

A todos y todas “por los ratos, retos, ritos, rotos y rutas compartidas”.

RESUM

OBJECTIUS: Estudiar la detecció de conductes de risc i problemes de salut en els adolescents i joves d'entre 15-24 anys atesos consecutivament durant dotze anys a una consulta d'AP.

MATERIAL I MÈTODES: Es tracta d'un estudi descriptiu transversal fet al CAP de Salt (Girona) utilitzant com unitat d'anàlisi l'individu. Les dades van ser recollides en una única intervenció. Estima les prevalences generals així com amb quines variables sociodemogràfiques (sexe, nacionalitat, creences religioses, família monoparental i nivell d'estudis) estan associats els riscos i problemes (sexualitat, drogues, conducció, TCA, salut mental, sedentarisme, dèficit d'hores de son, TA, IMC i analítica). També compara la seva evolució en dos períodes de temps i estudia quines conductes de risc i problemes s'observen als 15-16 anys. S'han calculat tant els estadístics Xi-quadrat como OR, aplicant una regressió logística binària, per a fer les anàlisi de l'estudi.

Aborda l'estudi dels riscos no només "clàssics" (sexualitat, drogues i conducció) sinó d'altres com la salut mental, incloent en la mateixa el suïcidi, els maltractaments, els abusos sexuals, les sectes, els TCA, el dèficit d'hores de son, haver estat visitat per un psicòleg o psiquiatra en algun moment de la seva vida i l'obesitat, que s'assumeix que formen un conjunt relacionat.

Aporta no només una enquesta sinó també un examen de salut (IMC, TA i analítica), així com una aproximació a l'estudi de les desigualtats en salut en l'adolescent i jove a partir del màxim nivell d'estudis reglats assolits, com a indicador de la classe social.

La intervenció es va fer intercalada entre les visites de dia de la consulta i era voluntària.

RESULTATS:

S'han visitat a 967 adolescents (480 homes i 487 dones) durant el temps d'estudi.

La prevalença en tabaquisme va ser del 40,68%, en sedentarisme del 58,92%, en sobrepès del 16,13%, obesitat del 6,76%, salut mental del 21,73% i amb TCA del 9,03%.

És rellevant que als 15-16 anys un 21,2% ja fumin, que el 15,9% tinguin risc de patir un TCA, que el 52,9% siguin sedentaris, que el 19,5% tinguin algun problema de salut mental, que el 12,6% tinguin sobrepès i el 7,0% obesitat.

En els homes els riscos estan relacionats amb la conducció, l'alcohol, el cànnabis, altres drogues i l'HTA, mentre que en les dones amb els TCA, la salut mental i el sedentarisme.

alcohol	relacionat amb totes les conductes menys conducció, TCA i salut mental
cànnabis i altres drogues	relacionats amb totes les conductes menys conducció i TCA
tabac i sexualitat	relacionats amb totes les conductes menys TCA
salut mental	relacionada amb totes les conductes menys conducció i alcohol
conducció	només relacionada amb sexualitat i tabac
TCA	només relacionada amb salut mental

Ésser dona:	protector amb conducció, alcohol, cànnabis, altres drogues, alteracions analítiques i HTA	(6)
	risc amb sedentarisme, salut mental i TCA	(3)
El nivell d'estudis baix:	risc amb el tabac, conducció i sedentarisme	(3)
El no tenir creences	risc amb el tabac, alcohol, cànnabis, altres drogues i conducció	(5)
La família monoparental:	risc amb sexualitat i salut mental	(2)
Ésser immigrant:	protector amb conducció, tabac, alcohol, altres drogues i salut mental	(5)
	risc amb alteracions analítiques	(1)

DISCUSSIO/CONCLUSIONS: Les consultes d'AP són un dels espais més importants per a fer prevenció perquè permeten la intervenció individualitzada, realitzar un examen de salut, un seguiment i accedir a tots els adolescents, essencialment a "l'adolescente sà".

El tabac sempre al capdavant com a primer problema evitable de malaltia en Salut Pública, la salut mental amb els TCA i el dèficit d'hores de son com un conjunt on cal invertir més recursos així com en el tàndem sobrepès/obesitat i sedentarisme, una epidèmia sense control.

En *homes i dones* les conductes de risc són diferents i caldria dissenyar intervencions preventives diferenciades, les *creences religioses* fortament associades com a protectores al consum de drogues, el baix *nivell d'estudis* associat a més exposició al risc, al contrari que *ésser immigrant* associat en general a protecció. La majoria de les conductes de risc estan relacionades entre sí.

Als 15-16 anys en relació a 17-24 hi ha més risc en TCA, obesitat i alteracions analítiques i comparant *els períodes 1993-99 i 2000-05* han millorat les prevalences de consum de totes les drogues i la salut mental, en canvi ha empitjorat el sedentarisme i les alteracions analítiques.

La situació de salut dels adolescents de Salt es pot definir com de vulnerabilitat. Cal millorar en general les dades epidemiològiques, sobretot des de l'AP, i augmentar la recerca en relació a les desigualtats en salut, les creences religioses, la immigració o l'aparició de nous riscos emergents com són l'assetjament escolar, la violència masclista o la mala utilització de les noves tecnologies.

RESUMEN

OBJECTIVOS: Estudiar la detección de conductas de riesgo y problemas de salud en los adolescentes y jóvenes de 15-24 años atendidos consecutivamente durante doce años en una consulta de AP.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en el CAP de Salt (Girona) utilizando como unidad de análisis el individuo. Los datos fueron recogidos en una única intervención. Estima las prevalencias generales y también con qué variables demográficas (sexo, nacionalidad, creencias religiosas, familia monoparental y nivel de estudios) están asociados los riesgos y problemas (sexualidad, drogas, conducción, TCA, salud mental, sedentarismo, déficit horas de sueño, TA, IMC y analítica). También compara su evolución en dos periodos de tiempo y estudia qué conductas de riesgo y problemas se encuentran en las edades de 15-16 años. Se han calculado tanto los estadísticos Xi-cuadrado como OR, aplicando una regresión logística binaria, para hacer los análisis del estudio.

Aborda el estudio no sólo de los riesgos clásicos (sexualidad, drogas y conducción) sino otros como la salud mental que incluye el suicidio, los maltratos, los abusos sexuales, las sectas, los TCA, el déficit de horas de sueño, haber sido visitado por un psicólogo o psiquiatra en algún momento de su vida y la obesidad, asumiendo que forman todos ellos un conjunto relacionado.

Este estudio aporta no sólo una encuesta sino también un examen de salud (IMC, TA y analítica), así como una aproximación al estudio de las desigualdades en salud en los adolescentes a partir del máximo nivel de estudios reglados conseguido, como indicador de clase social.

La intervención fue intercalada entre las visitas del día y era voluntaria.

RESULTADOS:

Se han visitado a 967 adolescentes (480 hombres y 487 mujeres) durante el tiempo de estudio

La prevalencia en tabaquismo es del 40,68%, en sedentarismo del 58,92%, en sobrepeso del 16,13%, en obesidad del 6,76%, en salud mental del 21,73% y en TCA del 9,03%.

Es relevante que a los 15-16 años un 21,2% ya fumen, que el 15,9% tengan riesgo de tener un TCA, que el 52,9% sean sedentarios, que el 19,5% tengan algún problema de salud mental, que el 12,6% tengan sobrepeso y el 7,0% obesidad.

En los hombres los riesgos están relacionados con la conducción, el alcohol, el cánnabis, otras drogas y la HTA mientras que en mujeres con los TCA, la salud mental y el sedentarismo.

alcohol relacionado con todas las conductas menos conducción, TCA y salud mental

Cánnabis y otras drogas relacionados con todas las conductas menos conducción y TCA

tabaco y sexualidad relacionados con todas las conductas menos TCA

salud mental relacionada con todas las conductas menos conducción y alcohol

conducción relacionada con sexualidad y tabaco

TCA solo relacionada con salud mental

Ser mujer:	protector con conducción, alcohol, cánnabis, otras drogas	
	alteraciones analíticas y HTA	(6)
	riesgo con sedentarismo, salud mental y TCA	(3)
El nivel de estudio bajo:	riesgo con tabaco, conducción y sedentarismo	(3)
El no tener creencias:	riesgo con tabaco, alcohol, cánnabis, otras drogas	
	y conducción	(5)
La familia monoparental:	riesgo con sexualidad y salud mental	(2)
Ser inmigrante:	protector con conducción, tabaco, alcohol, otras drogas	
	y salud mental	(5)
	riesgo con alteraciones analíticas	(1)

DISCUSION/CONCLUSIONES: Las consultas de AP son uno de los lugares más importantes para hacer prevención porque permite la intervención individualizada, realizar un examen de salud, un seguimiento i acceder a todos los adolescentes, esencialmente al “adolescente sano”.

El tabaco siempre como primer problema evitable de enfermedad en Salud Pública, la salud mental con los TCA y el déficit de horas de sueño como un conjunto donde hay que invertir recursos como en el tándem sobrepeso-obesidad y el sedentarismo, una epidemia sin control.

En *los hombres y las mujeres* las conductas de riesgo son diferentes y se deberían diseñar intervenciones preventivas diferenciadas, las *creencias religiosas* fuertemente asociadas como protectoras a las conductas de riesgo en relación al consumo de drogas, el *bajo nivel de estudios* asociado en general a más exposición al riesgo, todo lo contrario que ser inmigrante asociado a protección. La mayoría de las conductas de riesgo están relacionadas entre sí.

A los 15-16 años en relación a los 17-24 años más riesgo en TCA, obesidad y alteraciones analíticas y comparando los *periodos 1993-99 y 2000-05* han mejorado las prevalencias de todas las drogas y la salud mental, empeorando el sedentarismo y las alteraciones analíticas.

La situación de salud de los adolescentes de Salt puede definirse como de vulnerabilidad. Hay que mejorar en general los estudios epidemiológicos, sobretodo desde l’AP, y aumentar la investigación en relación a las desigualdades en salud, las creencias religiosas, la inmigración o la aparición de nuevos riesgos emergentes como son el acoso escolar, la violencia machista o la mala utilización de las nuevas tecnologías.

ABSTRACT

PURPOSE: Studying the detection of risky behaviours and health problems in 15-24-year-old youngsters, men and women, attended for twelve years in clinic of primary care.

MATERIAL AND METHODS: It is a descriptive transverse study carried out in the Health Centre in Salt (Girona) using the own individual as unit of analysis. The information was obtained in just one intervention. It estimates the general prevalence in relation with independent variables (sex, nationality, religious beliefs, single-parent family and level of studies) which are associated with risky behaviours and health problems (sexuality, drugs use, dangerous-driving behaviour, TCA, mental health, sedentary habits, lack of sleep, TA, IMC and analytical). It also compares their evolution in two periods of time and studies which risky behaviours and problems can be found at the age of 15-16 years. Chi-square and odds ratio, applying a logistic binary regression, were used to analyse the study.

It approaches not only a survey of common risks (sexual risk, drugs use and vehicles-related behaviours) but a survey in relation to the mental health that includes suicide, mistreatments, sexual abuses, sects, TCA, lack of sleep, having been visited by a psychologist or psychiatrist specialist in one moment of their life and obesity, assuming that all of them are linked.

This study is not only a survey but a health examination as well (IMC, TA and Blood test). As well as an approach to the study of health inequalities in the adolescence and youngsters from the maximum level of ruled obtained studies, as indicator of social class.

The intervention was inserted among the visits of the day and was voluntary.

RESULTS:

During the time of the survey 967 adolescents (480 men and 487 women) were visited.

The prevalence allowed in tobacco is 40,68 %, in sedentary habit is 58,92 %, in overweight is 16,13 %, obesity is 6,76 %, in mental health is 21,73 % and in TCA is 9,03 %.

Its is relevant that at the age of 15-16 a 21,2 % already smokes, that 15,9 % have a risk of having a TCA, that a 52,9 % is sedentary, that 19,5 % has some mental health problem, that a 12,6 % has overweight and 7,0 % obesity.

Among men more risks can be found in vehicles-related behavior, alcohol, cannabis, other drugs and HTA while in women there is more risk of TCA, mental health and sedentary habit (style)

alcohol related with all behaviours but not with vehicles-related behaviour, TCA and mental health

cannabis and other drugs related with all behaviours but not with vehicles-related behaviour and TCA

tobacco and sexuality related with all behaviours but not with TCA

mental health related with all behaviours but not with vehicles-related behaviour and alcohol

vehicles-related behaviour only related with sexual risk and tobacco

TCA only related with mental health.

Being a woman:	protector	vehicles-related behavior, alcohol, cannabis, other drugs, analytical alterations and HTA	(6)
	risk	sedentary habit, mental health and TCA	(3)
Level of low studies:	risk	tobacco, vehicles-related behavior and sedentary habit	(3)
Lack of beliefs:	risk	tobacco, alcohol, cannabis, other drugs and vehicles-related behavior	(5)
Single-parent family:	risk	sexual risk and mental health	(2)
Being an immigrant:	protector	vehicles-related behavior, tobacco, alcohol, other drugs and mental health	(5)
	risk	analytical alterations	(1)

DISCUSSION / CONCLUSION:

The surgeon of primary care is one of the most important places to make a preventive intervention because it allows a personal contact, doing a health examination, a follow-up and access to all the teenagers, essentially the "healthy teenager".

The tobacco, always as the main avoidable problem of disease in Public Health, the mental health together with the TCA, and the lack of sleep is a group where it is needed to increase resources, along with the tandem overweight-obesity and the sedentary habits: an epidemic without control.

In *men and women* the risk behaviours are different, and we must draw preventive differentiate in women can be found more risk in mental health, TCA and sedentary habits, while in men there is more risk in vehicles-related behaviour and all the drugs. The *religious beliefs* as a variable strongly associated with the risky behaviour related with drugs abuse and, on the other hand, not related with sexual risk, the *low level of studies* associated with more exposure to the risk, the contrary of *being an immigrant* as a protective variable to mental health, drug abuse and vehicles-related behaviour. Most of the risky behaviours are related between them.

In the age of 15-16 years old, compared to the age of 17-24, there is a big risk of TCA, obesity and analytical alterations and, compared to the periods 1993-99 and 2000-05, have improved all the variables related with drugs abuse and the mental health, and sedentary habits and analytical alterations have worsened. The health situation of Salt teenagers is of vulnerability. It is necessary to improve in overall the epidemiological data, especially from the primary care services and to increase the research related to health inequalities in those ages, in religious beliefs, in the immigration and finally to warn before new emergent risks like bullying, violence against women or wrong use of the new technologies arise.

ÍNDIX GENERAL

INTRODUCCIÓ

1.1. Antecedents. Característiques de l'adolescència.....	19
1.2. Epidemiologia de l'adolescència	
1.2.1. Dades generals.....	28
1.2.2. Desigualtats en salut	33
1.2.3. Mortalitat.....	35
1.2.4. Nous riscos en l'adolescència.....	36
1.3 Aspectes jurídics/legals.....	39
1.4 Justificació de l'estudi.....	40

OBJECTIUS

2.1 Principals.....	49
2.1 Secundaris.....	49

HIPÒTESI

3.1 Hipòtesi de l'estudi.....	53
-------------------------------	----

MATERIAL I MÈTODES

4.1 Disseny de l'estudi.....	57
4.2 Emplaçament	
4.2.1 Característiques demogràfiques del poble de Salt.....	57
4.2.2 L'Atenció Primària a Salt	59
4.3 Població d'estudi	
4.3.1 Criteris de selecció.....	60
4.3.2 Representativitat.....	61
4.4 Recollida de dades	
4.4.1 Fonts d'informació.....	63
4.4.2 Procediments.	
4.4.2.1 Generals.....	64
4.4.2.2.Específics.....	65
4.5 Variables de l'estudi	
4.5.1 Dependents.....	66
4.5.2 Independents.....	74
4.6 Pla d'anàlisi	
4.6.1 Edició de dades.....	78
4.6.2 Reducció de dades.....	78
4.6.3 Estimació prevalences.....	78
4.6.4 Anàlisi associació variables dependents i independents.....	79
4.6.5 Anàlisi comparatiu segment edats 15-16 anys i 17-24 anys.....	79
4.6.6 Anàlisi comparatiu període 1993-1999 i 2000-2005.....	79
4.6.7 Anàlisi nivell estudis (desigualtats en salut).....	80
4.6.8 Anàlisi associació entre les conductes i problemes entre sí.....	80
4.6.9 Anàlisi variables més prevalents o rellevants.....	81

RESULTATS

5.1	Descripció de les prevalences de totes les variables.....	85
5.2	Anàlisi de les associacions entre les diferents conductes de risc i problemes de salut amb les variables sociodemogràfiques.....	96
5.3	Comparació entre els segments d'edat 15-16 i 17-24 anys.....	105
5.4	Comparació dels períodes 1993-99 i 2000-05.....	108
5.5	Estudi de les desigualtats en salut.....	110
5.6	Relació entre les diferents conductes de risc.....	116
5.7	Estudi específic de les variables més rellevants	
5.7.1	Tabac.....	119
5.7.2	Sobrepès-obesitat.....	121
5.7.3	Consulta psicològica.....	124

DISCUSSIÓ

6.0	Fortaleses i limitacions de l'estudi.....	129
6.1	Descripció de les prevalences de totes les variables i de les associacions entre les variables sociodemogràfiques amb les conductes de risc i problemes de salut	
6.1.1	Variables sociodemogràfiques.....	131
6.1.2	Conductes de risc i problemes de salut	
6.1.2.1	Sexualitat.....	133
6.1.2.2	Conducció.....	135
6.1.2.3	Drogues	138
6.1.2.4	Salut mental.....	144
6.1.2.5	TCA.....	146
6.1.2.6	Resta de variables	148
6.2	Comparació entre les edats 15-16 i 17-24 anys.....	153
6.3	Comparació dels períodes 1993-99 i 2000-05	157
6.4	Estudi de les desigualtats en salut.....	159
6.5	Relació entre les diferents conductes de risc.....	162
6.6	Estudi específic de les variables més rellevants	
6.6.1	Tabac	164
6.6.2	Sobrepès-Obesitat.....	168
6.6.3	Consulta psicològica	173
6.7	Comentari/reflexions finals.....	176

CONCLUSIONS

7.1	Conclusions	185
-----	-------------------	-----

BIBLIOGRAFIA

8.1	Bibliografia.....	189
-----	-------------------	-----

ANNEXOS

9.1	Qüestionari utilitzat.....	231
9.2	Estudi Aehthes.....	235
9.3	Enquesta inicial estudi.....	236
9.4	Altres enquestes.....	237
9.5	Dades globals del qüestionari.....	241

ÍNDIX D'ABREVIATURES

ABS:	Area Bàsica de Salut
ACAB	Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia
ADEPS	Asociación De Educación para la Salud
AMA	Asociación Médica Americacana
AP	Atenció Primària
ASPB:	Agència de Salut Pública de Barcelona
BD	Binge Drinking
BEC	Butlletí Epidemiològic de Catalunya
BUP	Bachillerato Unificado Polivalente
CAP	Centre d'Atenció Primària
COMB/ COMG	Col·legi Oficial de Metges de Barcelona/Col·legi Oficial de Metges de Girona
EAP:	Equip d'Atenció Primària.
ESCA:	Enquesta de Salut de Catalunya
ESO:	Educació Secundària Obligatòria
FE	Fracàs Escolar
FP	Formació Professional
FRCV	Factores de Risc CardioVasculars
GAPS/GAPA:	Guide Adolescent Preventive Service/Guía de Actividades Preventivas en Adolescentes
HTA o TA:	Hipertensió Arterial o Tensió Arterial
HVB	Virus Hepatitis B
ICD	Institut Català de la Dona
ICS	Institut Català de la Salut
IES:	Institut d'Ensenyament Secundari
IMC:	Índex de Massa Corporal
INJUVE	Instituto de la Juventud Española
IVE	Interrupció Voluntària de l'Embaràs
MGF	Mutilació Genital Femenina
MTS:	Malalties de Transmissió Sexual
NSE	Nivell SocioEconòmic
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OED I OEDT	Observatorio Español sobre Drogas/Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías
OMS	Organització Mundial de la Salut
OR	Odds Ratio
PANS:	Programa d'Atenció al Nen Sà
PISA	Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos
PAPPS	Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut
PNPCT	Pla Nacional Prevenció i Control del Tabaquisme
QVRS	Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SIDA	Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida
TCA/TCANE:	Trastorns de la Conducta Alimentària / Trastorns de la Conducta Alimentària No Especificats.
TDHA	Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat
UBA:	Unitat Bàsica Assistencial
USA	Unitet States of America

INTRODUCCIÓ

1.1 Antecedents. Característiques de l'adolescència

És essencialment a partir de la Segona Guerra Mundial on apareix l'interès per estudiar què és l'adolescència, doncs si a començaments del segle XX, amb una expectativa de vida al voltant dels 40 anys, gairebé no existia (per l'urgència biològica) i es passava a adults amb un breu ritus d'iniciació, avui amb una expectativa de gairebé 80 anys (l'espècie humana fa poc més de 150 anys que en té 40 de regal en el llarg procés evolutiu) no només es donen les condicions biològiques per a manifestar-se sinó que la tendència social va en dos sentits, tant per a perllongar-la en el temps com per avançar-la en relació a l'inici dels riscos, o dit d'una altra manera, mentre que en la majoria de joves la situació virtual de l'adolescència determinada per les condicions socials s'allarga fins als 30 anys, d'altra banda, els comportaments de risc (fer el que fan els adults) cada vegada més s'avancen a prop dels 10-12 anys (com el consum de tabac i alcohol o els TCA).

Existeix, en general, un gran desconeixement i manca de formació sobre l'adolescència entre els professionals sanitaris que genera malestar i ansietat envers els mateixos. Com ens demostren els diferents estudis i enquestes es tracta d'una etapa d'incertesa, de riscos, de canvis, de conflictes i de crisi, que no ha de ser necessàriament negativa, però sí preocupant en alguns casos. Els riscos d'avui, poc problemàtics, és probable que puguin donar problemes en un demà incert, o quedar-se en un ensurt fruit d'una etapa on s'està experimentant l'entrada a la vida adulta, una etapa on la sortida de la infantesa obliga a definir-se assumint uns estils de vida, uns hàbits de salut. Una etapa on els joves xoquen amb el món dels adults, on el propi cos està canviant ràpidament, on sorgeixen noves necessitats. Però no ha d'ésser des del paternalisme sinó des de la responsabilitat que cal protegir, informar, educar, per a què optin amb llibertat, perquè sempre seran elles/ells qui al final acabaran decidint sobre la seva vida. Tot tan fàcil com això, és a dir, posar els ciments de valors, cultura, ciència, amor i sentit comú per a que decideixin d'una manera responsable.

És una etapa "sanitàriament dividida", doncs dels deu als catorze anys l'assistència la realitzen els equips pediàtrics i a partir dels quinze, els de medicina general d'adults, on el tram més conflictiu és entre els 14 i els 16 anys inclosos, on es troben l'inici de la major part de conductes i problemes de salut, unes edats quan encara la personalitat no està prou definida i els adolescents són més vulnerables i influenciables per a l'adquisició de determinats hàbits de salut. Agreujat amb el fet de què a l'estar la majoria d'edat legal als 18 anys, la major part de les consultes o intervencions s'han de fer en "*menors d'edat*", amb els problemes jurídics i ètics que comporta, essencialment de confidencialitat. Menors d'edat amb drets i molts amb capacitat per a decidir responsablement.

Una etapa fortament influenciada pels importants canvis demogràfics produïts al nostre país; canvis en dos sentits, primer amb la caiguda de la fertilitat les darreres dècades (Espanya va ser fa pocs anys amb Itàlia els dos països amb la taxa de fertilitat més baixa del món, amb 1,2 fills per dona) i l'altre des fa uns cinc anys amb l'arribada massiva d'immigrants, en part per a pal·liar aquest dèficit de joves, condicionat per la necessitat de ma d'obra laboral. Així entre l'any 1991 i el 2001 a Espanya la població de menors de 18 anys va baixar de 9,5 milions a 7,3 milions, és a dir, 2,2 milions menys, apropant-se al creixement vegetatiu negatiu. És difícil entendre les polítiques de natalitat i protecció a la família durant anys pràcticament inexistents, inclòs amb Governos amb un fort caràcter conservador i religiós. Avui han augmentat els habitants de Catalunya des dels ja famosos "som 6 milions" fins als 7,6 milions actuals, sobretot gràcies a l'arribada d'immigrants, circumstància que ha anat acompanyada al mateix temps d'una imprevisió inexplicable d'adequació i augment dels recursos assistencials públics, sobretot en ajudes socials i familiars així com en serveis educatius o sanitaris, agreujant el històric retard en el desenvolupament de l'anomenat Estat del Benestar a Espanya, durant i posteriorment a la caiguda del feixisme, a mitjans dels anys setanta. D'entre 16-25 anys la població immigrant ha passat d'ésser el 2,1% a l'any 1995 al 14,7% a l'any 2006. Hi ha un 28,1% menys de joves de 16-25 anys entre els anys 1995 i 2006, gairebé el 30% menys, però inclòs sumant els immigrants que han vingut fins al 2006 aquesta davallada només millora fins al 17,5% menys. La taxa d'escolarització global ha passat del 46,8% al 45,1% i en població autòctona ha pujat lleument del 46,9% al 48,9%. Catalunya entre els 16-18 anys és amb una taxa d'escolarització del 71,7% de les pitjors Autonomies de tota Espanya només per sota d'Andalusia amb el 71,4% i darrera de la mitjana de tot l'Estat que és del 76%. (Informe sobre el Consumo y la Economía Familiar, 2007). Segons l'informe PISA de l'OCDE publicat a l'any 2004 en Espanya el 28,6% dels alumnes de 15 anys ha repetit curs en almenys una ocasió (Instituto para la Evaluación de los Indicadores Educativos, 2007).

En Catalunya s'està vivint des del punt de vista demogràfic una situació excepcional si es veu el que ha passat el darrer quart de segle XX. Entre l'any 1975 i el 2001 la població a Catalunya va passar de 5,7 a 6,3 milions, és a dir, 683.000 persones més (el mateix augment en 25 anys que el produït solament en un any com el 2006, amb un augment poblacional de 100x1000, mentre que abans del 1950 era 4,4x1000 i fins al 1975 de 23x1000). Els naixements a Catalunya van passar de 95.000 en l'any 1975 a 59.000 a l'any 1995 (Pla de Salut 2002-2005). Ha estat a partir de l'any 2001 quan canvia la tendència amb un augment ràpid des dels 6 a 7,6 milions de targetes sanitàries. Aquest esperat i planificat allau de treballadors joves, necessaris per a mantenir el sistema productiu, essencialment el de la construcció (Espanya i Catalunya han construït més que tota Europa junta al 2005) ha finançat i al mateix temps col·lapsat els precaris serveis públics de l'Estat,

ja de per sí en situació límit, fent esclatar totes les alarmes. De l'any 1993 al 1999 el diferencial en despesa pública social en percentatge del PIB d'Espanya (19,9%) i Catalunya (17,5%) en relació a la mitjana de l'UE-15 (27,6%) va augmentar segons dades d'IDESCAT i EUROSTAT (Navarro&Quiroga, 2003).

També els serveis de pediatria extrahospitalària han estat desbordats, en part per la manca de planificació i formació de nous pediatres MIR (p.e. de l'any 2006 al 2007 només han augmentat les places ofertades en tota Catalunya de 49 a 55) i les notícies sobre la reforma de l'assistència pediàtrica en l'AP de Catalunya obren una inquietant preocupació en relació a l'aplicació del PANS, doncs es vol modificar el model implicant en l'atenció dels nens a Metges de Família (també sobresaturats i en dèficit) i a Infermeres (en dèficit de 15.000 per a igualar la taxa de Catalunya que és de 5,4x1000 amb la mitjana europea que és de 8,4x1000) (Esteve, 2008).

A vegades es diu i és cert que els joves no estan interessats per la seva salut immediata. De fet, són edats on es gaudeix de bona salut i com que moltes de les conseqüències dels riscos es patiran en un futur molt llunyà avui tenen altres *preocupacions i prioritats*, com poden ser trobar feina estable o habitatge assequible. Així, al quart trimestre de l'any 2006 per a comprar-se un pis, un home de 18-34 anys dedicava un 63,6% del seu sou i una dona de la mateixa edat el 77,7% (mitjana del 69%), però a les edats de 18-24 anys aquesta quantitat pujava al 93,4% global. (Consejo de la Juventud de España, 2007).

La salut percebuda pels joves és bona i situen el grau de satisfacció en un 5,2 en una escala de l'1 a 7, així per al 90% la felicitat és passar-s'ho bé (hedonisme) i créixer com a persona (Aristòtil), no trobant-se diferències per sexes, i els més feliços són els d'entre 15-19 anys, els immigrants ho són menys, els preocupa la feina i guanyar diners valorant més la família i la religió (Javaloy, 2007). Els joves no assumeixen fàcilment l'existència d'un sistema de prevenció en el vessant físic, acceptant-lo més en l'aspecte psicològic, caldria per tant establir un vincle diferent entre el jove i la salut i no només limitar-se a informar. Potser caldria substituir el terme prevenció de salut pel de millora, recuperació o manteniment de la mateixa (Portero, 2002).

L'adolescència és l'etapa del desenvolupament humà que estableix la transició des de l'infància a l'edat adulta, el que comporta profunds canvis fisiològics, psicològics i socioculturals, aquest camí no respon a uns esquemes que poden aplicar-se en general a tots els joves, sinó que es tracta d'un procés únic i personal, no es pot, per tant, parlar dels joves com un grup homogeni, tot el contrari. La cultura occidental, de la moda, els estils de vida o Internet està estesa a tot el planeta i la tendència és trobar similituds entre les conductes i gustos dels joves dels diferents països, doncs les multinacionals del lleure s'han globalitzat i ofereixen arreu el mateix; no obstant però, s'ha d'ésser prudent en generalitzar mecànicament i cal sempre tenir en compte per a l'anàlisi les diferències

culturals, religioses, socioeconòmiques o ideològiques. Tampoc l'adolescència és un procés continu, sincrònic i uniforme, però malgrat això, gairebé el 80% dels joves superen aquestes edats relativament sense perjudicis i problemes importants (Nenstein, 1991). *L'adolescència és l'etapa de la vida que va dels 10 als 19 anys* segons la definició que fa l'OMS, des del començament de la pubertat fins al final del desenvolupament físic i malgrat ser unes edats on, en general, es gaudeix de bona salut, en molts joves és una font important de morbiditat i esdevé una etapa que pot ser conflictiva pels riscos inevitables lligats a l'inici i l'experimentació de conductes, doncs la majoria d'elles són assajades *per primer cop* en aquestes edats (per exemple fumar cigarrets, l'activitat sexual, canvis en la dieta o els hàbits de estudi) així com pels hàbits que influiran en els problemes relacionats amb la salut, que també són generalment adquirits o consolidats durant la mateixa: valors, creences, actituds, motivacions, autoconcepte y estil general de vida (Neinstein, 1991).

Es parla de conductes de risc com aquelles que poden afectar negativament a la salut com poden ser l'ús de certes substàncies, la conducta sexual precoç, les pràctiques sexuals de risc, la conducció temerària, la conducta homicida o suïcida o els trastorns de l'alimentació. Algunes característiques associades amb aquestes conductes són el sexe masculí, predisposicions genètiques i influències hormonals, cercar sensacions, la depressió i la baixa autoestima, els models parentals de conductes de risc, les conductes dels iguals o el NSE (Igra & Irwin, 1996).

L'adolescència és una etapa de transició al món dels adults, amb un ritus de pas curtíssim, representat fa segles amb el dret a portar la toga romana o en certes tribus primitives a sortir de cacera amb els adults, ritualitat que avui simbolitza fumar, sortir de nit amb els amics o tenir mòbil, una etapa que pot ser la porta d'entrada, d'addiccions i estils de vida negatius, en un període de màxima desprotecció i fragilitat, amenaçant el benestar dels adolescents i limitant el seu potencial per assolir una vida adulta responsable. Una etapa de la vida en la que es corren molts riscos o perills i en la que cal aprofitar l'oportunitat per a fomentar la salut i el benestar a través de l'educació i els esforços preventius (Kleinert, 2007).

Altres guies (Elster, 1994) modifiquen aquesta etapa i l'allarguen des dels 11 anys fins els 21 anys amb tres segments: adolescència precoç dels 10 als 14 anys, mitjana de 15-17 anys i tardana dels 18 als 21 anys, el mateix PAPPS inspirat en les recomanacions preventives nord-americanes (Canadian Task Force, 2001-2003) (US Preventive Task Force, 2000-2003) adaptat a Espanya per la SEMFyC des del 1988, divideix les seves intervencions en tres subgrups: adult, *infància/adolescència* i salut mental. Les intervencions sobre adolescents són fins als 16 anys on passen al subgrup dels adults (Grupo de Actividades preventivas de la AEP ap/Previnfad, 2003).

Tampoc ajuden els diferents segments d'edat que les diferents enquestes i estudis sobre prevalença de riscs utilitzen, on els intervals oscil·len i on es passa de l'edat pediàtrica a l'adulta, obviant aquesta etapa, fent-la invisible, podent ésser entre els 15-29 anys, 15-65 anys, 15-44 o 15-74 anys. Es pot considerar que la pubertat és "l'inici biològic" de l'adolescència amb l'eclosió d'hormones que permet ésser competents des del punt de vista reproductiu, està precedida de la infantesa, un període llarg en l'espècie humana, on cal aprendre tot allò que d'adults serà imprescindible per a sobreviure. Pubertat canviant, on l'augment de pes durant la mateixa pot ser un element accelerador i precoç (Lee Joyce M, 2006) i on aquesta precocitat no té relació amb la talla adulta i sobretot no comporta una talla inferior (Carrasco, 2008). Si la primera regla es tenia a l'any 1970 als 10,9 anys, al 1998 aquesta havia baixat fins als 9,7 anys (Sultan, 2008). Tenir sobrepès als 3 anys o guanyar-ne molt abans dels 6 anys es tradueix en un desenvolupament sexual precoç, així per cada punt d'IMC que es guanya als 3 anys, les possibilitats de que la pubertat aparegui als 9 anys és del 44% (Lee, 2006). La menarquia avançada s'associa també a insatisfacció amb l'imatge corporal i a intents per a perdre pes (Striegel-Moore, 2001). Però mentre que biològicament la tendència és que la pubertat s'avanci cada vegada més, i la persona es faci competent reproductivament més aviat, això xoca amb la tendència social, en què l'adolescent no arriba a la majoria d'edat fins als 18 anys, una *majoria d'edat adulta virtual*, donat que les possibilitats de viure independentment dels pares es fan efectives, per a gran part dels joves del nostre país, a partir dels 30 anys. Així, mentre en els darrers 150 anys s'han avançat els primers signes de la pubertat en 3 anys, aquest fet biològic no comporta una major maduresa social ni jurídica. Per altra part aquest avenç, sí que s'ha captat en relació al consum i la publicitat, que cada vegada va destinada a adolescents més joves (cal recordar que amb un nino de "peluche" es publicitava una coneguda marca de cigarretes fa pocs anys).

Manca un consens clar sobre com recollir a la Història Clínica les dades de salut de l'adolescent, o el calendari de revisions i exàmens de salut. així com els cribratges més adients (Sánchez Artiles, 2002) (Ortigosa, 1992) (Garcia Tornel, 1997). Tampoc sobre el com i quines preguntes s'han de fer a l'entrevista (Cornellà, 2001) (Garcia Tornel, 1989) (Dulanto, 2000). A la dècada del vuitanta ja hi havia propostes per a definir l'àmbit d'actuació, les edats i els aspectes a intervenir (Clínicas de Enfermería de Norteamérica, 1984) (Guía para la Elaboración del Programa del Escolar y Adolescente en Atención Primària de Salud, 1986). Estant demostrada l'efectivitat tant dels cribratges com de les intervencions breus fetes a les consultes habituals (Altisent, 1997).

Les recomanacions preventives sanitàries són presents en gairebé tots els diferents tractats i guies, la majoria dels USA (Nenstein, 1991) (Elster, 1994) (US Preventive Service Task Force, 1996), també en el nostre entorn (Salut Jove, 1999) (Guía de Salut para Jóvenes, 1997).

El resum de les propostes preventives fetes als USA són a la taula 1 (Elsler, 1998).

Taula 1. Propostes d'intervencions preventives en adolescents als USA

Subject	AAFP	AAP	AMA	BF	USPSTF
Immunitzations					
ACIP recommendations	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Health guidance for teens					
Normal development	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Injury prevention	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Nutrition	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Physical activity	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Dental health	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Breast or testicular selfexamen	Yes	Yes	No	Yes	No
Skin protection	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Health guidance for parents	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Screening -counseling					
Obesity	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Contraception	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Tobacco use	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Alcohol use	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Substance use	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Hypertension	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Depression-suicide	No	Yes	Yes	Yes	No
Eating disorders	No	Yes	Yes	Yes	No
School problems	No	Yes	Yes	Yes	No
Abuse	No	Yes	Yes	Yes	No
Hearing	Yes	Yes	No	Yes	No
Vision	No	Yes	No	Yes	No
Tests					
Tuberculosi	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Papanicolau test	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV infection	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
STDs	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Cholesterol	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Urinalysis	No	Yes	No	No	No
Hematòcrit	No	Yes	No	No	No

Periodicity of visits Tailored Annual Annual Annual Tailored
Target age group 13-18 11-21 11-21 11-21 11-24
AAFP American Academy of Family Phisicians
AAP American Academy of Pediatrics
AMA American Medical Association
BF Bright Futures
USPSTF U. S. Preventive Services Task Force

Algunes de les experiències comunitàries d'intervenció amb adolescents en el nostre entorn serien: Programa PAJEPS, Agents Joves d'Educació per a la Salut. Forma anualment a Madrid a joves de tota Espanya en temes sanitaris, de la mateixa edat, entre iguals, per a fer intervencions educatives (Sainz, 2006). Al 1998 es va organitzar a Salt, amb la col·laboració de l'ADEPS i els Ajuntaments de Salt i Girona, la primera edició fora de Madrid, formant a 20 joves de diferents associacions, que van fer després com a formació pràctica tasques com a docents als IES del poble de Salt, aplicant un Programa d'Alimentació elaborat "ad hoc" i que va ser Premiat a l'any 2000 amb un Accèssit per la Generalitat de Catalunya al millor programa preventiu en joves en el camp consumerista (Tamarit & Iglesias, 1998).

El "Centro de Salud para Adolescentes y Jóvenes de Madrid". Gratuït, confidencial, obert els 365 dies de l'any ("Decídete". Si eres adolescente o joven podemos atenderte, individual, en pareja o en grupo. No te amargues la vida con ideas falsas y pensamientos inadecuados. No te ralles y...decídete"). Amb informació sobre drogues, sexualitat o alimentació.

El "Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat-CJAS" a Barcelona. Dirigit per la Dra. Rosa Ros i el seu equip, un exemple de com tractar els problemes afectivosexuals dels joves i un referent per a la formació continuada dels professionals interessats en temes relacionats amb els adolescents. Obert a l'any 1992 i on el 70% dels joves atesos són dones, el 55,3 % tenen menys de 20 anys i el 49% arriba per informació dels amics. Ofereix també un servei telefònic i un altre on-line (CJAS, 2006).

El "Centre Jove de Salut" de Girona. Una consulta comunitària que porta a terme l'Equip Municipal de Salut de l'Ajuntament de Girona.

La "Consulta Jove" de Salt. Que es va fer amb la col·laboració de l'Ajuntament a Salt des de l'any 1995 al 2000, portada per l'autor d'aquesta Tesi conjuntament amb un psicòleg.

També és interessant la contractació d'infermeres per part de l'Ajuntament de Vilajoiosa per a fer Educació per a la Salut als Col·legis, però encara no com a assignatura transversal dintre del currículum escolar sinó com a una activitat externa.

El Programa "Salut i Escola" que funciona des de l'any 2004 (Consulta Oberta, adreçat a adolescents de 14-16 anys per promoure valors i preveure conductes de risc que afectin a la salut) i que a l'any 2007 estarà implantat a tots els IES de Catalunya, on les Infermeres dels CAPs organitzen un o dos dies a la setmana una consulta sanitària preventiva, essencialment sobre salut mental, salut afectivosexual, consum de drogues i TCA. Durant els cursos 2004-05 i 2005-06 el 65% de les consultes van ésser sobre temes de sexualitat, salut alimentària i salut mental i el 80% les van fer dones (Programa Salut i Escola, 2006).

Comissió de Mediació: IES Vallvera de Salt. Des del curs 2000-2001 forma estudiants com a mediadors per a resoldre conflictes, aplicant una metodologia basada en el diàleg, la negociació i

el consens, introduint les habilitats socials en el currículum (crèdit variable obligatori a segon curs d'ESO sobre mediació) amb l'objectiu d'impulsar el diàleg, la capacitat d'anàlisi i les interrelacions positives entre els alumnes. Funciona tot el curs per abordar conflictes no només entre alumnes sinó entre pares, personal no docent o professors. Ensenya com gestionar els problemes sabent interpretar-los, abordar-los i resoldre'ls, escoltant i comprenent els altres, buscant pactes i negociacions tant en el context escolar com en la vida en general (L'Aula, 2008).

Unitat d'Adolescents: Institut Dexeus. En la memòria dels 10 primers anys s'observa que les dones van ésser majoria amb el 56% de les visites, que l'edat mitjana era de 14,9 anys i que la meitat dels adolescents ho feien servir com a metge general o pediatra. El 46% van ser revisions de "l'adolescent sà", el 14% consultes per diferents signes i símptomes, el 12% per problemes respiratoris, i inferiors al 10% per TCA, per problemes acadèmics, digestius i de salut mental. En dones de 12-18 anys el 43% de visites a ginecologia van ser per trastorns menstruals, el 14,8% per revisions periòdiques, l'11% per vulvovaginitis i per anticoncepció el 6.7% (Dexeus. Unitat Adolescents, 1992-2002).

La Secretaria General de Joventut va publicar l'estudi d'Oriol Romaní, el qual pretén apropar-se al coneixement de la situació i l'evolució objectiva dels aspectes relacionats amb la salut dels joves i conèixer també la significació i motivacions de determinades pràctiques de risc, definint el risc com la proporció de perill que s'associa a alguna activitat, comportament o situació que es considera socialment necessària (Douglas, 1991). *Si els joves han d'arribar a ser adults han de poder experimentar per aprendre, han d'assajar les vies possibles per arribar-hi*, i això inclou i implica risc, com altres situacions o comportaments, i es reflexiona sobre el perquè la sexualitat o les drogues es consideren sempre des del punt de vista del risc i això mateix no es fa mai amb l'inici de la vida laboral o l'emancipació de la llar (Comas, 2003). *Els riscos són una part intrínseca de la vida social*, i si es vol tenir una certa incidència en la capacitat de reduir-los, de gestionar-los col·lectivament, s'han de poder jerarquitzar i establir prioritats. En totes les societats la construcció social del risc es fa segons criteris culturals, morals i polítics encara que s'elaborin i presentin com a "discursos d'experts", cal per tant, ser vigilants des del punt de vista epistemològic per fonamentar un rigor autocrític respecte a certes associacions risc-joves i altres que identifiquen joventut i conductes de risc, convertint la joventut gairebé en un grup de risc (Romaní, 2006). Entendre els estils de vida com una manera de manifestar-se diferenciadament dintre del context moral i polític, dintre del constrenyiment estructural que imposa la nostra societat de "capitalisme tardà", bàsicament el que imposa el mercat. Això crea una tensió evident i habitualment són incorporades pel sistema (el mercat) com a formes de consum a explotar econòmicament. No només a través del lleure es construeixen les formes d'expressió i identitat dels joves sinó també a

través de factors estructurals com la feina precària, l'accés a l'habitatge o també la forma d'entendre la salut (Conde,1999). Cal per tant, aclarir els conceptes com risc o estils de vida per entendre com s'articulen en els processos salut-malaltia dels joves. Es podria definir com a cultures juvenils al conjunt de formes de vida i de valors expressats per col·lectius generacionals en resposta a les seves condicions d'existència social i material (Feixa,1998) i que es construeixen a partir de la cultura hegemònica, la parental i de cinc elements com són el gènere, la generació, el territori, la classe i l'ètnia. *Quan es parla de la salut dels joves es veu que els problemes de la mateixa no deriven de la seva edat sinó de les seves condicions de vida i dels seus comportaments i actituds, i es podria avançar que són problemes evitables atès el seu caràcter social, però sense acabar culpabilitzant a la víctima dels seus estils de vida insans (Montiel&Porras,1997). Però inclòs ara, aquesta associació és útil com a forma de control social amb el suport de les tècniques de la medicina científica i el management burocràtic dels Estats del Benestar. L'aparició de nous fenòmens com la SIDA, les drogues o el terrorisme van consolidant la construcció d'aquestes categories: els grups de risc, útils en la gestió de les actuals formes de control social per part dels grups de poder, però indicant que és un terme contraproduent perquè estigmatitza (Romaní, 2006). A partir sobretot dels anys noranta i després de la caiguda del "socialisme real" i la globalització, dos fenòmens han augmentat i vingut a empitjorar la situació dels joves com són el consumisme brutal i la precarització de les condicions de vida dels joves (Informe Petras, 1996) i això influeix i afecta a la salut de la població sobretot dels joves, doncs també implica més individualització (i fragilitat i vulnerabilitat) on sembla que només el consum ens alliberarà, però generant al mateix temps ansietat i patiment. Aquest és el terreny de joc on juguen els joves i han de construir els seus estils de vida, entre el mimetisme i la resistència, i és el marc general on cal situar en gran mesura els fenòmens de mortalitat i morbiditat que es donen en la nostra societat. És més, hi ha una relació entre consum i definició de la identitat, la influència de la família en la salut (potser sobretot en relació a nousvinguts i les formes religioses d'entendre la vida social), la influència de la precarietat social i laboral en les mancances en la salut, la influència cabdal del lleure i el context de precarietat educativa (manca de mestres, fracàs escolar, manca d'inversió) com a determinants en la salut. (Romaní, 2006).*

1.2 Epidemiologia de l'adolescència

1.2.1 Dades generals

Quan s'analitzen les dades als diferents països d'Europa, USA, Espanya o Catalunya les enquestes i estudis fets per a conèixer els riscos i les conductes dels joves, en relació als hàbits i estils de vida, com són el consum de drogues legals o il·legals, els TCA, els problemes de salut mental o les pràctiques sexuals de risc, es troba una certa similitud en les mateixes amb petites diferències. De la mateixa manera que quan s'estudien les causes de morbiditat o de mortalitat, amb els accidents de trànsit, sempre al capdavant com a primera causa de mort.

Mentre les dones tenen més ideació de suïcidi i en fan més intents, els homes tenen més conductes de risc relacionades amb el trànsit, mentre en els homes un 20,0% 32,0% i 12,6% s'inicien en el consum de tabac, alcohol i cànnabis abans dels 13 anys, en les dones ho fan el 16,4%, 23,2% i 6,9%. En les dones hi ha més prevalença d'abús sexual amb un 11,9%, més sedentarisme amb el 6'1% i fan més dieta per aprimar-se amb un 60% (mentre en homes és del 30%). En homes el sobrepès és més prevalent amb un 17,4% davant del 9,4% en dones (Grunbaum, 2004).

A l'any 1982 fumaven a Catalunya un 53% de joves de 15-24 anys, al 1986 n'eren el 52% i al 1990 el 38%, un 9,7% del homes de 15-29 anys eren "bevedors" de risc amb tendència a augmentar des de l'any 1982 al 1990. Havien tastat algun cop el cànnabis un 20,5% del joves de 15-29, la cocaïna un 5,7%, les amfetamines un 3,8%, els al·lucinògens un 4% i l'heroïna un 1,8% (Pla Salut de Catalunya, 1993-95).

Les classes socials més desfavorides, les persones grans i *les dones* tenen pitjor estat de salut. En relació al nivell d'estudis un 1,3% no sap llegir ni escriure, el 53% té estudis primaris, el 29% secundaris i el 17% universitaris. La prevalença de tabaquisme del 1990 fins el 2006 és clarament descendent pels homes des del 1990 i en canvi en les dones augmenta del 1994 al 2002, moment en què tornen a baixar de nou. Girona és dels llocs on menys es fuma, sobretot els homes. *El consum de risc d'alcohol en 15-24 anys en homes és del 13,5%* (28 unitats setmana o 5 unitats seguides al menys un cop al mes) i en dones el 4,5% (17 unitats a la setmana o 5 seguides almenys un cop al mes). Els nois de 6-14 anys fan més esport que les noies. Set de cada deu persones han visitat al seu metge de capçalera el darrer any, 8 de 10 el pediatre i 4 de cada 10 dones han anat al ginecòleg. També es fa un *examen de salut* a una submostra i es té en compte per a l'anàlisi la *classe social* així com la *taxa d'immigració* (ESCA, 2006).

El 14,9 % de joves de 14-18 anys diuen haver conduït després de beure i el 44% dels bevedors habituals s'ha emborratxat el darrer mes, en nois del 58,1% i en noies del 58,0%. Del 2006 al 2007

han baixat els consums de gairebé totes les drogues, 6 punts el cànnabis i 3 punts la cocaïna. El 58% dels joves ha aconseguit alcohol als supermercats i el 37% als hipermercats, dels joves que han begut els darrers 30 dies, el 99% ho han fet en cap de setmana i el 53,4 % afirma haver begut cinc o més copes (BD). El consum de cànnabis alguna vegada, es dona en el 36,4% i els que en fumen cada dia en el 4,4% dels nois i el 2,2% de les noies. La cocaïna l'han consumit en els darrers 12 mesos el 4,1% (al 2002 era del 6,2%), l'heroïna l'1% alguna vegada, on el 1,2% són nois i el 0,3% noies (Encuesta Estatal sobre Drogas, 2006-07).

El 12% de joves de 16-24 anys afirma que el seu estat de salut és regular, dolent o molt dolent (en les dones és superior amb el 16,24%) i *el 16,90% ha patit algun accident els darrers 12 mesos (en dones és el 13,47%)*. El consum de tabac diari és del 28,27%, ocasional del 4,99% i els exfumadors representen el 6,46% (*gairebé el 40% tenen una relació molt estreta amb el tabac*), en les dones són del 31,15%, 3,30% i el 6,96% respectivament. En quant al consum d'alcohol, en els darrers 12 mesos és del 76,35% (en dones ho és del 70,96%). No fan exercici en el seu temps lliure el 36,22% (en dones és del 47,03%). Un 7,80% no esmorzen mai (en dones el 8,77%). Han fet algun tipus de dieta per aprimar-se el 6,47% (en dones més alt del 8,90%). *De 18-24 anys tenen sobrepès el 18,37% i obesitat el 4,94% i tenen un pes insuficient el 6,43% (IMC <18,5)*, en dones menys sobrepès (13,90%), obesitat (4,42%) i en canvi més prevalença de *pes insuficient amb el 10,27%*. S'han pres algun cop la TA el 69,11% (dones el 72,83%) i s'han fet analítica per a saber el colesterol un 50,89% (en dones el 53,99%). En dones de 20-24 anys només s'han fet citologies un 47,05% (Encuesta Nacional de Salut 2006).

Són importants els registres que permeten mesurar la QVRS dels adolescents, existint en aquest sentit diferents propostes com l'adaptació francesa "Veçu et Santé" (Serra-Sutton, 2002) o el qüestionari de qualitat de vida relacionada amb la salut KIDSCREEN-52 desenvolupat de forma transcultural per a una població de 8 a 18 anys de 13 països europeus que mostra nivells acceptables de fiabilitat i validesa (Tebe, 2008). Importants també registres amb models educatius a aplicar en adolescents, útils per a potenciar valors que formin i desenvolupin joves positius, competents i sans, no només a la família sinó al col·legi o a la comunitat (Youngblade, 2007).

Els adolescents fan un 9,1% de les visites quan representen el 15,4% del conjunt de la població, estant els adolescents blancs sobrerrepresentats en relació als negres i hispans. La durada de les visites van ésser d'uns 16 minuts, més que en les fetes als nens, que duraven 14,6 minuts i menys temps que el dedicat a adults que era de 19,3 minuts. L'educació o consell va ser inclòs en el 50,4% de les visites, des del 65,1% dels tocoginecòlegs al 34,8% dels internistes. Les raons de les visites van ser als 11-14 anys per a tots dos sexes, les respiratòries, les dermatològiques i les musculoesquelètiques. En relació a les consultes, entre 15-21 de les dones van fer les revisions

toco-ginecològiques i el diagnòstic d'embaràs. Resumint, *els adolescents infrautilitzen els serveis i als USA són el grup d'edat més desprotegit* en quant a assegurança mèdica, les seves visites són més curtes i el consell educatiu que reben és baix i no uniforme (Ziv, 1999). El mateix autor observa que els adolescents han fet el 15,8% de les consultes urgents, que els de més edat estan sobrerrepresentats i que no tenien assegurança mèdica privada el 26,2% d'entre 11-21 anys (en nens era del 13,6% i en adults del 22,7%). Conclou que la utilització dels serveis d'urgència és superior en aquestes edats coincidint amb la menor cobertura d'assegurança sanitària i que una probable explicació d'aquesta dada seria el fet de no tenir assegurança, anant a urgències per a solucionar els problemes habituals i per això només van ser urgents el 41-52,5% de les visites realitzades (Ziv, 1998). El 70% dels adolescents havien visitat a un metge el darrer any, a un dentista el 79% i a un metge de família el 29%. Els que deien que la seva salut era bona o excel·lent eren els que més utilitzaven els serveis mèdics rutinaris 2,4-3,4 vegades. Tenir una assegurança mèdica era predictiu d'ús de serveis dentals mentre que els predictors d'ús de serveis mèdics convencionals van ésser els factors sociodemogràfics i haver patit una malaltia aguda comuna (Ryan, 1996).

Els tràmits burocràtics, els problemes mentals i els problemes respiratoris representen el 66,6% del total de visites i per diagnòstics, en els homes van ser l'examen mèdic general, les infeccions de vies respiratòries altes, les vacunes, l'Hepatitis B i els problemes de comportament, mentre que en les dones l'acné, les infeccions respiratòries de vies altes, la migranya i els TCA (Lee, 1997).

La implementació dels consells educatius (Elster, 1997)) fet a adolescents és molt baixa, el més habitual dels consells va ser la recomanació de fer exercici físic amb el 13%, almenys un va ser donat en el 38% de les visites i fer-ho només va implicar perllongar-la en 2,5 minuts (Goodwin, 1999) (Meredich, 1999). En les consultes a adolescents, només el 53% dels metges asseguren la confidencialitat, un 11% no ho fa mai i les que més ho fan són les metgesses i els tocoginecòlegs (Ford, 1997). Les qüestions més incòmodes per a consultar en les visites de rutina anaven relacionades amb els problemes afectivosexuals o les MTS (Bockcloo, 1996).

La durada de les visites que fan els pediatres als adolescents eren de 39,7 minuts i en infants de 33,5 minuts (en segones i successives visites de seguiment els temps s'igualaven), només el 16% tenia sales d'espera separades, el 9% preferia atendre nens més petits, el 4,3% escolars, el 4,3% adolescents i un 52% no tenia preferències. El 74% creia que el pediatra és el metge adient per a atendre'ls, un terç pensaven que tenien les habilitats suficients per a fer-ho, un 1,5% no estaven interessat en ells i un 43,4% que caldria millorar les habilitats i els coneixements (Suris, 1991).

En joves de 14-18 anys els homes van menys a les consultes, el 66,53% van anar al menys un cop l'any, utilitzen menys els serveis que la resta de la població, no hi van per problemes derivats dels estils de vida o dels potencials riscos i conclou que cal augmentar l'atenció en aquest grup d'edat.

(Linares, 1994). Els aspectes psicològics o socials que cal abordar en les consultes dels adolescents venen a augmentar les dificultats i reticències que els metges d'AP troben per a portar a la pràctica les recomanacions preventives i intervencions en l'atenció dels mateixos (Boatwright, 2005). En la mateixa línia altres estudis fan esment en el com se'ls ha d'atendre i quins problemes tenen els adolescents de 11-21 anys, habitualment amb més problemàtiques socials que mèdiques, insistint en la necessitat d'intervenir el més aviat possible, integrant aquestes intervencions en les consultes diàries (Montalto, 1998) (Klein, 1993). Potser aquestes qüestions preventives serien més adients treballar-les per part d'infermeria, aspecte factible a Catalunya on el model sanitari garanteix l'existència del treball en equip amb el metge (UBA), però des de funcions i competències pròpies i diferents, tant en adults com en pediatria i que actualment amb el Programa Salut i Escola fa un pas més enllà, amb l'activitat totalment independent en les consultes als IES.

També el FE està relacionat amb els estils de salut, afecta només al 7,4% dels adolescents on els pares són universitaris i si ho és la mare a cap d'ells (0%), en els que no fumen és del 27,2%, en els que no beuen alcohol del 25,8%, en els que mai han tastat la marihuana del 35,3% i en els que mai havien tastat altres drogues del 39,5%. Una mala relació familiar està associada al 70% de FE i una mala relació amb els professors al 62,2%, i els que se senten deprimits del 70% (Huertas, 1999).

La informació en salut és necessària però no suficient. Així mentre la majoria de joves, alumnes de COU, considera l'alcohol com un dels principals problemes de salut, el 84,1% reconeix que beu habitualment i el 68,1% que s'ha emborratxat una o varies vegades i mentre la majoria diu en relació al tabac que cal prendre mides, el 50% fuma (la gran majoria diàriament amb un 61,3%). En relació al sexe, més del 90% no saben els dies fèrtils del cicle menstrual. El 56,5% afirma que la salut és de les coses més importants, malgrat conviure amb importants factors de risc i el 80% considera la seva com a bona o molt bona. El 47,4% desconeix el nombre de calories que ha de prendre al dia (Aguilar, 1999).

Les diferències entre els joves no contestadors d'una enquesta i els que sí ho havien fet, eren més d'estils de vida que no de malalties agudes o cròniques. Més sexualitat activa, més consum de tabac, alcohol i cànnabis, més hospitalitzacions i menys accidents i lesions en els no contestadors. Problemes d'alimentació del 21,8% en els contestadors i del 9,4% en els no contestadors, més estrès en el 44,2% i 31,3% respectivament, més estats de depressió en el 28,4% i el 18,9% i més dificultats per a dormir en el 21,3% i el 12,1% (Michaud, 1998).

En enquestes fetes als joves de Salt (annexos 2 i 3) d'una banda hi ha l'enquesta feta paral·lelament a aquest estudi a l'any 1993 en joves de 15-24 anys on la SIDA, el sexe i les drogues eren els temes que més els interessaven i la informació sanitària la rebien essencialment d'amics i revistes. La informació rebuda des del CAP no superava el 15% (Tamarit, 1994). Més endavant a l'any 1997

l'Ajuntament va encarregar una altra en joves de 15-27 anys (Estudi Aethes, 1997). Es va trobar un nivell d'estudis superiors en el 2,69%. Havien tingut relacions sexuals el 53,3% amb inici als 15 anys, el 83,4% usaven algun mètode anticonceptiu, d'ells el 65% preservatiu, el 22,7% la píndola i un 16,6% cap mètode. Fumaven el 43,3%, amb inici als 16 anys, el consum habitual d'alcohol els caps de setmana era del 50,9%. Havien tastat algun cop el tabac i l'alcohol el 67%, els porros el 36,7%, les drogues de disseny el 10%, la cocaïna el 7,6% i l'heroïna un 1,5%.

Els joves de 15-29 anys (annex 3) pensen que *els principals problemes que els afecten són la manca de feina, 1381 mencions, les drogues 815, les dificultats per independitzar-se 264. El 39,4% es defineixen com a creients catòlics.* Els valors més importants que superen el 94% estan per ordre el respecte als altres, la solidaritat, l'honradesa i la tolerància i que superin el 91% l'educació i la cultura, el seny i les bones maneres. Estan en acord/desacord en conduir amb alguna copa de més el 10,6%/ 77,2% respectivament, en prendre drogues en algun moment el 10,3%/ 74,5%, en què els immigrants acostumen a portar problemes el 9,3%/ 73,6%, en castigar físicament als nens alguna vegada el 3,4%/ 91,7%, en determinades circumstàncies maltractar animals el 2,8%/ 92,4% i en algun moment la *violència física en les relacions de parella* el 1,4%/ 96,1% (Enquesta a la Joventut de Catalunya, 1998). Una radiografia de la joventut catalana que coincideix poc amb els estereotips negatius sobre/contra els joves, donant una visió positiva, responsable i real de com és la joventut, diferent d'aquella que els vol criminalitzar i s'associa gairebé sempre amb problemes i conflictes. Però malgrat això, la participació és baixa, s'estima en 10.000 els joves actius a Catalunya i s'observa una pobríssima participació sindical, lògica si es considera la precarietat del 70% dels joves, que caldria baixar (sic) al 10% com als països d'Europa de semblant nivell econòmic. Es demana el vot als 16 anys a les eleccions municipals (Joves i Participació a Catalunya, 1999).

En joves escolaritzats de 14-19 anys (annex 4) *la percepció de bona salut és major en nois que en noies*, entre 1-10 puntuen de 8,04 i 7,56. *El 80% de les noies i el 73% dels nois han vist el seu metge el darrer any..* El 70 % de les noies i el 63% dels nois declaren que no poden parlar amb el seu metge de qualsevol tema i les raons són perquè no li tenen prou confiança, perquè els acompanya un adult, perquè creuen que ho pot explicar als seus pares, perquè només parla de medicina i perquè "no parla mai de res". *El 44% de les noies i el 17% dels nois estan poc o gens orgullosos del seu cos.* El 50% de les noies i el 60% dels nois pensen que tenen el pes adient. *L'inici en el consum de tabac és als 13,4 anys i el 76,5 ha fumat alguna vegada El 86,5% han consumit alcohol i el 28% ho fan habitualment els caps de setmana, l'edat d'inici és en els 14 anys.* El cànnabis l'han tastat el 50% de tots dos sexes i si se suma "bastant sovint+cada dia+cap setmana" és del 14%, l'edat d'inici és als 14,8 anys. Només el 50% fan servir el cinturó de

seguretat i el 66% porten casc a la moto. *Només la meitat dels nois i el 60% de noies creuen que sempre és perillós beure i conduir. Més prevalença en dones en relació a la mala imatge corporal, control de pes, fer dieta, manca d' exercici físic o més consum de drogues legals i més risc en seguretat vial en nois.* El sistema sanitari no acaba de respondre a les seves necessitats, *no saben qui és el seu metge un 21% i acaba: “potser caldria fer la transició del pediatre a l'adult als 15 anys d'una manera coordinada i donar una atenció més adient a les seves necessitats”* (Suris&Parera, 1999 i 2001).

Les desigualtats sobretot de gènere i classe, acaben tenint una incidència fonamental en els problemes de salut i la categoria d'ètnia o immigrant com a tal no té gaire associació en relació a la salut, i per tant, no discrimina situacions diferents sobretot en estudis qualitatius. Els TCA afecten sobretot a noies adolescents, apareixen noves pautes de beure alcohol, s'observa més tabaquisme en classe baixa i un augment del consum de cànnabis. Cal abordar la detecció d'un problema no des d'una situació de poder, on el metge o el terapeuta, el mestre, el monitor o qui estigui investit d'autoritat socialment sap el que et convé i per tant et diu el que has de fer, sinó des de l'altra, en la qual s'incorporin de manera efectiva les diferents poblacions implicades en el disseny i la pràctica de les polítiques de salut, sense negar la necessitat d'orientacions sociosanitàries clares, ni la competència tècnica dels professionals, sinó buscant allò que permeti influir d'una manera positiva en la contenció o resolució dels problemes plantejats (Romaní, 2007).

1.2.2 Desigualtats en salut en l' adolescència

Diferents estudis (Marmot, 1987) (Feinstein, 1993) (Towsend, 1988) (Borrell, 2006) han demostrat l'existència de desigualtats en relació a la salut (estudis sobre salut laboral, cura i control de l'embaràs o mortalitat essencialment) en funció del NSE, una dada amb prou evidència actualment i que planteja que un dels principals determinants de salut de les persones és la seva classe social (Grup de la “Sociedad Española de Epidemiología (SEE)” i la SEMFiC, 2000). En general avui, s'accepta com a indicador de classe social tant l'ocupació principal com el nivell d'estudis assolits, doncs amb dos breus i fàcils preguntes es pot classificar a qualsevol pacient en un determinat NSE. El nivell d'estudis es considera una variable aproximada del NSE dels individus per la forta associació amb els ingressos econòmics i el nivell de vida (Liberatos, 1988), probablement degut a que en el mercat de treball, el nivell d'estudis es considera l'aspecte més valorat i important. També està altament correlacionat amb la classe social segons l'ocupació (Alonso, 1997). Es pot considerar que les persones amb major nivell d'estudis, entenent aquest com la titulació d'estudis reglats més alta assolida, tenen més capacitat per a comprendre la informació sobre promoció de salut. La

classificació de les persones d'acord amb l'educació i l'ocupació presenta consistència interna i gradient en l'exposició als riscos de més a menys entre les mateixes. En absència d'informació exhaustiva sobre l'ocupació, l'educació pot ser una alternativa com a indicador del NSE (Cirera, 2000). Hi ha prou evidència de la relació inversa entre educació i mortalitat (Feldman, 1989), així com també entre l'associació entre l'educació i les diferents conductes o hàbits de vida relacionats amb la salut i la constatació de que un dels determinants més influents en reduir la mortalitat és la modificació dels estils de vida (Winkleby, 1990) (Gerent, 1991).

Les desigualtats en salut també es poden abordar des de la perspectiva de gènere i de sexe, i amb l'important arribada d'immigrants aviat també de país d'origen. Els homes i dones es socialitzen diferent i això determina diferències en valors, actituds, conductes, desigualtats en el poder, en l'accés als recursos així com en la profunda divisió sexual del treball (Borrell&Artazcoz, 2008). Ja des del mateix moment de néixer, tot i que és *en l'adolescència on es comencen* a fer més evidents les diferències i desigualtats, aspecte que explicaria els riscos i problemes de salut diferents en homes i dones. Malgrat ésser la dona, la víctima de la situació social (patriarcat) a protegir jurídicament (Ley de Violència de Gènere, 2004) (Ley de Igualdad, 2007), també el rol d'home, l'identitat masculina heterosexual tradicional, té implicacions negatives per a la salut, doncs els homes han de demostrar la fortalesa física i no mostrar febleses, el que implica l'adopció també d'hàbits no saludables, com fumar o beure en excés, la conducció temerària, no realitzar pràctiques preventives (p.e. no posar-se crema solar) o no reconèixer obertament els seus problemes de salut (Courtenay, 2000).

El 43% dels joves espanyols de 26-35 anys que viuen amb els pares si s'emancipessin avui serien pobres i vindrien a augmentar la taxa de pobresa del 20% en totes les edats, el que dóna una idea de l'extremadament precària situació sociolaboral dels mateixos. En Espanya el 26% de les llars que tenen nens de 6-15 anys són pobres (Informe de la Inclusión Social, 2008). Espanya a l'any 2000 estava al darrera en Europa amb percentatge destinat a despesa social, no arribant al 2% del PIB, mentre la mitjana era del 8,2%, a Luxemburg gairebé del 16% o a França del 9% (Flaquer, 2006). L'atur entre els anys 1994 i 2004 va evolucionar en Espanya, en joves de 16-24 anys, del 40,2% al 22,1% mentre que a la UE-15 va ser del 20,1 al 16,0% (Pallardó, 2006). La taxa de temporalitat i atur al 2004 en 16-24 anys és del 65,99% i 21,39% mentre que la taxa general en totes les edats és del 32,94% i 10,56% (Molina, 2005).

L'accés dels adolescents a les activitats preventives i de promoció de la salut *ha de ser especialment facilitada* des dels diferents Serveis (AP, Planificació familiar, Escoles, Esplais), millorant l'oferta d'activitats d'educació per a la salut des dels Serveis Sanitaris i les Escoles", "un element fonamental que cal tenir en compte en el desenvolupament de totes les intervencions

proposades per al trienni 1996-98 del Pla de salut són les *desigualtats en salut en determinats grups de població*, atès que les poblacions amb NSE més desfavorables presenten pitjor estat de salut" (Pla de Salut Regió Sanitària de Girona, 1996-98).

Millorar la qualitat de vida i els anys viscuts així com eliminar les *desigualtats en salut* són els objectius principals de l'AMA per a les edats de 10-24 anys al 2010. També, augmentar els que fan activitat física del 65 al 85%, els que s'abstenen o usen preservatius en les seves relacions sexuals del 85 al 95%, baixar el sobrepès de l'11 al 5%, el tabaquisme del 40 al 21%, els bevedors de risc del 7,7 al 2%, els que van en un cotxe on el conductor ha begut del 33 al 30%, el consum de marihuana del 8,3 al 1%, els embarassos del 68 al 43%, les MTS per Clamydia fins al 3%, els intents de suïcidi del 2,8 al 1% i la taxa per 100.000 en 15-19 anys de 70,6 a 39,8x100.000 i de 20-24 anys de 95,3 a 49,0x100.000 (Towey, 2007).

La detecció de desigualtats en salut i fer front als determinants econòmics, social i culturals del binomi salut-malaltia i prioritzar-lo a l'agenda sanitària dels diferents països és una de les línies de recerca i estudi europeus (Report on the State of Young People's Health in the European Union, 2000).

1.2.3 Mortalitat

Als 15-24 anys l'índex de mortalitat dels homes és el doble que en les dones i el 80% d'aquestes morts són degudes a causes violentes: accidents, suïcidis i homicidis, i dintre d'aquests accidents la gran majoria són de trànsit. Si s'exclouen les morts violentes, el càncer seria la causa principal de mort (Nenstein, 1991).

En Catalunya les primeres causes de mort estan relacionades també amb les causes externes en el 78% de casos (accidents, enverinaments i violències), els accidents de trànsit, les sobredosi de drogues, la SIDA i els suïcidis, i com a segona causa, els tumors amb el 5,1% (Pla Salut Catalunya, 1993-95).

La mortalitat a Catalunya a l'any 2005 en relació a la taxa de mortalitat x1000 habitants de 15-19 anys va ser de 0,21x1000 en dones i 0,53 en homes i als 20-24 de 0,22 en dones i 0,63x1000 en homes; les causes externes van ésser la primera causa en dones amb el 13,8x100.000 seguides de tumors amb el 3,3 i sistema respiratori i nerviós amb el 1,1x100.000 i en els homes també les causes externes amb el 39,6 seguides dels tumors amb el 4,6 i el sistema respiratori amb el 3,9x100.000 (BEC. Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 2005, 2007).

Durant el període 1999-2000 no van variar gaire les causes de mortalitat i la primera causa de mort (taxa anual per 100.000 habitants, per 20 grups de causes) seguien essent les causes externes amb diferents prevalences en homes i dones (61,86 i 16,50x100.000), en segon llocs, els tumors (5,65 i 4,95x100.000) i com a principals causes de defunció (per 73 grups de causes) la primera els accidents de trànsit 37,8 i 10,1 x100.000 tant en homes i dones, segona, la resta de causes externes 8,5 i 2,2 i tercera el suïcidi amb 6,9 i 2,1 x100.000 (Pla de Salut de Catalunya, 2002-2005).

Comparant les taxes de mortalitat per 100.000 habitants per grups d'edat i Regió Sanitària del 1989 al 1993 es troba que Girona ocupa el primer lloc entre els 15-24 anys, amb una taxa de 106,4, seguit de Tarragona amb 94,4. La més baixa és Tortosa amb un 67,5. Pel davant les causes externes de mortalitat amb un 78,1x100.000 (131,0 en els homes i 32,8 en les dones). Els accidents de trànsit tenen una taxa de 94,6 en homes i 23,3 en dones. En els homes el suïcidi i auto- lesions 8,1x100.000 (Pla de Salut de la Regió de Girona, 1996-98).

En Europa els accidents de trànsit són també la primera causa (40% del total de morts i el 80% en homes) a tots el països (excepte Finlàndia on és el suïcidi), com a segona causa hi ha el suïcidi i com a tercera el càncer (Eurostat, 2003).

Als USA les quatre primeres causes de mort són els accidents de trànsit 32%, altres lesions no intencionades 12%, homicidi 15% i suïcidi 12%, *en homes la taxa és 2,6 vegades més que alta que en dones*, en canvi en majors de 25 anys dos terços, el 39%, són per malalties cardiovasculars i el 24% per càncer, fent especial èmfasi en què les conductes considerades de risc en relació a elles com el tabaquisme, menjar inadequadament o la manca d'exercici físic sovint comencen a l'adolescència. (Department of Health and Human Services.CDC WONDER, 2005).

1.2.4 Nous riscos en l' adolescència

En els últims anys han sorgit nous riscos i perills per a la salut dels nens i adolescents. Alguns d'ells estan relacionats amb la utilització incorrecta de les noves tecnologies que poden portar tant a desenvolupar addiccions com a riscos directes sobre la salut, com p.e. són l'exposició a les ones electromagnètiques. La tecnologia digital obre un camp enorme d'avantatges però també d'incerteses i cal informar dels riscos tant als pares (que de vegades no els entenen) com als adolescents i nens (que de vegades no estan preparats), doncs el ritme actual de canvi i innovació va tan ràpid que molts pares i famílies no poden seguir-lo. Es recomana en relació a la utilització de mòbils, pel perill d'exposició a les ones electromagnètiques, per part dels nens i adolescents, que es facin servir sempre amb els altaveus, per a que sigui la mínima i estiguin el més lluny del cervell.

Cal utilitzar els mòbil com a mínim a més d'un metre de qualsevol equip mèdic donat que en el 43% d'ells (com els respiradors, marcapassos i bombes de infusió) es van produir interferències o anomalies de les quals el 75% van ser considerades com a perilloses. Els de segona generació van produir anomalies en el 60% dels aparells i el de tercera en el 13%. Les més importants eren quan estaven a una distància de 3,5 cms. (Lieshout, 2007), dades encara no definitives doncs altres estudis troben conclusions diferents (Tri, 2007).

L'alerta sobre l'impacte de les noves tecnologies com Internet, els videojocs, els ordinadors, els mòbils o les consoles fan que existeixi una manca de control, supervisió o assessorament, i que la informació no estigui fàcilment a l'abast dels pares, no per desinterès sinó per desconeixement. Només un 15% dels pares reconeix a través de l'etiquetatge el contingut dels videojocs que compren els seus fills, essent pertinent en aquest sentit l'edició de una guia orientativa per part de l'Ajuntament de Barcelona i l'Agència Catalana de Consum de la Generalitat de Catalunya (Quaderns de Projecte Educatiu Ciutat de Barcelona. Guia per a l'Elecció i l'Ús de Videojocs, 2006). La Asociación Española de Distribuidores y Editores de Entretenimientos ADESE afirma que els joves de 7-13 anys dediquen una mitjana de 5,5 hores a la setmana per a jugar a l'ordinador o a la consola i que als 14-17 anys baixa a 2,6 hores. L'ONG madrilenya PROTEGELES en una mostra de joves d'entre 11-17 anys de tot l'Estat, observa que un 44% ha admès haver-se sentit assetjat per Internet, un 30% ha facilitat el seu telèfon a un desconegut i fins a un 14 % ha concertat una cita amb ell (Cibercentros y Seguridad Infantil en Internet, 2007).

Les addicions tecnològiques a tenir en compte en adolescents són amb mòbils, Internet i videojocs no aconsellant de donar mòbil a cap adolescent de menys de 15-16 anys pel seu caràcter addictiu, perquè ofereix satisfacció immediata, estímuls i perquè també presenta síndrome d'abstinència i tolerància (factura cada vegada més alta); i es pensa que està substituint al tabac com a element d'autoafirmació (Jimenez, 2007). El 52% d'adolescents de 14-18 anys tenen televisió a la seva habitació, el 57,8% ordinador, el 52% Internet, el 38,7% videoconsola i el 87,2% mòbil. Es recomana un màxim de 2 hores de consum diari amb tots aquests aparells junts (Bercedo, 2005).

Els nens que miren *més de dues hores la televisió* al dia quan cursen educació primària tenen després més dificultats de concentració a l'arribar a l'Institut que aquells que ho fan menys. Cal estudiar els efectes a llarg termini de l'abús de la televisió en la infància sobre la capacitat d'atenció a l'adolescència doncs el risc s'incrementa un 44% per cada hora addicional (Hancox, 2007). Es recomana no fer servir la televisió de mainadera/cangur i malgrat no incloure videojocs o ordinadors els autors aconsellen que les 2 hores es facin sumant totes les formes d'oci audiovisual. La televisió afecta al dèficit d'atenció, no a la hiperactivitat (Landhuis, 2007).

Han aflorat nous reptes en salut mental i social, fins ara mig desconeguts entre els joves, com la violència masclista (els joves reproduïxen els rols de parella tradicional) i l'assetjament escolar (bulling) delictes ja tipificats en el Codi Penal i que poden portar a dramàtiques conseqüències, com les morts continuades per violència masclista o el cas del suïcidi d'un jove al País Basc després de l'assetjament continuat patit amb la indiferència, o el que és pitjor, el desconeixement de la comunitat educativa o les pròpies famílies. També s'ha d'estar alerta en educar *en el respecte* als diferents i contra el racisme envers altres persones amb la pell de diferent color, alerta contra el creixement de grups d'ideologia nazi que segons dades dels Mossos d'Esquadra són uns 500-600 a tot Catalunya i que es concentren al triangle Sabadell-Terrassa-Castellar amb gairebé 200-300, seguit d'Osona (Torelló i Manlleu) o altres com Girona o Salt (Garcia, 2006).

A Espanya uns 97.000 agressors peguen a 72.000 víctimes i conforme avança l'edat baixa lleument el percentatge. En els col·legis privats és més comuna l'exclusió social, un 20% d'immigrants es senten exclosos (en autòctons és del 10%) i els caps d'estudi situen el problema dels conflictes en el quart lloc de les prioritats amb el 23%, darrera de la precarietat de recursos 29%, els problemes d'aprenentatge 36% i de la participació de les famílies amb el 37% (Ochaita, 2006).

L'arribada de centenars d'immigrants amb el curs començat, l'anomenada matrícula viva, és un element de distorsió en el funcionament del centres educatius agreujat perquè gairebé tots són ubicats als centres públics, on les ràtio d'alumnes per classe no recull aquesta circumstància. Només el 17% van a centres concertats malgrat ésser el 40% de les places. Salt és amb el 42,9% de percentatge d'alumnes estrangers *el més alt* de tot Catalunya. (Catorce ciudades catalanas superan el 25% de alumnos inmigrantes en Centros Públicos, 2008).

En alumnes de 8-18 anys durant el curs 2005-06 la convivència era pitjor a l'ensenyament primari que al secundari i les dades havien millorat lleument des del curs 2000-01. Així, les víctimes d'accions negatives freqüents i greus van baixar del 13% al 10% i les greus del 3,1% al 3% respectivament. Quan es pregunta, tant en ensenyament primari com en secundari, a les víctimes d'una o de dos o més accions negatives a la setmana, les dades són del 7% en primari i del 3% en secundari i del 26,7% i 7,2% respectivament. Es pot afirmar *que una tercera part* dels alumnes d'ensenyament primari i el *10% de secundaria* de Catalunya són víctimes. Si als 8 anys és del 17,7% i als 16 del 1,4% es pot concloure que els maltractaments entre companys es va apaivagant conforme avança l'edat. Com se sap que uns 400.000 nens es van matricular en ESO, FP i Batxillerat al 2005 es pot confirmar amb aquestes dades que són unes 12.000 les persones afectades de més de 12 anys i que uns 7.000 alumnes són els autors de la majoria d'agressions. Un 15% declara tenir molta o força por per anar a l'escola i un 28% una mica. El 23,1% ha agredit físicament a altres (Enquesta de Convivència Escolar i Seguretat a Catalunya, 2005-06).

Es pot sospitar que potser està aquí avui, als Col·legis, als patis, a les aules, una de les arrels de molts problemes de salut mental que després es retroben a les consultes dels Centres Sanitaris o Educatius (dels Psicòlegs) com són l'ansietat, el FE, les alteracions de la son, la ideació o els intents de suïcidi, els trastorns de personalitat o adaptatius, la depressió, la hiperactivitat o la gran demanda de consultes psicològiques als col·legis o fora d'ells.

És també en l'adolescència quan s'habilita i es reproduceix el model cultural masclista, un greu problema de Salut Pública, per la qual cosa l'ICD va presentar la campanya adreçada als joves de 14-25 anys "l'amor ha de ser lliure, lliure de masclisme, lliure de bronques, lliure de gelosia". El telèfon d'atenció a les dones en situació de violència va rebre 124 trucades en 10 mesos de menors de 18 anys (Campanya: l'amor ha de ser lliure, 2007). La prevalença de violència va ser del 28% en dones de 12-24 anys de Mèxic i aquesta estava associada amb depressió, consum de tabac, consum d'alcohol, baix rendiment escolar i antecedents de relacions sexuals. Conclou que cal vigilar sobretot la relació amb la depressió (Rivera-Rivera, 2006).

1.3 Aspectes legals i jurídics

La minoria d'edat dels adolescents és un altre aspecte important en l'atenció a aquestes edats que genera a més el conflicte entre el dret dels pares (pàtria potestat) a saber i conèixer aspectes relacionats amb els seus fills menors d'edat i el deure del sanitari a mantenir en certs supòsits el secret professional davant un menor de 18 anys. Sorgeix el concepte de "*menor madur*", essencialment entre els 16-18 anys, en què preval el dret del menor sobre el dret dels pares o tutors a ser informats i on tant el Codi Civil com la Llei 41/2002 Bàsica Reguladora de l'Autonomia del Pacient i de Drets i Obligacions d'Informació i Documentació Clínica ho avalen. Es considera que a partir dels 16 anys el professional sanitari decidirà si el menor gaudeix de la maduresa suficient per a no necessitar la representació dels pares o tutors per a decidir sobre qüestions relacionades amb la seva salut, com els relacionat amb les MTS, les IVE, els anticonceptius o la píndola d'emergència i on caldrà que decideixi si el menor és prou madur per assumir la responsabilitat i entendre el què implica. És un aspecte discutible i polèmic, deixant al professional sanitari la responsabilitat o en cas de conflicte al jutge que decidirà el què cal fer davant de cada situació (Professió n° 23, 2007). El mateix COMB afirma que "la decisió del menor de 16-18 anys és vinculant" ja que es presumeix la maduresa, i no és necessària l'autorització dels pares excepte en el que diu la Llei, en assajos clínics, IVE i tècniques de reproducció (Professió n° 25, 2008).

L'article 31 del Codi Deontològic mèdic signat pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya afirma que 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 capacitat de comprendre allò que decideix, tot i que el pare, la mare o el representant legal en dissenteixin i en un altre apartat de la mateixa campanya, en relació a la doctrina del menor madur afirma que cada persona pot exercir els seus drets (tant de personalitat com d'altres) des del mateix moment en què pot gaudir. A partir dels 12 anys, s'estableix l'edat a partir de la qual un menor pot gaudir, si té maduresa, dels seus propis drets humans (evidentment entre aquests drets es troben el dret a la salut i el dret a l'exercici i ús de la seva sexualitat) (Millor Sense Risc. Generalitat, 2003). Com altres estudis en la mateixa línia, a partir dels 13 anys s'ha de mesurar el grau de responsabilitat de l'adolescent per a entendre i responsabilitzar-se de les seves conductes i decisions envers p.e. la píndola d'emergència o les IVE (Albarran, 2007) (CADIME, 2007).

Al "23º Congreso de las Juventudes Socialistas de España" una de les propostes que es va fer al Govern era reconsiderar i plantejar el dret de vot als 16 anys (Las Juventudes del PSOE defienden el voto a los 16 años, 2007) edat on seguint el fil de la proposta i més enllà, es podria afirmar que si un jove és prou madur per a triar els polítics que el representaran també ho hauria de ser per a decidir sobre la seva salut i la seva vida i potser caldrà donar un pas més en la reflexió i plantejar el debat de rebaixar la majoria d'edat als 16 anys i més quan en aquesta edat ja és prou madur per a decidir si vol tenir relacions sexuals consentides (als 12-13 anys), casar-se o no fa gaire anys enrere anar a fer el Servei Militar a l'Exèrcit. En el mateix sentit s'expressa l'estudi encarregat pel Govern Català per a combatre l'abstenció i el desinterès per la política on es proposa entre d'altres midos rebaixar l'edat per a votar que ara és als 18 anys fins als 16, proposta que també inclouria el vot pels immigrants (Informe sobre la Desafecció Política, 2008).

Un avenç en el respecte als drets del menor és la reforma del Codi Civil eliminant l'Article 154 que obria la porta al càstig físic i que permetia als pares "corregir raonable i moderadament als seus fills" i que havia estat denunciat per diferents organismes internacionals i l'ONG Save the Children en la defensa i protecció dels menors (Prohibido el cachete para corregir a los hijos, 2007).

1.4 Justificació de l'estudi

Un eix essencial per a intensificar i prioritzar des de l'AP la realització d'activitats preventives va ser la proposta que en la Conferència de l'OMS feta a Alma Ata a l'any 1978 es va concretar amb l'objectiu emblemàtic de "Salut per a tots a l'any 2000", impulsant i posant com a eix i centre del Sistema Sanitari l'AP i que va ser un revulsiu per a molts professionals que treballaven en aquest

àmbit, objectiu que també va assumir en el seu moment el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

Així, quan a l'any 1993 es publica el Pla de Salut de Catalunya 1993-95, molts professionals van entendre que el seus objectius calia plantejar-los no com unes recomanacions formals més, en abstracte, sinó com a quelcom a portar a terme d'immediat, integrant-los en la pràctica diària per aconseguir complir-los: un imperatiu en definitiva. És en aquest context esperançador que s'inicia aquest projecte, no com un estudi més sinó com l'obligació moral de contribuir en la millora de la salut dels pacients i en concret dels adolescents. Aquests objectius inicials no tothom els va entendre igual i així uns anys més tard la realitat de l'aplicació de les recomanacions del Pla de Salut tornava a situar-los, en general, lluny d'assolir i confirmava el diagnòstic i la necessitat de millorar les intervencions i per tant els recursos. El nivell d'implantació de pràctiques preventives en el conjunt dels EAPs de Catalunya i per tant el grau d'assoliment dels objectius de salut, base per a fer propostes pel període 1996-98, van ser decebedors, constatant la necessitat d'incrementar-les molt més. Així quan s'avalua el grau d'assoliment en el grup d'edat de 15-19 anys, tenint en compte que a partir dels 15 anys era la població diana per a detectar HTA o el consum de tabac i d'alcohol, s'observa que en el 35,6% de les Històries Clíniques no consta cap anotació (40% en els homes), que en relació a l'HTA només consta en el 33,3% de les Històries, que el pes només al 35,7% i la talla en el 39,1%, que el tabac només consta al 38,1% i el consum d'alcohol en el 22,3%. Conclou: “és interessant destacar que la detecció és més baixa en els trams més joves de la població diana, sobretot pel que fa a l'hàbit tabaquic i al consum d'alcohol, *en el 12% de totes les edats no consta cap anotació, que es triplica en els menors de 20 anys*” i recomana “el nivell d'enregistrament de variables sobre factors de risc observat en el grups de població més jove suggereix que *els contactes esporàdics d'aquesta població amb el Sistema Sanitari haurien de ser més utilitzats per a la detecció oportunista de problemes de salut*”. Es dedueix per tant que hi ha una atenció escassa envers els adolescents i que es necessari actuar, tal com indica el Pla de Salut, aprofitant qualsevol oportunitat, i que encara manquen estudis epidemiològics sòlids per a saber la situació real de salut dels adolescents (prevalença de factors de risc) per tal de planificar qualsevol intervenció posterior (Les Activitats Preventives en la Xarxa Reformada d'AP, 1995). En un estudi fet en 59 ABS de Catalunya per a conèixer la detecció i control dels FRCV en persones de 15 o més anys, treball que forma part de l'avaluació de les propostes del Pla de Salut relatives a la pràctica de la detecció de FRCV en AP, (consideren com a factors de risc l'HTA, el tabac, el colesterol, la glicèmia, la talla, el pes i l'alcohol) comparen els períodes 1995 i 2000 trobant que en el *40% de les histories* dels pacients de 15-19 anys *no hi ha cap anotació* de cap factor i que en aquests cinc anys baixa el registre del tabaquisme del 66,5% al 40,0% o en alcohol del 59,6% al

32,0%. Afirmar també que la Història Clínica “es un instrumento esencial en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, en la que queda registrada la biografía clínica de éste” (Séculi, 2003).

La prevenció forma part essencial de l'activitat sanitària i malgrat la implantació del PAPPS al 1986, les avaluacions progressives de l'aplicació una dècada després del mateix encara era baixa (Subias, 2000). Per a conèixer les prioritats dels professionals i els obstacles que troben per a fer prevenció es va dissenyar un estudi amb l'enviament d'un qüestionari Delphi a 129 professionals, metges, infermers, gestors i tècnics. Van plantejar com a problemes prioritaris el tabac, l'alcohol i altres drogues, en segon lloc els problemes de salut cardiovascular i en tercer els estils de vida; com a obstacles per a portar-los a la pràctica la manca de temps, la manca de formació i les actituds envers la prevenció i com a solucions millorar les habilitats de comunicació i la metodologia del consell educatiu (Nebot, 2007).

La implantació de les activitats preventives en adolescents ha millorat durant els anys però encara són baixes, així en un estudi fet abans i després d'aplicar les recomanacions de la GAPPA, es troben canvis en la informació sobre sexualitat 13% abans i 27% després, sobre abús físic o sexual 10% i 22%, suïcidi 7% i 22%, o en la prevenció dels TCA 11% i 28% respectivament (Klein, 2001).

Alguns experts demanen utilitzar el concepte “adolescent sà” i reivindiquen la seva assistència individualitzada amb l'objectiu d'investigar malalties asimptomàtiques (cribratges, detecció), així com també per establir una relació de confiança amb l'adolescent que permeti en el futur una assistència més efectiva i també per aconseguir amb l'educació sanitària fer de l'adolescent un consumidor de salut independent i responsable. *Aquesta assistència podria ser feta per infermeres* i tenir el metge com a consultor, proposa una intervenció durant l'adolescència que inclogui antecedents mèdics i personals, antecedents de conductes de risc per a la salut (la part més important a l'assistir a l'adolescent) que defineix com la sexualitat, el tabac, alcohol i altres drogues, els accidents greus, la violència, les fluctuacions de l'estat d'ànim, l'abús físic o sexual i els TCA, inclou una analítica amb hemoglobina i colesterol, així com la mida de l'IMC i la TA. A més, reflexiona sobre els problemes medicolegals amb l'examen físic i l'analítica (Marks, 1994). Els adolescents representen aproximadament un 16% de les consultes ambulatories, venen menys que altres grups etaris i la durada acostuma a ser d'uns 10 minuts, malgrat la complexitat de les mateixes (Yancy, 1992). Segons altres estudis, la majoria dels adolescents van a veure al seu metge de capçalera almenys una vegada a l'any, amb percentatges que oscil·len entre el 55% i el 76% (Feldman, 1986) (Berg-Kelly, 1991) (Millstein, 1992) (Michaud, 1993) (Suris, 1994 i 2000) (Linares, 1995), trencant el mite de que no venen gairebé mai a les consultes.

Malauradament, al nostre país, malgrat haver-se plantejat la qüestió i la prioritat de les activitats preventives en els adolescents i joves (Pla de Salut de Catalunya 1993-95), quan es tractava de concretar-les en una intervenció individualitzada a les Consultes d'AP, on els adolescents venen per diferents motius, i de posar els recursos (temps suficient i contingents adients) per a fer-les, es va trobar la més absoluta indefinició, és més, el PANS, sistemàtic per a tots els nens i adolescents, que apliquen els pediatres fins als 14 anys no tenia continuïtat, i es desactivava/desactiva al moment més inoportú i crític, amb l'arribada als 15 anys, i es deixava a l'atzar, la bona voluntat i la formació dels professionals la realització pràctica d'aquestes activitats preventives, quan per qualsevol motiu acudien a les consultes de la infermera o del metge general. Afirmant per altra banda, que "la motivació i la formació dels professionals han estat considerades peces clau per a l'adopció de les noves polítiques de salut" i "és fonamental el paper dels professionals sanitaris en l'aplicació de les propostes del Pla en la pràctica clínica, així com la seva participació en la definició i elaboració de recomanacions i protocols per a l'atenció als problemes de salut prioritaris com són les activitats preventives" (Pla de Salut Catalunya, 2002-2005).

A l'any 1993, quan comença l'estudi, les propostes pràctiques des del Departament de Salut eren escasses i només, mot més endavant, van sorgir algunes, com la "Unitat d'Atenció a l'Adolescència" portada pel Dr. Cornellà al Cap Güell de Girona, avui desapareguda (com un especialista consultor més, on es podien derivar els casos més difícils, seleccionats), o posteriorment el Programa "Salut i Escola", on les infermeres fan una consulta regular als diferents IES de l'ABS. Totes dues tenen quelcom en comú: es fan *fora* dels CAP habituals i al marge de l'equip sanitari assistencial metge/infermera (UBA) de referència. Però malgrat les mancances, *tot allò que suma en prevenció adolescent sempre ha d'ésser ben rebut*, exigint però que tota nova proposta incorpori els recursos adients per a portar-les a terme. Quan a l'any 2000 es posa en funcionament als USA "The National Children's Study", un estudi prospectiu de seguiment de 100.000 nens durant 21 anys, que pretén intervenir entre d'altres sobre asma, malformacions congènites, dislèxia, dèficit d'atenció/hiperactivitat, autisme, esquizofrènia o obesitat, i es va calcular que el cost seria de 2,7 bilions de dòlars, van aparèixer veus que criticaven la quantia del mateix, aparentment alt, però si es té en compte el cost anual de totes aquestes malalties que és de 642 bilions de dòlars, s'observa que només rebaixant un 1% les conseqüències d'aquestes, solament en un any s'estalviarien uns 6,4 bilions, el doble del cost total del Programa (Landrigan, 2006).

Els adolescents han estat ignorats històricament i cal serveis adients per a ells (Viner, 2000), serveis no paternalistes, sense dificultat d'accés i que els ajudin efectivament (MacFarlane, 1995), el mateix (Viner, 2005) en relació a les estadístiques dels nens afirma que la mortalitat o morbiditat

en els adolescents no han baixat en els darrers 20 anys i que fins arribar a l'edat adulta els hàbits com fumar, l'obesitat o la malaltia mental es triplica en adolescents en relació als nens.

Una revisió dels estudis publicats sobre promoció i educació per a la salut a l'escola en el període 1995-2005, en l'etapa infantil i primària, conclou que la intervenció en promoció de la salut a l'escola en aquestes etapes és encara escassa i que el protagonisme del professorat és millorable. Destaca el baix número d'articles i intervencions en aquestes edats. Que la incorporació de l'Educació per a la Salut com a *tema transversal en el currículum educatiu* del nostre país no està integrada de forma sistemàtica i generalitzada en el projecte de les escoles, i que la participació dels pares i la comunitat va en augment, però que hi ha poca informació (Davo, 2008). A semblants conclusions arriba un altre estudi de revisió durant els anys 1995 al 2000 (Hernán, 2001), així com un altre publicat per l'OMS, on la majoria de intervencions es donen a l'aula i tenen per objectiu millorar els coneixement i habilitats sobre drogues en general, l'exercici, la nutrició i en menor grau la salut mental (Stewart-Bronw, 2006).

L' eminent cardiòleg Valentí Fuster afirma que en la seva experiència els adults difícilment canvien d'hàbits i així, per evitar tendències nocives per a la salut, cal incidir en els nens quan abans millor. Planteja sobretot intervenir dels 6 als 10 anys i afirma que el 75-90% de les malalties cardiovasculars són per estils de vida que s'adquireixen en la infantesa (Fuster, 2006).

L'atenció a l'adolescent està plena d'estereotips i generalitzacions que cal detectar i obviar, el Dr. Silber alerta sobre cinc mites que considera falsos (Silber, 2000):

- 1- El desenvolupament de l'adolescent normal és tumultuós (per al 80% no ho és).
- 2- L'adolescència és un període de gran emotivitat.
- 3- La pubertat és un succés negatiu per als adolescents.
- 4- L'adolescència és una etapa d'alt risc de suïcidi (de fet és el període de la vida on menys gent es suïcida. (Holinger y Offer, 1993)).
- 5- El pensament dels adolescents és irracional i infantil.

Es pretén en aquest estudi no només analitzar els temes clàssics (drogues, sexualitat i conducció de vehicles), sinó anar més enllà i aproximar-se a aspectes importants com són la immigració (com a fet emergent), el paper de les creences religioses, les desigualtats en salut (segons la classe social) o també en altres riscos i problemes com és la salut mental, entesa com un conjunt en què s'inclou no només problemes com són el suïcidi o haver estat en tractament psicològic o psiquiàtric per qualsevol patologia (ansietat, depressió) sinó d'altres com els maltractaments i abusos sexuals, la influència de sectes destructives (grups que utilitzen el control psicològic i la manipulació mental) o el dèficit d'hores de son, o anant més enllà, l'obesitat (entenent la utilització del menjar com un element de control de l'ansietat, com l'abandonament de l'estètica i equilibri corporal o com un

signe de manca d'autoestima) i per últim els TCA (com una distorsió patològica i greu de l'imatge corporal). També s'incorpora a la intervenció un examen de salut consistent en la mida del pes, la talla i la TA així com fer una analítica general (hemograma, bioquímica general, serologia d'HVB i en dones també de rubèola), intentant conjuntament amb l'anamnèsi del tabac incidir en la prevenció dels FRCV i el càncer.

L'objectiu principal d'aquest estudi aniria en aquesta línia i seria la detecció dels riscos i problemes de salut dels adolescents i joves atesos a una consulta de Medicina General d'un Centre de Salut Públic durant un període de 12 anys.

OBJECTIUS

2.1 Objectiu principal

Detectar les conductes de risc i els problemes de salut dels adolescents i joves atesos en una consulta del CAP de Salt (Girona) durant el període 1993 al 2005.

2.2 Objectius secundaris

- a-** Estimar les prevalences de les conductes de risc i els problemes de salut més rellevants en adolescents i joves.
- b-** Avaluar l'associació de les conductes de risc i problemes de salut amb els factors sociodemogràfics de l'estudi.
- c-** Comparar les prevalences de les conductes de risc i els problemes de salut en els grups d'edat entre 15-16 anys i 17-24 anys.
- d-** Comparar les prevalences durant els períodes 1993-99 i el 2000-05.
- e-** Estudiar l'existència de desigualtats en salut (classe social segons el nivell educatiu) en l'exposició als diferents riscos i problemes.
- f-** Analitzar la relació entre les diferents conductes de risc.
- g-** Analitzar amb detall les conductes i problemes de salut més prevalents o amb més rellevància clínica.

HIPÒTESI

- a-** Els adolescents i joves venen habitualment a les consultes d'AP presentant una gran part d'ells problemes i conductes que poden esdevenir en riscos greus per a la seva salut.
- b-** El sexe femení, els immigrants, els no creients, el baix nivell d'estudis i les famílies monoparentals podrien ésser situacions amb més exposició al risc.
- c-** A les edats de 15-16 anys alguns dels riscos ja poden ésser molt prevalents en relació a 17-24 anys.
- d-** Els riscos del joves haurien d'haver empitjorat al llarg dels 12 anys de l'estudi.
- e-** Els joves amb més baix nivell d'estudis poden tenir més prevalença de conductes de risc i problemes de salut.
- f-** Les conductes de risc poden estar associades entre sí.

MATERIAL I MÈTODES

4.1 Disseny de l' estudi

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal de l'estat de salut a partir d'un qüestionari i un examen de salut administrats a la consulta utilitzant com a unitat d'anàlisi l'individu.

4.2 Emplaçament de l'estudi

L'estudi s'ha fet a Salt, un poble d' uns 22.177 habitants (avui llisca els 30.000) situat al costat de Girona..

4.2.1 Característiques demogràfiques del poble de Salt

Salt és un poble de la província de Girona, separat de la ciutat per un carrer comú, on l'evolució demogràfica durant el segle XX va tenir sempre una relació directa amb la mateixa fent de "ciutat dormitori" paral·lela, arribant inclòs a la seva desaparició com a poble al finals dels anys setanta del darrer segle tornant a recuperar la seva independència als pocs anys. Canvis demogràfics lligats com sempre a les oscil·lacions de la conjuntura econòmica, sobretot a partir dels anys cinquanta, amb el comportament típic dels nuclis industrials catalans receptors d'emigració/immigració. Així si a l'any 1950 no arribava als 6000 habitants empadronats, al 1981 aquesta xifra augmentava fins a 20.000. És a la dècada dels 70 al 80 on l'augment és d'un 70%, essencialment amb emigrants procedents de la resta d'Espanya i de la Catalunya interior, emigrants essencialment joves i sans, amb disponibilitat per a treballar. A partir dels anys 80 (a la resta de Catalunya havia passat uns cinc anys abans) aquesta arribada emigratòria s'atura i la població s'estanca fins a finals de la dècada dels noranta. A Salt la font de llocs de treball són essencialment els Serveis i fins fa poc la Indústria (a Salt hi havia dues fàbriques tèxtils emblemàtiques la Gassol i la Coma Cros desaparegudes/deslocalitzades fa pocs anys). És per tant un poble urbà on el pes de l'agricultura no arriba al 2%, amb un gran creixement migratori en les darreres dècades i amb una mà d'obra majoritàriament obrera no qualificada. Una zona urbana, a més, amb una densitat de població de 3.480 Hab./Km2. (22.274 habitants en 6,4 Km2), molt superior a la de Girona (1.914 Hab/Km2) o altres ciutats del nostre entorn. A l'agost del 2007 aquesta densitat era de 4.538 Hab./Km2 (29.048 habitants) i encara creixent.

Fa uns sis anys s'està vivint a Salt un altre gran augment migratori, però aquesta vegada no des de Múrcia, Extremadura, Andalusia o la resta de Catalunya sinó des de països del tercer món africà,

sobretot magribins i sot-saharians. Si a Salt a l'any 1991 els immigrants procedents de països no desenvolupats no arribaven al 2%, al 2003 estaven per sobre del 19,5 %, i avui al 2007 arriba al 38,1%, una prevalença de les més altes de Catalunya i a una zona urbana densament poblada. Si es barreja una gran concentració humana per Km2, un NSE baix i unes taxes d'immigració superiors al 38,0 % es pot parlar, com ja alertava SOS Racisme, d'una situació com a mínim preocupant des del punt de vista de la integració/cohesió social, sinó es fa a curt termini un esforç pressupostari des de les Administracions per a la millora, tant de les infraestructures com dels serveis, siguin sanitaris, educatius o d'ajuda a les famílies (Informe SOS Racisme Salt, 2001).

Del total d'habitants de Salt a l'any 1994 només un 11% havien nascut a Salt, el 51,4% a les comarques gironines i un 37,5% a d'altres indrets.

Segons el Padró Municipal d'habitants al 28-2-1991 hi havia a Salt 22.177 habitants, dels quals 3.705 tenien 15-24 anys (essent un 16,71% del total de població) semblant al percentatge d'aquestes edats en poblacions equivalents, de les mateixes característiques que Salt (validesa externa), d'ells 1.949 eren homes i 1.756 dones, dades que s'han mantingut durant el temps d'intervenció.

Comparant el nivell d'estudis dels anys 1991 i 2002 (taula 2), s'observa que el nivell d'estudis ha millorat lleument però mantenint-se amb xifres semblants en estudis primaris sobre el 85%, secundaris el 15% i universitaris sense arribar a un 1% (Padró Municipal 1991 i 2002).

Taula 2. Màxim nivell d'estudis per sexes comparant la població de 15-25 anys als anys 1991 i 2002

Nivell estudis	1991			2002		
	Homes n (%)	Dones n (%)	Total n (%)	Homes n (%)	Dones n (%)	Total n(%)
Primaris o menys	1719	1510	3229 (87,1)	1831	1668	3499 (83,4)
FP-BUP-COU	217	252	469 (12,7)	300	373	673 (16,1)
Diplomatura	1	4	5 (0,13)	7	8	15 (0,35)
Llicenciatura	1	1	2 (0,05)	2	3	5 (0,11)
Total	1938(52,3)	1767 (47,7)	3705 (100)	2140 (51,4)	2052 (48,0)	4192 (100)

4.2.2 L'Atenció Primària a Salt.

En aquest estudi s'utilitzaran alguns termes que caldria explicar i definir prèviament.

El *CAP* (Centre d'Atenció Primària) és el lloc físic on es desenvolupa l'activitat assistencial; en concret a Salt n'hi ha només un (actualment s'està pendent de la inauguració del segon *CAP*). Consta de dos pisos, a la planta baixa estan els servis d'Administració i Urgències, a la primera planta Pediatria i Odontologia i a la segona planta Medicina General. Va ser obert a l'any 1990.

Donava assistència a uns 22.000 usuaris, població que s'ha mantingut estable fins al 2001, moment en què ha augmentat exponencialment, fins als 29.000 actuals. Posteriorment es va incorporar una Treballadora Social, adscrita al Centre. Durant uns anys hi va haver un Servei propi de Ginecologia pertanyent al Programa d'Atenció a la Dona (PAD) de l'ICS (avui aquest servei el proporciona el Parc Hospitalari Martí Julià). Actualment hi ha una consulta de Psiquiatria pròpia. Els diferents serveis van canviant, ampliant-se o desapareixent en funció de la situació o els recursos.

L' *UBA* (Unitat Bàsica Assistencial) és el conjunt de Metge-Infermera que té assignat un número de pacients determinats, les de medicina general a partir dels 15 anys i les de pediatria de 0 fins als 14 anys, creant nous contingents conforme augmenta la població, per saturació. El nombre de pacients assignats a cada *UBA* oscil·la i depèn teòricament del grau de complexitat dels usuaris estant ajustades a la pressió assistencial pel NSE i al número de pacients més complexos, com són els de 0-2 anys en pediatria i els que tenen més de 65 anys en els adults. No existeix cap tipus de ponderació en relació a la immigració, és a dir, és el mateix tenir un 1% de taxa immigratòria que un 40% com la que hi ha a Salt. En aquests moments els pacients assignats per contingents de Medicina General està entre 1800-1900 pacients i a Pediatria entre 900-1000. Al ser un Centre acreditat des del 1995 com a Unitat Docent de Postgrau de l'Especialitat de Medicina de Família i Comunitària aquesta xifra per *UBA* no hauria d'excedir de 1500 usuaris en adults i 1000 en pediatria, com tenen per altra banda el 70% de les *UBAs* de la província, la gran majoria no comparables en complexitat a la de Salt. També s'imparteix docència de pregrau tant a estudiants de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona com d'Infermeria de la Universitat de Vic.

L' *EAP* (Equip d'Atenció Primària) és el conjunt de totes les *UBAs* i Serveis que hi ha al Centre de Salut i de tots els estaments, siguin administratius, auxiliars de clínica, infermeres, treballadores socials o metgesses. Al 1993 les *UBAs* de medicina general eren vuit i les pediàtriques tres. Actualment són tretze i sis pediàtriques, quatre d'elles estan ubicades provisionalment fins a l'apertura del nou *CAP* al Parc Hospitalari Martí Julià.

L' *ABS* (Àrea Bàsica de Salut) és el conjunt de tot el territori i tots els CAPs o consultoris locals que atén l'EAP. En el cas de Salt té afegida una zona rural de petits pobles (Bescanó, Fornells de la Selva, Aiguaviva i Vilablareix) que s'han exclòs de l'estudi perquè les seves característiques demogràfiques no són comparables a Salt.

Al 1993 quan va començar aquest estudi, l'EAP del CAP de Salt constava de vuit UBAs de Medicina General i és a partir d'una d'elles d'on s'han extret les dades per a fer l'anàlisi, o sigui d'un dels vuit bocins en què estava dividit l'EAP.

L'assignació de pacients a les UBAs es fa per saturació. Quan totes les existents tenen un número de pacients, al voltant de 1800 d'adults o 1000 pediàtrics, es crea una de nova i tots els nous nadius es van afegint a la mateixa, quedant tancades la resta, que reben només com a noves altes els fills dels pacients del contingent que passen del pediatra al metge general al fer 15 anys d'edat, per a que tinguin tots ells el mateix equip assistencial (UBA), o altres familiars o pacients que volen canviar-se d'UBA, prèvia autorització dels components de l'equip. Actualment a l'ésser un 85% dels nous nadius empadronats a Salt forànis, i per a no crear "contingents gueto", formats només per immigrants, s'intenta ser més flexible amb aquest criteri intentant repartir *solidàriament* aquests entre totes les UBAs per igual, incloses aquelles que tenen més de 1800 pacients assignats.

4.3 Població d'estudi

4.3.1 Criteris de selecció

A tot jove de 15-24 anys de l'UBA estudiada que venia a visitar-se per qualsevol motiu a la consulta, dintre del període de reclutament, per primer cop com els que havien fet 15 anys i passaven des de l'equip pediàtric al de medicina d'adults, o d'altres com els pacients d'aquestes edats, assignats en anys anteriors, que encara no havien consultat i que ho feien durant el període de reclutament, a tots ells se'ls explicava els objectius d'aquesta intervenció i es demanava la participació en la mateixa. En funció de la càrrega/pressió assistencial del dia es passava el qüestionari/examen de salut o es programava per a una altra hora. Donat que les visites a la consulta en aquestes edats són per problemes aguts, puntuals (no hi ha una consciència preventiva important i el futur de les conseqüències de les conductes o malalties es veu molt lluny o es considera que "a mí no em pot tocar") es va detectar que en les reprogramacions alguns pacients es perdien, problema que es va solucionar ràpidament intentant fer-la tota el mateix dia de la visita, *captació oportunista* no prevista, intercalada entre les altres, o al menys una part d'ella, malgrat la

disfunció que podia crear en la consulta. Una vegada iniciada la intervenció, que durava uns quinze minuts, en cas de detectar algun risc o problema, es podia fàcilment reprogramar en dies posteriors, així excepte en dies molt puntuals de pressió assistencial (grips a l'hivern per exemple) gairebé tot l'estudi es va fer paral·lelament a la consulta habitual.

Els adolescents estudiats formen part d'*una mostra* (si es considera el total d'adolescents de Salt), però també en aquest cas es podria parlar d'*una població* (si es considera el total del contingent estudiat), que ha estat reclutada consecutivament i on la participació era voluntària (les negatives a col·laborar van ser mínimes). No hi va haver per tant cap criteri d'exclusió, no es va fer cap reclutament induït especial i va ser l'arribada dels joves "espontàniament" a la consulta la font de casos participants.

Al final del període d'estudi es van incloure 991 pacients, que pràcticament van ser tots aquells que van venir consecutivament a la consulta per qualsevol motiu durant aquest temps, només set d'ells van quedar exclosos al no tornar a la consulta quan es van programar per un altre dia. D'aquests 991 es van excloure només 15 joves per dades incompletes i 9 per negativa a participar, restant per tant una població de 967 per a fer l'estudi.

4.3.2 Representativitat

En un estudi preliminar de l'anàlisi fet amb els primers 402 adolescents i realitzat a finals de l'any 1996 (taula 3), es va comprovar que hi havia a la consulta un total de 347 joves assignats de 15-24 anys, segons l'arxiu d'Històries Clíniques del CAP (amb Història Clínica oberta) i que eren comparables amb la població de l'estudi en aquell moment que era de 402 joves. Si es treuen tots aquells que al final de cada any (1993, 1994 i 1995) havien complert 25 anys i que s'havien d'excloure al ultrapassar el rang d'edat de 15-24 anys i que sumen 71, en queden 331 que representen una xifra molt similar a la del total dels 347 joves assignats al contingent en el període estudiat i que corresponen al 95,38 % del mateix. Tanmateix, aquests 331 també corresponen al 9,82% dels 3.368 joves que hi havia a Salt a finals de 1996 segons el Padró Municipal d'Habitants. A la taula 3 es descriu l'evolució del número de joves entre 15-24 anys a la consulta estudiada en els períodes 1995, 1996 i 1997 comparada amb la mitjana de les 7 UBAs restants de l'EAP de Salt, s'observa que hi ha un augment progressiu de joves en totes elles i que es manté l'equivalència entre tots els contingents.

Taula 3. Comparació del nombre de joves de 15- 24 anys del contingent de l'estudi i de la mitjana de consultes de l'EAP durant els anys 1995, 1996 i 1997

	1995		1996		1997	
	Total	15-24 anys	Total	15-24 anys	Total	15-24 anys
Mitjana de les 7 consultes del CAP	1474	325	1674	362	1851	394
Consulta estudiada	1318	328	1481	347	1823	392

En l'estudi fet, quan es portaven 402 casos (que correspon als 347 de la taula 3) la relació per sexes era d'un 55,5% d'homes i un 44,5% de dones, mentre que en el Padró Municipal era de 50,8% i 49,2% respectivament. Al ser els joves amb Històries Clínicas obertes, pràcticament la població total de joves de 15-24 que vivien a Salt es pot estimar que no només s'està estudiant quasi el total de la UBA estudiada (95,38%) sinó que aquesta representa un bocí dels vuit bocins equivalents en què estava dividit l'EAP del CAP del poble de Salt. Tanmateix la proporció de joves de 15-24 anys és semblant als de les poblacions de Catalunya de 20.000-30.000 habitants i que segons l'INE és del 14-16%, com la trobada al poble de Salt (validesa externa).

Totes les UBAs del CAP de Salt s'han format sempre de la mateixa manera, per saturació de pacients. Com que les característiques d'edat i sexe no han canviat en els Padrons Municipals corresponents, es pot estimar que aquesta equivalència entre l'UBA estudiada i les altres es manté al llarg de gairebé tots els anys de durada de l'estudi així com la representativitat. L'estudi acaba al Juny de l'any 2005 quan feia pocs anys que s'havia produït un fort augment de població immigrant, sobretot joves de 20-40 anys, joves que als 2-3 anys posteriors podien portar com a reagrupament a les seves famílies, una arribada suau comparada amb l'augment de la taxa immigratòria. Per tant, les noves UBAs formades posteriorment, fora del període d'estudi, podrien tenir unes característiques quelcom diferents en edat, sexe i nacionalitat fet que s'ha pal·liat en part per la redistribució solidària que es fa al CAP entre totes les UBAs (malgrat estiguin saturades i superin els 1800 pacients) dels nouvinguts immigrants.

4.4 Recollida de dades

4.4.1 Fonts d'informació

Es va elaborar un qüestionari "ad hoc" inspirat en altres existents (Neinstein, 1991) en aquell moment i seguint les recomanacions de l'AMA (Elster, 1994). L'enquesta de 129 preguntes en relació als problemes i conductes més prevalents recollia informació sobre diferents aspectes sociodemogràfics i sanitaris de l'adolescent com antecedents familiars i personals, dades sanitàries i un examen de salut (annex 1).

Es va fer una prova pilot del qüestionari per a validar-lo amb els primers 50 pacients.

S'han seleccionat per a fer l'anàlisi del present estudi 20 variables que en realitat agrupen a 35 preguntes del qüestionari: 14 com a variables dependents (riscos i problemes) i 6 com a independents (sociodemogràfiques).

La filosofia, la sistemàtica aplicada i les activitats preventives dissenyades van estar inspirades seguint l'estructura de les recomanacions del "Llibre Blanc per a la Integració de la Prevenció a la Pràctica Assistencial", dividint-la en tres apartats: vacunacions, cribratges i consell assistit. (malgrat no formar part d'aquest estudi, les intervencions sobre els apartats "vacunes i consell assistit" es feien a les consultes paral·lelament a l'aplicació d'aquest protocol) (Llibre Blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial, 1993)

1- **Vacunacions:** Aplicació del Calendari Vacunal vigent.

2- **Cribratges:** Detecció de conductes de risc i problemes de salut.

3- **Consell assistit:** Sexualitat, drogues, alimentació, exercici físic, conducció de vehicles i salut mental.

4.4.2 Procediment de la recollida

4.4.2.1 Aspectes generals

El període de reclutament ha estat de 12 anys, des de Juny de l'any 1993 a Juny del 2005.

A tot adolescent del grup d'edat esmentat, que acudia a la consulta per *qualsevol motiu* se li va proposar la participació i realització del protocol d'activitats preventives, és a dir, contestar el qüestionari i realitzar un examen de salut, consistent en la mida de la TA, del pes i de la talla, i en funció de l'edat o els antecedents patològics, la pràctica d'una analítica, que incloïa un hemograma, una bioquímica general, una serologia d'hepatitis B i en dones també una serologia de rubèola. La participació era *voluntària* i es va intentar fer sempre en idioma català.

S'informava prèviament al/la jove sobre la *confidencialitat* de les dades recollides en relació als pares, excepte que donessin permís explícit per a informar-los. S'invitava a sortir de la consulta als pares/acompanyants quan es passava el qüestionari i al final de l'entrevista tornaven a entrar i se'ls feia un resum de les dades més significatives amb les propostes per a solucionar-les, en presència també de l'adolescent, al qual s'havia demanat permís prèviament. Si es tractava d'un/una menor les exploracions físiques o la proposta de realització d'analítica *sempre* es feia amb presència dels pares o acompanyants.

No es van incloure a la Història Clínica del Centre totes les dades del qüestionari, només el llistat dels problemes de salut detectats, les exploracions fetes i el pla de seguiment. Es posava a la capçalera de l'Història les inicials *A. F. R.* que significava: "*A*"dolescent, "*F*"eta (si estava la intervenció realitzada) i "*Risc*" (si el qüestionari de conductes de risc era positiu) que servia per a control i per a conèixer ràpidament els que estaven fets i no repetir casos, així com per a detectar els adolescents i joves de risc, o que estaven pendent d'alguna intervenció posterior. La implantació de l'Història Clínica Informatitzada va arribar posteriorment a l'acabament de l'estudi, la qual cosa no va provocar cap disfunció en la metodologia de la recollida de dades.

Totes les exploracions i enquestes les va fer *sempre la mateixa persona*, el metge de capçalera dels adolescents, assegurant la mateixa sistemàtica a l'aplicar tan el qüestionari com l'examen de salut.

El temps d'entrevista era d'uns *15 minuts* i es feia habitualment *intercalada* entre la resta de visites del dia o es programava un dia diferent. Donat que es tractava d'una consulta feta a pacients assignats a l'UBA i amb possibilitats de seguiment, la durada de la recollida d'informació era accessòria, doncs les qüestions que quedaven pendents o que requerien més temps es podien

reprendre un altra dia per acabar-la o de vegades, ja com a problema de salut detectat, revisar-la amb tranquil·litat en visites posteriors de seguiment.

La mida de la TA es feia sempre amb el mateix tipus d'esfingomanòmetre calibrat i amb la mitjana de tres determinacions seguides, la mesura del pes i la talla amb la mateixa bàscula, i les analítiques van ser fetes sempre en el mateix laboratori de referència.

Quan es portaven 292 casos es va revisar el qüestionari i es van eliminar 11 preguntes mal dissenyades, difícils de contestar o entendre i que no aportaven res important a l'interrogatori. La única variable afectada en el present estudi ha estat la de creences que no es va incloure novament, fins a resoldre una sèrie de problemes ètics (privacitat de la pregunta) relacionats amb la mateixa.

4.4.2.2 Aspectes específics

Una vegada resolt el problema puntual i normalment agut que portava l'adolescent espontàniament a la consulta, se li explicaven els motius de realitzar aquest estudi passant seguidament a fer-lo. Primer l'enquesta i quan estava acabada l'examen de salut. Es prenia la TA i es mesurava la talla i el pes, comparant-los amb els que tenien en les revisions pediàtriques. Sinó tenia analítica feta recent, se li demanava una altra. Malgrat que no forma part d'aquest estudi, al final de la visita s'apuntava a l'Història Clínica un resum del que s'havia detectat així com una revisió actualitzada del calendari vacunal i es feia un pla de seguiment dels problemes, tant a la mateixa consulta, reprogramant-lo novament, com si calia, fora de la mateixa, amb una derivació a altres professionals (infermeria, odontòleg, ginecòleg, psicòleg etc.). Posteriorment se l'informava dels problemes detectats i de les propostes d'intervenció i es donava *consell assistit* sobre hàbits saludables en relació a la salut.

Els últims cinc minuts de síntesi que es dedicaven a parlar amb l'adolescent sobre els problemes detectats i com resoldre'ls, eren *els més importants* perquè se'ls resumia en un o dos aspectes, els més preocupants o prioritaris, intentant que *prengués consciència* dels mateixos, assumint-los i en definitiva fer-li entendre que era ell/ella qui havia de *conduir* el seu procés d'informació o canvi de conducta i prendre les decisions sobre la seva salut amb responsabilitat, i que el professional sanitari només li estava acompanyant i *facilitant* el màxim d'eines per a fer-ho.

4.5 Variables de l'estudi

4.5.1 Variables dependents

Taula 4. Descripció de les variables dependents. Salt 1993-2005.

Variable	Definició del risc
Sexualitat (Pràctiques sexuals de risc):	Sexe sense preservatiu algun cop Practicar o fer ús de la prostitució. Haver patit alguna MTS Haver patit algun avortament
Conducció (Conducció de vehicles):	Haver tingut 2 o més accidents de trànsit
Tabac (Consum tabac):	Consum diari , esporàdic o exfumador
Alcohol (Abús consum Alcohol):	Consum diari Consum habitual o de cap setmana ≥ 3 unitats
Cànnabis (Abús consum Cànnabis):	Consum diari Consum habitual de cap setmana
Altres drogues (Consum altres drogues il·legals):	Consum un cop de qualsevol tipus
TCA (Risc de patir un TCA):	Diagnòstic o sospita de patir un TCA. Tenir un IMC ≤ 18
Salut Mental (Problemes Salut Mental greu):	Haver estat o estar en Tractament Psicològic o Psiquiàtric. Haver patit Maltractaments/Abusos Idees o intents de suïcidi Influència sectes
Hores de son (Dèficit hores de son):	Dormir 6 o menys hores
Sobrepès	IMC entre 25 i 29,9
Obesitat	IMC $> 30,0$
Sedentarisme:	No fer exercici com a mínim 1 hora dos cop setmana
HTA:	TA $> 130-85$
Alteracions analítiques:	Dislipèmia. Glicèmia alterada. Anèmia. Proves hepàtiques

Sexualitat

No s'ha considerat com a pràctica sexual de risc la sexualitat en sí mateixa, és a dir, el mantenir relacions sexuals complertes, sempre i quan es fessin amb consentiment, sense riscos, amb protecció, entenent que als 15 o més anys es pot tenir prou maduresa personal per a responsabilitzar-se. Acceptar com a normal aquest fet, va en consonància amb les estadístiques, que situen l'edat d'inici en les relacions sexuals als 15-16 anys. S'ha d'actuar també considerant el reconeixement del "menor madur" o de la legalitat vigent, que accepta que a partir dels 12-13 anys una persona pot estar capacitada per a consentir relacions sexuals. En la línia del Departament de Salut i el Síndic de Greuges que avalen la informació als adolescents a partir dels 12 anys en les escoles sobre temes referents a la seva sexualitat. En definitiva, no s'ha considerat com a risc el mantenir relacions sexuals responsablement, sense engany, coacció o força..

Respectant al mateix temps en l'àmbit privat *als pares* que amb conviccions i creences morals o religioses poden educar als seus fills en un sentit diferent o *als mateixos adolescents* que hagin decidit adoptar altres opcions, com seria l'abstinència voluntària, tant respectable com les altres.

S'ha considerat com a pràctica de risc *l'haver tingut alguna relació sexual complerta, al menys un cop, sense haver utilitzat preservatiu*, exceptuant que sigui la teva parella habitual, concepte difícil de definir en aquestes edats on les parelles comencen i acaben amb relativa facilitat, relacions que es podrien definir com a "monogàmia seriada"..

Tot el relacionat amb la prostitució sigui la pràctica com fer-ne ús i haver contractat els serveis al menys un cop.

Tot el relacionat amb les IVEs, siguin espontànies com provocades, com a font sempre de patiment per a la dona, sigui com a fallida de mètode anticonceptiu o per altres raons.

Haver patit almenys una i qualsevol MTS que d'alguna manera alerten de manca de protecció, tenint present el risc gravíssim que significa poder infectar-se pel virus de la SIDA, de les hepatitis B/C o l'herpes genital entre d' altres.

Conducció

Conducció de vehicles. Aquí es tracta de detectar si la forma de conduir dels adolescents és imprudent. La pregunta "si sempre es posa el cinturó o casc" es presta a que la veritat sigui difícil de contrastar. Sempre en la intervenció es va donar consell sobre aquest aspecte, insistint en el "sempre", inclòs en trajectes molt curts, que són la majoria dels que es fan i on passen la major part

dels accidents. Es tractava d'objectivar, amb una pregunta més directa, amb més dificultat de dissimular o mentir, el risc i va semblar que preguntar sobre quants accidents de trànsit havia tingut donava més informació sobre les seves pràctiques i forma de conduir.

S'ha considerat preguntar sobre quants accidents de trànsit han tingut, sense entrar en si eren greus o lleus, només la quantitat global, com tampoc si tenien la culpa en el accidents o no. *S' ha considerat com a risc de conducció imprudent, haver tingut dos o més accidents de trànsit.*

Tabac

El risc principal en relació al consum de tabac, on és gairebé una “ritualitat de pas” en l'adolescència, és *social*, doncs la seva legalitat el fa present a tot arreu, amb molta accessibilitat, normalitzant el consum, tant des de la família, la publicitat, del cinema o sobretot dels amics. S'ha agrupat el risc de consum considerant no només el present sinó també el passat inclòs l'haver tingut un contacte esporàdic, tenint en compte que passar de fumador habitual a exfumador o fumador esporàdic són fases per les que a l'inici de la dependència, amb l'experimentació, es pot transitar fàcilment, entrant o sortint amb relativa facilitat d'una a altra.

S' ha considerat com a risc de tabac els fumadors, com a mínim, d'un cigarret diari que serien els que tenen una dependència establerta (com es fa amb els adults). *També els consumidors esporàdics* (que són una minoria en general i més a aquestes edats per la forta addicció de la nicotina, que no permet termes mitjos) o els consumidors de cap de setmana que de fet és una antesala a la dependència. Per últim també els *exfumadors* doncs a aquestes edats s'entra i surt del consum continuadament.

Alcohol

L'alcohol és una droga legal i integrada en les nostres costums i cultura, forma part de les celebracions i és comú que a les famílies, no només als menjars habitualment sinó a qualsevol efemèride, l'alcohol hi sigui present. És més, el consum moderat es considera un hàbit saludable de salut o inclòs alguns pretenen incloure'l com *un aliment més*. La pressió de les indústries alcoholeres és important per a vendre més i obtenir el màxim de beneficis. La realitat, però, és que s'està davant d'una droga dura legalitzada, *poc controlada*, i en relació al conjunt de les drogues com el primer problema en Salut Pública relacionat amb el consum.

Parlar a un adolescent del fet dolent de beure alcohol, quan a la taula familiar cada dia està present, o criminalitzar el consum d'una cervesa amb arguments sòlids, avui és difícil de defensar. Potser el més saludable no és educar en el *consum zero* sinó educar en el *consum responsable*, ja a partir de certes edats. La prohibició “sense matisos” d'una droga *acceptada socialment* i present a diari es fa poc creïble i pot tancar les portes a altres estratègies, com són el consum responsable o la reducció de danys.

En aquest estudi i per aquestes edats s'ha considerat com a consum de risc el ***consum diari de qualsevol quantitat. També el consum habitual dels cap de setmana sempre que siguin de 3 o més unitats***, entenen com a unitat tant una cervesa com una copa o un ”cubata”, sense sumar i calibrar la graduació, per a simplificar, cosa que si cal, es podria fer en posteriors intervencions a la consulta en cas de detectar trastorns relacionats amb el consum.

Cànnabis

Criminalitzar el consum de *qualsevol* quantitat de cànnabis, repassant les estadístiques, és agosarat, com també ho és, des de l'altre extrem, banalitzar *qualsevol* consum. Cal arribar a un consens, cal en funció de l'evidència científica fer un anàlisi i trobar un punt mig. En aquest sentit, no es pot parlar per tant de consum responsable com amb l'alcohol, malgrat ser una droga molt menys perillosa, però sí, obrir el debat sobre la urgent necessitat de separar el mercat del cànnabis de les altres drogues il·legals i el món fosc en que es mouen. Potser el principal risc del seu consum és no saber la composició i que el circuit de distribució sigui el mateix que la cocaïna o l'heroïna.

Haver tastat algun cop la droga, a vegades un sol cop, i catalogar al jove com a consumidor de risc sembla excessiu, ja que hauríem d'ubicar dintre del risc pràcticament a una gran part dels adolescents.

Segons dades sobre el risc del consum de cànnabis (Nutt D, 2007) aquest no estaria entre les 10 primeres drogues. Potser cal tornar al debat sobre drogues toves i dures. O sobre drogues legals i il·legals. Cal un debat obert i tornar a qualificar el risc de totes elles, fugint de maniqueïsmes o debats massa dogmàtics o ideologitzats.

*S'ha considerat el risc com el **consum diari de qualsevol quantitat. També el consum habitual de cap de setmana** de qualsevol quantitat per petita que sigui. No s'ha considerat risc el consum molt esporàdic.*

Altres drogues

El fet que algunes drogues estiguin en l'il·legalitat fa que el risc del seu consum es multipliqui a l'afegir no només la toxicitat i grau d'addicció de la mateixa droga (la majoria molt addictives) sinó el "no saber" què conté, ni a quina dosi (el grau de puresa) o la barreja amb altres productes. El consum d'una droga de la que no es coneix cap característica la fa molt més perillosa. Aquí no es pot parlar de consum responsable i potser l'únic a fer amb els que decideixen el consum és oferir la possibilitat de saber el que estan a punt de prendre, és a dir, una política de reducció de danys, com la que fa Energycontrol als espais de lleure juvenil per a pal·liar el consum.

*S'ha considerat com a risc **qualsevol consum de qualsevol droga il·legal sense importar la dosi o les vegades que hagi estat consumida en el passat o en el present.***

TCA

Els TCA en aquestes edats han adquirit sobretot per la pressió de la publicitat o la moda una transcendència mediàtica important. La utilització i control del menjar, l'autocontrol obsessiu i distorsionat del pes corporal és una greu *malaltia psiquiàtrica*. Hi ha diferents variants i gradacions, no només les clàssiques més greus com l'anorèxia o la bulímia, sinó trastorns menors (TCANE) o mixts com l'ortorèxia o els "atracons nocturns" que han ampliat les alarmes. Es tracta en definitiva, les formes més greus de TCA, d'un problema no només endocrí sinó sobretot psiquiàtric, que pot inclòs portar a la mort, i davant del qual cal estar atents al més petit símptoma per a detectar i tractar-los prematurament, sempre derivant al psiquiatra amb urgència tots aquests quadres. Lluita que també aniria contra l'apologia que es fa a Internet d'aquestes conductes (PROTEGELES, 2007). Agreujat perquè cada vegada sigui la detecció a edats pediàtriques més avançades, cap als 10 anys, o que afecti cada cop a més adolescents. Molt més risc en les dones. S'ha considerat com a alarma no només la patologia en sí mateixa, sinó també el tenir un pes excessivament baix.

*S'ha considerat com a risc de patir un TCA no només **el diagnòstic o sospita de qualsevol TCA** sinó també el tenir un **Índex de Massa Corporal IMC igual o inferior a 18.***

Salut mental

Es va definir la variable salut mental agrupant diferents aspectes com són el suïcidi, els maltractaments i abusos, la influència de sectes destructives o haver estat visitat per un professional psicòleg o psiquiatra per qualsevol problema psíquic com l'ansietat, la depressió, els trastorns adaptatius, l'esquizofrènia o d'altres, en qualsevol moment de la seva vida.

En relació als TCA malgrat considerar-los també com a una malaltia mental s'ha fet un apartat específic per la rellevància de la patologia.

S'ha considerat com a risc en relació al **suïcidi** en adolescents i joves tant la ideació de qualsevol magnitud com qualsevol intent de consumir-ho.

Els maltractaments físics o psíquics i els abusos sexuals ocorreguts en qualsevol moment de la seva vida, doncs potser sense interferir en la vida quotidiana, encara poden estar presents en forma d'ansietat, depressió, fòbies o trastorns adaptatius.

Estar sota la influència o pressió d'alguna secta destructiva, moltes amagades com a confessions religioses, legals, acceptades socialment, grups de venda piramidal o de rehabilitació de toxicòmans. Grups que practiquen el control i la manipulació psicològica en el seu funcionament.

Per últim, **haver estat visitat per un professional psicòleg o psiquiatra** com a mínim un cop en algun moment de la seva vida, sigui per un problema lleu o greu. Separant del conjunt les consultes que són fetes als centres educatius per problemes derivats dels estudis o de la relació amb els companys, normalment lligades a manca d'habilitats, o una gestió dolenta de l'ansietat o els conflictes. S'ha de tenir present que la forma com un nen o un jove expressa o manifesta l'ansietat o la depressió són diferents als adults, així davant de conductes agressives, imprudents o actituds d'aïllament no explicades, cal tenir present aquests *síntomes* per a actuar i orientar el diagnòstic.

Hores de son

El trastorns de la son (síndrome de cames inquietes, insomni, retard de fase, etc.) té molt a veure amb gaudir d'una bona salut. Dormir be és necessari per a estar en forma l'endemà i és quelcom que no es pot recuperar, per exemple dormint més els caps de setmana, com es pensa erròniament. La vida moderna, el lleure nocturn i la desregulació del món laboral, amb la precarietat, no només de contractes sinó sobretot de torns, van en direcció contrària al sentit comú, a la salut mental. No dormir el necessari és un símptoma que acompanya a moltes patologies i hauria d'integrar-se en una anamnesi obligada en AP, especialment com a símptoma d'alarma de malaltia mental. En

aquestes edats encara és més important doncs s'està creixent i desenvolupant. Tenir a l'habitació televisió o ordinador o els absurds horaris de lleure juvenil (tot espectacle o festa comença a partir de l'una de la matinada) o prendre substàncies estimulants (com pot ésser la cafeïna, sigui en forma de begudes de cola, cafè, cacau o te) contribueixen a la pèrdua d'hores suficients de son. Aquest cansament, produït per la manca d'hores suficients de son, és font de mal rendiment escolar, de sedentarisme, al tenir un esgotament físic permanent, així com de disfunció de la vida social.

Malgrat que hi ha estudis que recomanen vuit o més hores (dormir set hores "habitualment" als quinze anys estaria en el límit de la normalitat) o treballar amb un ventall d'edats de 15 fins a 24 anys s'ha considerat com a risc, malgrat es pugui infraestimar la prevalença, ***dormir "habitualment" sis o menys hores al dia.***

Sobrepès

No s'han utilitzat per a la mesura els percentils (no estan disponibles ni es recomana el seu ús en la pràctica clínica diària) de pes i talla per edats, fins als 18 anys, sinó que s'ha considerat aplicar els criteris de sobrepès que es fan servir a les consultes d'AP i que s'utilitzen amb els pacients adults. Fins i tot avui, amb la història clínica informatitzada o l'e-cap (el sistema operatiu que s'utilitza en AP), el càlcul del sobrepès en aquestes edats, es fa de la mateixa manera que en aquest estudi. Probablement això pot haver infraestimat quelcom la prevalença.

Es va calcular l'IMC que és el pes expressat en quilos i dividit per la talla al quadrat expressada en metres. Considerant que el pes ideal estaria amb un IMC entre 20-24,99.

S'ha considerat com a risc un ***IMC entre 25,00 i 29,99.***

Obesitat

Malgrat no ser considerada una malaltia de salut mental (seria més acceptat en l'obesitat mòrbida amb IMC superior a 35), sí que són evidents els aspectes relacionats amb la mateixa, com l'abandó del propi cos, de la salut, de l'estètica, la manca d'autoestima, la disminució de la qualitat de vida o la utilització del menjar com a eina per a calmar l'ansietat o amagar problemes no resolts. Hi ha prou evidència de la relació de l'obesitat (com del tabac) amb multitud de patologies i de vegades com a causa directa. Determina la qualitat de la salut en el futur i cal per tant detectar-la i corregir-la el més aviat possible. Hi ha socialment envers a ella una tolerància excessiva que la fa veure com un estil de vida més, com gent de caràcter alegre i optimista, en definitiva mites per amagar la realitat de que *és una malaltia* de diferents intensitats que pot conduir a altres malalties, a la

invalidesa i a la mort en moltes ocasions i que avui és una “epidèmia” gravíssima contra la qual les intervencions en AP són poc o gens efectives. Agreujada pel començament ja des de l’infantesa. Seguint amb la mateixa línia i els mateixos comentaris fets a l’anterior apartat i utilitzant per a mesurar-la l’ÍMC en adults, s’ha considerat com a obesitat un **IMC igual o superior a 30,00**.

Sedentarisme

No s’ha considerat la gimnàstica que està inclosa en el currículum escolar, i que fan els adolescents que encara estudien i que normalment són de dues hores setmanals, per a no fer distinció entre els joves escolaritzats i els no escolaritzats. Aquesta variable té una relació molt directa amb el sobrepès i l’obesitat, són l’altra cara de la mateixa moneda. Avui els adolescents passen moltes hores a escola asseguts, que sumades a les de fer deures, a les de l’ordinador, videojocs o televisió, i considerant que habitualment es desplacen amb cotxe i que el carrer és quelcom massa perillós per a jugar, el fer exercici o esport demana quasi una “militància” i disciplina excessiva. L’exercici físic és un hàbit que si s’adopta es mantindrà per a sempre. No només és una qüestió de convèncer sinó de facilitar l’accessibilitat al màxim. És difícil posar un mínim de temps i la majoria d’enquestes es mouen entre dos o tres hores a la setmana d’exercici fora de l’escola.

S’ha considerat com a sedentaris a tots els joves que no fan com a **mínim exercici físic o esport durant dues hores a la setmana** sense comptar l’educació física que es fa als IES.

HTA

Al no estar disponibles taules validades a les consultes d’AP, al començament de l’estudi, no s’han fet servir percentils en funció de l’edat (*percentils validats* per a la població pediàtrica i adolescent espanyola) per les raons comentades a les variables sobrepès i obesitat. Però així com els pediatres estan acostumats a treballar amb els mateixos, en medicina general no ho és. Tampoc s’ha entrat en el perquè o la definició d’altres conceptes com HTA límit o pre-HTA, o si calia considerar la TA sistòlica per separat, la diastòlica o totes dues juntes. Es va decidir davant la inexistència de taules validades al nostre país (era l’any 1993) i arriscant un infradiagnòstic probable (com la majoria d’estudis evidencien) que es donaria una xifra com a “normalitat”, coincidint a poder ser amb els criteris dels adults.

La detecció d'HTA a aquestes edats es va realitzar considerant com a alterades tota xifra que superés tant la sistòlica separada, com la diastòlica, o totes dues a la vegada en tres determinacions seguides.

S'ha considerat com a risc tota ***TA superior a 135 de sistòlica, a 85 de diastòlica o a totes dues indistintament.***

Alteracions analítiques

La realització d'una analítica era voluntària. S'ha considerat com a paràmetres de normalitat els del laboratori de referència per adults, sense fer diferències per edat (com per exemple percentils per a colesterol validats) així com tampoc característiques per país d'origen (eosinofília), el que possiblement podia sobreestimar els resultats anormals. S'ha fet èmfasi en la hiperglucèmia (sucre), les dislipèmies (colesterol), com a FRVC, també l'anèmia (ferro) en dones, i les alteracions de les proves hepàtiques (detecció hepatitis). La resta d'anomalies s'han agrupat com a "altres". S'ha considerat com a risc ***tota alteració de la normalitat***, tant de l'hemograma com de la bioquímica bàsica, acceptada per a població adulta.

4.5.2 Variables independents

Taula 5. Descripció de les variables independents.

Variable	Risc
Edat (variable contínua)	
Sexe	Dona
Nivell estudis	Baix
Creences religioses	No tenen creences
Tipologia família	Família monoparental
Nacionalitat	Immigrant

Edat

Les edats considerades són dels 15 fins als 24 anys.

S'ha considerat provat i acceptat, com en general demostren la majoria d'estudis, que els riscos són majors conforme augmenta l'edat.

S'ha considerat la variable edat com a variable contínua.

El fet d'ajustar amb una OR tots els anàlisi estadístics per edat, ha descartat fer l'estudi amb dos grups per separat, un de 15-19 anys i un altre de 20-24 anys.

Només s'ha fet una anàlisi comparada entre les edats 15-16 i 17-24 anys per a analitzar els riscos en l'adolescència temprana.

Sexe

Hi ha molts estudis que utilitzen la paraula gènere per a definir la diferència sexual entre homes i dones. Però mentre el gènere fa referència a la funció social que s'adjudica als homes i les dones, és a dir, el rol que assigna el sistema econòmic capitalista i el patriarcat (considerar a la dona pel fet de ser-ho inferior), comú a totes les cultures, inclosa la cultura judeocristiana o musulmana, el sexe només faria referència al fet biològic, que sembla un terme més adient quan s'estudien homes i dones en els treballs d'investigació.

És una variable important perquè l'exposició i pràctica dels riscos i problemes són diferents tant en quantitat (més en homes) com en qualitat, entre homes i dones. Es podria haver triat com a referència de risc tant ser home com ser dona perquè tots dos estan exposats a riscos importants.

S'ha considerat com a sexe de *risc l' ésser dona*.

Nivell d'estudis

Es va recollir aquesta variable com a indicador de classe social per a estudiar les desigualtats en salut en l'adolescència malgrat ser unes edats i un temps on no era fàcil plantejar aquesta qüestió. No va ser fins a l'any 1999 quan es va fer l'adaptació espanyola de la classificació anglesa de classe social. Al no tenir recollida al qüestionari la professió habitual del cap de família, es va estimar la classe social a partir del màxim nivell d'estudis aconseguits, amb la dificultat afegida de que molts joves encara estudiaven i per tant es podien estar infradiagnosticant els estudis superiors, tant els de secundària com el universitaris, cosa que quan es va comparar amb el nivell educatiu recollit del Padró Municipal, es va poder comprovar que aquesta infraestimació era poc important.

Una altra dificultat van ser els canvis legislatius en relació a l'ensenyament, que van comportar canvis en els nivells o les definicions, així setè i vuitè d'EGB que eren estudis primaris passen a ser primer i segon d'ESO que són estudis secundaris. També l'obligatorietat als 16 anys ha fet que l'accés a BAT o FP es posposi fins a aquesta edat, és a dir, aparegui un altre sistema com l'ESO al que s'accedeix als 12 anys en els IES, quan es fa setè d'EGB, i on els tres anys de Batxillerat (BUP) es transformen en un i el COU d'abans és el segon de BAT actual.

S'ha considerat nivell I-II els estudis Universitaris acabats, III per a Secundaris (BUP, BAT o FP Grau Superior), IV per a Primaris acabats o FP Grau Mig i V per a Primaris no acabats o analfabets. Si s'agrupen I-II-III (nivell estudis alts) i IV-V (nivell estudis baix) i es traslladen aquest ítems a la professió habitual del cap de família correspondria, fent un petit resum: L'I-II per a empresaris, estudis universitaris. El III per a administratius, càrrecs intermitjos, seguretat i autònoms. El IV per a obrers qualificats i el V per a obrers no qualificats. També s'ha fet l'agrupament de I-II-III definits com a "treballadors no manuals" i el IV-V com a "treballador manual".

S'ha considerat com a risc en relació al nivell d'estudis el IV i V (és a dir, *tenir com a màxima titulació estudis primaris*)

Creences religioses

Preguntar aquesta variable va plantejar problemes ètics, al dubtar sobre la correcció de preguntar als adolescents sobre qüestions tan íntimes i privades com la religió. Es va preguntar al començament de l'estudi, i es va deixar de fer-ho per a resoldre diferents problemes ètics de confidencialitat, solventats posteriorment.

Els valors morals o les conviccions religioses o els principis ètics de ciutadania haurien de ser entre d'altres les guies que, amb la normativa jurídica, determinessin les conductes de les persones, anant l'esperit d'aquesta variable més enllà del concepte estricte de religió.

Existeix en molts adolescents creients una contradicció evident entre el què diu la doctrina, el què s'ha de fer i el què es fa en la vida real. Es va preguntar per tant no només per les creences sinó també per la pràctica d'aquesta, entenent que els creients haurien de ser-ho no només en teoria, sinó en anar a missa o ser coherent amb les directius de l'Església o de l'Imán en relació a costums i hàbits de salut, com poden ser el consum de drogues (alcohol) o la sexualitat (abstinència).

Mentre que al començament de l'estudi, a l'any 1993 pràcticament la única religió era la catòlica, a partir del 2000 amb l'arribada de molts immigrants va irrompre amb força la religió musulmana

que com és sabut a molts països d'Àfrica impregna tota la vida social i costums al no haver una separació explícita entre Església i Estat. Avui a Salt, un 25% de la població és musulmana. La resta de religions com els ortodoxes d'Europa de l'Est, els cristians coptes de Nigèria, Camerun o altres com els evangèlics tenen una presència més reduïda.

S'ha considerat *no tenir creences religioses* com a risc sense tenir en compte la seva pràctica.

Tipologia Família

El que s'entenia per família tradicional en les darreres dècades està fent un canvi social important. Els nuclis de convivència estan canviant i són diversos. La parella tradicional home-dona, per a tota la vida, va perdent el predomini. S'ha reconegut el matrimoni homosexual.

Es va decidir fer la variable només considerant la tipologia família monoparental (pare-fills o mare-fills) i no monoparental (o nuclear, la clàssica mare-pare (parella) i fills), on la majoria d'estudis es remeten com un aspecte lligat a desigualtats per NSE, doncs és evident que en una família monoparental els ingressos són a vegades la meitat a l'haver un sol membre que treballa.

S'ha considerat com a risc viure a una *família monoparental*.

Nacionalitat

L'arribada d'immigrants i els canvis demogràfics que comporta va fer incloure aquesta variable al 1993 sense sospitar el que passaria en anys posteriors al començament del segle XXI.

Salt ja era un lloc d'acollida d'immigrants des dels anys noranta i ja a l'any 1992 va organitzar una de les primeres experiències educatives amb aquests col·lectius, un Programa Educatiu sobre Salut en població senegambiana que va donar lloc en el Pla de Salut de 1993-95 a incloure la immigració com a tema prioritari d'estudi. La cultura, els costums o la religió d'aquests països són diferents a la nostra, però Espanya ocupa un lloc privilegiat en les relacions amb els mateixos i de fet, no s'està massa lluny, no només pels lligams colonials en tot centre i sud-americà o Guinea Equatorial sinó pels més de 800 anys que els àrabs van estar a Espanya (Al- Andalus).

Es va considerar immigrant a tot aquell que ve al nostre país, no provisionalment com a turista sinó a viure sigui com a treballador (refugiats econòmics/països pobres) o com a jubilat (de països rics).

Els adolescents i joves d'aquesta primera generació poden tenir dificultats d'adaptació o problemes de rebuig o convivència en relació als autòctons (bulling, agressions, racisme) o xocar amb les normes o costums del país de rebuda que solen ser més liberals.

S'ha considerat com a risc l'*ésser immigrant*.

4.6 Pla d'anàlisi

4.6.1 Edició de dades

Les dades han estat introduïdes a l'ordinador per la mateixa persona que ha realitzat les entrevistes en una base de dades informàtiques (Programa SPSS-9) que permet la utilització de regles de validació al introduir-les.

S'ha examinat cada variable, traient els valors inusuals i avaluant l'ajustament de la distribució de les dades a les característiques de la mostra.

S'han extret de l'anàlisi aquells valors no recollits (analítica voluntària) així com els no corresponents (nivell d'estudis acabats quan encara està estudiant).

Només l'edat s'ha mantingut com a variable contínua.

4.6.2 Reducció de dades

S'han recodificat les dades, reduint-les a categòriques binàries per a facilitar l'anàlisi bivariada.

En les binàries s'ha definit l'1 com la categoria de risc, tenint el zero com la categoria de referència.

4.6.3 Estimació de les prevalences

S'ha fet la descripció de totes les variables, tant les sociodemogràfiques com les que corresponen als problemes de salut i les conductes de risc.

Per a les variables qualitatives s'han calculat les freqüències absolutes i els percentatges, i les quantitatives s'expressen a través de la mitjana i desviació estàndard.

S'ha realitzat la descripció i distribució de les prevalences de totes les variables *per sexes* comparant els percentatges i calculant la significació estadística corresponent a partir de la prova Xi-quadrat amb una p significativa per $<0,05$.

Malgrat no formar part del present estudi, també s'han afegit per tenir una visió més global de l'estudi, les freqüències i descripcions dels adolescents amb qüestionari de risc positiu (variable formada per l'agrupament de les sis conductes de risc i els problemes de salut mental i els TCA), així com també les intervencions i derivacions fetes. Per últim, la descripció de la mortalitat trobada en els 12 anys de durada de l'estudi per la seva importància epidemiològica.

4.6.4 Anàlisi de l'associació entre les variables independents i les dependents

Totes les variables excepte l'edat, que s'ha mantingut com a contínua, s'han recodificat com a binaries.

Per a valorar la força de l'associació entre les variables es van calcular tant les proves de Xi-quadrat acceptant un error alfa del 5% i per tant una significació estadística per a $p < 0,05$ com les *odds ratio* (OR) corresponents. Totes aquestes OR s'han calculat comparant la de la categoria de referència, que es defineix amb una OR=1, amb la considerada de risc. Totes s'han ajustat per edat i sexe i es van calcular amb un interval de confiança (IC) del 95%.

Es va fer una anàlisi bivariant entre totes les variables conductuals de l'estudi amb cada una de les sociodemogràfiques, ajustada per edat i sexe, i posteriorment, amb les que van donar significatives, es va fer una anàlisi multivariant aplicant un model de regressió logística binària per a descartar possibles factors de confusió a l'hora d'interpretar els resultats i les significacions estadístiques obtingudes.

4.6.5 Anàlisi comparatiu de les edats 15-16 anys amb 17-24 anys

Anàlisi descriptiu en aquests dos segments d'edat de les totes les conductes i els problemes de salut de l'estudi, inclòs el qüestionari de risc, comparant tant les freqüències com els percentatges en funció de cada grup d'edat. Posteriorment entre aquests percentatges, en aquests dos segments d'edat, s'ha calculat la significació estadística amb una prova Xi-quadrat de les mateixes amb p significativa $< 0,05$.

4.6.6 Anàlisi comparatiu del període 1993-1999 i 2000-05

S'han estimat les freqüències de tots els problemes de salut, conductes i el qüestionari de risc durant els dos períodes estudiats amb els percentatges corresponents. Per a estimar la significació estadística dels canvis, s'ha realitzat una anàlisi bivariant de cada variable, en els dos períodes comparats, calculant una OR ajustada per edat i sexe per cadascuna de les mateixes, amb un IC del 95%.

4.6.7 Anàlisi detallat del nivell d'estudis (estimació classe social)

S'han fet diferents agrupaments del nivell d'estudis i s'ha valorat l'*existència de gradient*, les tendències en l'exposició als riscos entre els mateixos. S'han afegit 9 variables del qüestionari general (annex 1) relacionades epidemiològicament amb el nivell d'estudis i que sumades a les 14 variables dependents donen un total de 23 variables conductuals.

El nivell d'estudis s'ha dividit en *dos* intervals (nivell estudis alt I-II-III) i (nivell estudis baix (IV-V) reduint-lo a variable categòrica binària i s'han creuat amb totes les conductes i problemes de l'estudi calculant una OR ajustada per edat i sexe amb IC del 95% per a valorar l'associació.

S'han fet els mateixos càlculs considerant el nivell d'estudis en tres intervals (I-II, III i IV-V) o també en *quatre* intervals (I-II, III, IV i V) per a valorar no només la significació estadística sinó també, el que és més important, la tendència, el *gradient* entre els riscos i problemes al passar d'un nivell d'estudi a un altre.

4.6.8 Anàlisi comparatiu entre les diferents conductes i problemes

S'han creuat entre sí totes les variables que formen el *qüestionari de risc*, és a dir, les sis conductes de risc (conducció, sexualitat, tabac, alcohol, cànnabis i altres drogues) i els dos problemes de salut inclosos (TCA i la Salut Mental).

S'ha realitzat una regressió logística binària entre cada una de les variables conductuals amb cada una de les altres, calculant una OR ajustada per edat i sexe amb un IC del 95%. Posteriorment s'ha tornat a fer per a cada variable una anàlisi multivariant, amb totes les variables significatives en l'anàlisi bivariant, calculant les OR, ajustades per edat i sexe, amb un IC del 95%.

4.6.9 Anàlisi detallat de les variables: tabac, obesitat/sobrepès i consulta psicològica

S'ha realitzat una anàlisi de les variables més prevalents o més rellevants no només amb les variables dependents de l'estudi sinó amb altres variables del qüestionari general relacionades amb les mateixes, calculant una OR ajustada per edat i sexe amb un IC del 95%.

En relació a l'apartat del tabac s'han inclòs altres variables epidemiològicament importants com si els pares fumen o l'edat d'inici en el tabaquisme, o en l'apartat obesitat/sobrepès com haver fet dieta, la relació amb les dislipèmies o la relació amb no menjar fruita.

L'últim apartat "haver estat visitat per algun psicòleg" s'ha dividit en dos grups, d'una banda, el total de casos, que són 187, i per altra aquells que *només* han estat visitats pel psicòleg del centre d'ensenyament, per motius relacionats amb l'entorn escolar (dificultat estudi, FE, relació companys), generalment lleus-moderats, i que representen d'aquests 187 casos a 105, és a dir, gairebé el 60%, psicòlegs habitualment finançats per les Associacions de Mares i Pares.

S'ha estudiat l'associació entre aquestes visites i diferents qüestions de salut mental, aquesta vegada més detallada, desagrupant la variable salut mental en les preguntes originals com maltractes, abusos i suïcidi i incloent altres del qüestionari relacionades.

RESULTATS

Per a facilitar l'explicació i desenvolupament de l'anàlisi s'expressen tant l'apartat resultats com la discussió en funció de cadascun dels objectius secundaris.

5.1 Descripció de les prevalences de totes les variables.

Taula 6. Descripció de les variables sociodemogràfiques. Salt 1993-2005

Variable	No risc	Risc	n	%
Edat 967	15-16 17-19	20-24	307 243 417	31,7 25,1 43,1
Sexe 967	Home	Dona	480 487	49,6 50,4
Nacionalitat 967	Autòcton	Immigrant	851 116	87,9 12,1
Tipus Família 967	No Monoparental	Monoparental	792 175	80,8 19,2
Religió* 519	Creient	No creient	280 239	53,9 46,1
Nivell estudis** (classe social) 745	I-II III	IV V	62 178 261 245	8,3 23,9 35 32,8

*La pregunta Religió/ Creences religioses són només 519 casos perquè es va treure de l'enquesta inicial per dubtes en la intromissió a la intimitat, posteriorment, una vegada solventades, es va tornar a incloure en la mateixa, respectant al màxim el secret professional.

**El nivell d'estudis també té 745 casos perquè s'ha considerat estimar-lo a partir del "màxim" nivell d'estudis reglats assolits, i al treballar amb joves de 15-24 anys, molts d'ells encara segueixen estudiant.

Caldrà adreçar-se a l'annex 5 per analitzar més acuradament algunes característiques de qualsevol variable com p.e. en relació a les creences religioses, si són o no practicants de la mateixa.

L'edat (15-24 anys) ha estat l'única variable que s'ha mantingut com a quantitativa, s'ha calculat la mitja i la desviació estàndard que són 18,00 +- 3,18.

De les 129 preguntes de l'enquesta original s'han extret entre 35-50 preguntes que han conformat les variables utilitzades a l'estudi, les sis variables dependents i les catorze variables independents (20 variables en total), doncs algunes d'elles estan formades per l'agrupament de quatre preguntes (salut mental o sexualitat), tres (tabac, alcohol, altres drogues) o la majoria dos (TCA, cànnabis).

Destacar per trams d'edat que de 15-19 anys hi ha un 56,8% de la mostra i un 43,2% de 20-24, ho explicaria el fet que una vegada estudiat el contingent total a finals de 1996, la majoria d'altres procedeixen de quan els adolescents fan 15 anys i deixen al pediatra (molts d'ells són els fills dels pacients adults del mateix contingent). La forma de creació de nous contingents és per saturació dels actuals, és a dir, quan arriben a 1800 usuaris es tanquen i totes les altes noves de l'ABS van al nou contingent, cosa que pot fer, com a l'actualitat, que al ser el 85% de noves altes de gent immigrada, es puguin crear "contingents gueto", qüestió que s'intenta pal·liar amb el repartiment solidari entre totes les UBAs.

Per sexes es troba que dels 967 adolescents estudiats 480 són homes i 487 dones.

Fins a l'any 2000, malgrat ser Salt un dels pobles amb més prevalença d'immigració des de fa uns cinc anys, s'està donant un canvi demogràfic radical, molt més espectacular que a la resta de Catalunya. Avui, al Setembre del 2007 ja hi ha una taxa global del 39,34 %, però si s'analitza el segment de 10-15 anys, aquesta és del 42,7% i en 20-25 anys del 52,6%, o si s'observen les taxes pediàtriques de 0-5 anys, la taxa és del 56,96%. Es pot estimar que a molt curt termini la població de Salt creixerà fins a 35.000 habitants i gairebé el 60% serà població immigrada, i d'ella el 75% africana. Procés de concentració augmentat també per la pèrdua de població autòctona (des de l'any 2000 més de 3.500 habitants autòctons, que en part eren els immigrants dels anys 60-70, s'han donat de baixa del Padró Municipal). Aquesta arribada de població immigrada en el present estudi s'ha donat com a tot Catalunya a partir de començaments de l'any 2000, representant un 12% del total de la mostra.

Un 20% de les famílies de Salt són no-nuclears i gairebé totes monoparentals.

Un 53,9% dels adolescents de l'estudi afirmen que són creients (280 de la mostra).

El 67,8% dels adolescents tenen un nivell d'estudis baix (IV+V) i només el 8% són universitaris. Les dones són majoria en estudis universitaris i els homes en estudis primaris (annex 5, taula I), malgrat que el percentatge global de dones universitàries encara és baix en relació al total de dones. Es van dividir les variables dependents en dos apartats: *conductes de risc* (consum de drogues, conducció de vehicles i sexualitat) i *problemes de salut* (salut mental, TCA, dèficit d'hores de son, sedentarisme i tot l'examen de salut: HTA, sobrepès, obesitat i alteracions analítiques).

Taula 7. Descripció i definició de les conductes de risc. Salt 1993-2005

Conductes de risc	Definició	n (%)
Sexualitat	IVE. MTS Ús/pràctica prostitució No ús de preservatius	111 (11,49)
Conducció	Dos o més accidents	86 (8,90)
Tabac	Consum diari, esporàdic o exfumador	393 (40,68)
Alcohol	Diari o 3 y més unitats els caps de setmana	79 (8,17)
Cànnabis	Consum diari o habitual	54 (5,59)
Altres drogues	Qualsevol consum	64 (6,62)
Total		967 (100,0)

En la taula 7 s'exposa la descripció de les prevalences de les conductes de risc, observant que tenen pràctiques sexuals de risc un 11,49% de la mostra i que el 8,9% han tingut dos a més accidents de trànsit. El tabac amb el 40,68% sempre al capdavant del risc en consum de drogues, seguit de l'alcohol amb el 8,17%, altres drogues amb el 6,62% i el cànnabis amb el 5,59%.

Taula 8. Descripció i definició dels problemes de salut. Salt 1993-2005

Problemes de salut	Definició	n (%)
TCA	IMC \leq 18 o TCA diagnosticat	84 (9,03)
Salut Mental	Estar/haver estat amb tractament psicològic o psiquiàtric Maltractaments o abusos Ideació o intents de suïcidi Influència sectes	210 (21,73)
Sedentarisme	Mínim dos cops setmana una hora d' esport	568 (58,92)
Hores son	Dormir 6 o menys hores al dia	140 (14,53)
Sobrepès	IMC \geq 25	148 (16,13)
Obesitat	IMC \geq 30	62 (6,76)
HTA	TA \leq 130/85	34 (3,69)
Alteracions analítica	Dislipèmia, Hiperglucèmia. Alteració hepàtica. Anèmia,	341 (40,45)
TOTAL		967 (100,0)

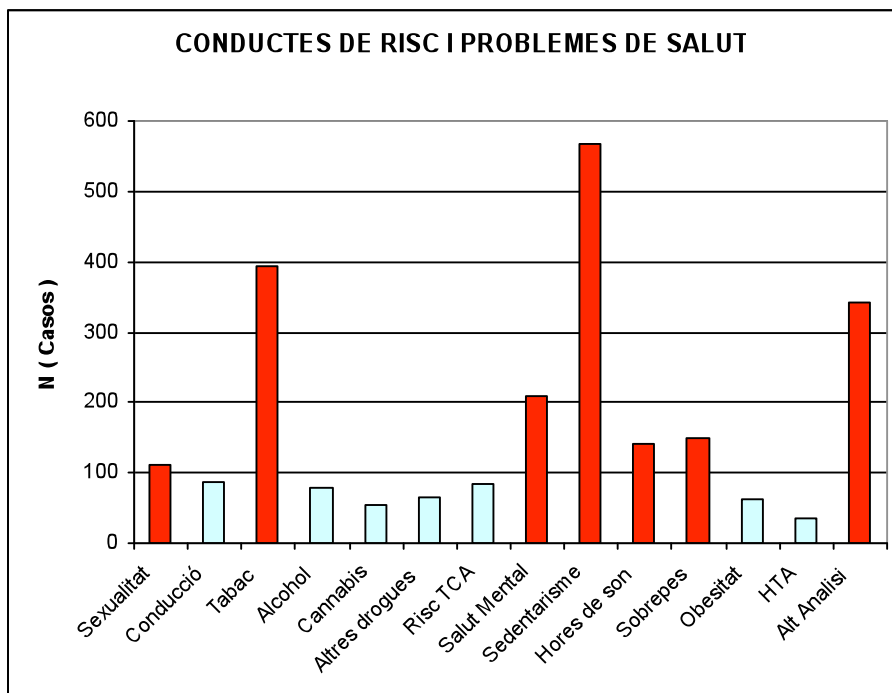
En la taula 8 s'observa la distribució de les prevalences dels problemes de salut, amb el sedentarisme en primer lloc amb gairebé el 60% (el 58,92%), seguit de les alteracions analítiques amb un 40,45% (es pot veure més detallat a la taula 9) i la salut mental amb el 21,73%. El sobrepès amb el 16,13% i el dèficit d'hores de son amb el 14,53% com a grup intermig i per últim un grup per sota del 10% amb els TCA, amb el 9,03%, l'obesitat amb el 6,76% i l'HTA amb el 3,69%.

**Taula 9. Descripció alteracions analítiques.
Salt 1993-2005**

Alteracions Analítiques		
Cap alteració	503	59,6%
Dislipèmia	57	6,8%
Hiperglicèmia	9	1,1%
Anèmia	41	4,9%
Fetge Alterat	104	12,3%
Altres	130	15,4%

A la figura 1 es pot observar gràficament les taules 7 i 8 que agrupen a totes les conductes de risc i problemes de salut expressats en números absoluts, set de les variables (en vermell) afecten a més de 100 adolescents de la mostra.

Figura 1. Conductes de risc i problemes de salut. Salt 1993-2005



A la taula 10 s'observa una distribució per sexes de les diferents conductes i problemes.

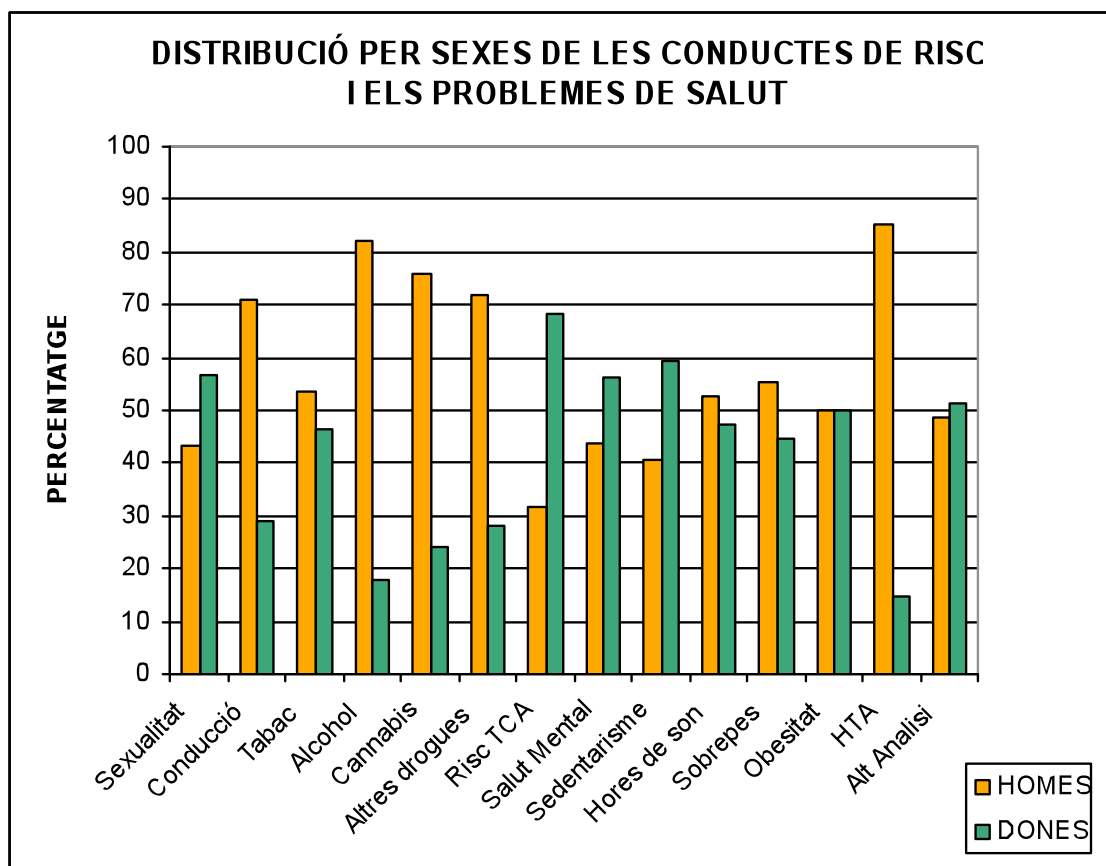
Taula 10. Distribució per sexes de les conductes de risc i els problemes de salut. Salt 1993-2005. * p<0,05

Conductes i problemes n	Casos detectats			p*
	n	homes (%)	dones (%)	
Sexualitat (967)	111	43,2	56,8	0,106
Conducció (967)	86	70,9	29,1	0,0001
Tabac (967)	393	53,7	46,3	0,097
Alcohol (967)	79	82,3	17,7	0,0001
Cànnabis (967)	54	75,9	24,1	0,0001
Altres drogues (967)	64	71,9	28,1	0,0001
TCA (930)	85	31,8	68,2	0,0001
Salut Mental (967)	211	43,6	56,4	0,024
Sedentarisme (965)	569	40,8	59,2	0,0001
Hores son (964)	141	52,5	47,5	0,614
Sobrepès (918)	148	55,4	44,6	0,159
Obesitat (918)	62	50,0	50,0	0,986
HTA (920)	34	85,3	14,7	0,0001
Alteració analítica (884)	341	48,5	51,5	0,038

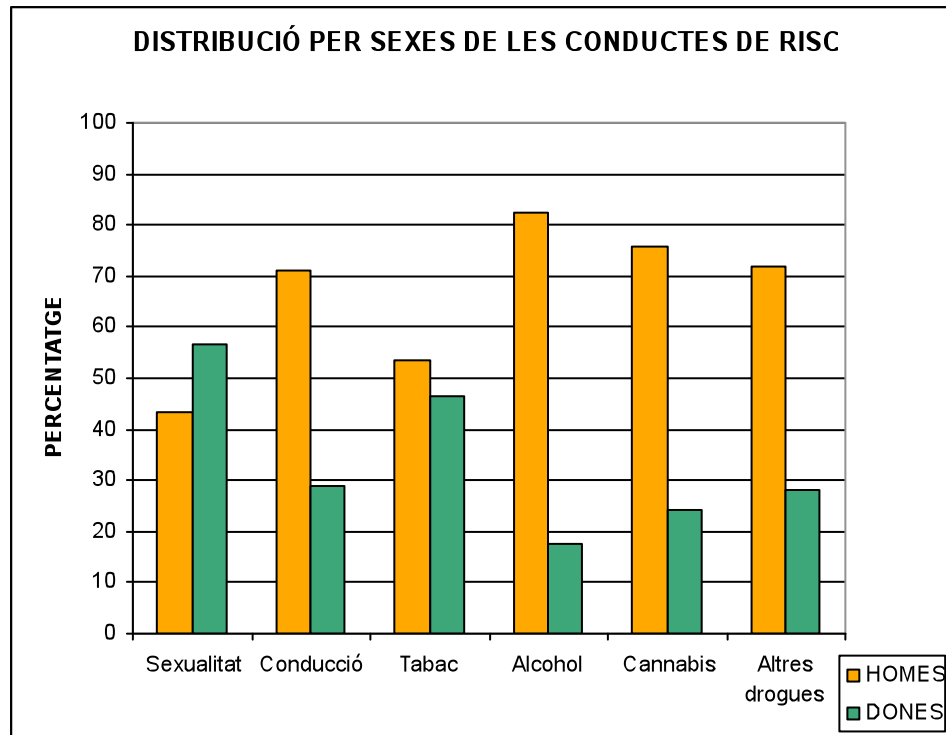
Com s'observa a la taula 10 els riscos als quals estan exposats homes i dones són diferents, mentre en homes es troben diferències estadísticament significatives en el consum de drogues (alcohol $p<0,0001$, cànnabis $p<0,0001$, altres drogues $p<0,0001$), la conducció de vehicles ($p<0,0001$) i l'HTA ($p<0,0001$), en les dones són els relacionats amb la salut mental ($p<0,024$), amb els TCA ($p<0,0001$), el sedentarisme ($p<0,0001$) i les alteracions analítiques ($p<0,038$). En la resta de riscos les prevalències són semblants, excepte en la sexualitat on predominen les dones.

A la figura 2 es descriuen els percentatges totals i a les figures 3 i 4 per separat, les conductes de risc i els problemes de salut, destacant en homes, amb més del 70% de prevalença la conducció, l'alcohol, el cànnabis, altres drogues i l'HTA i en les dones només els TCA amb el 68,2%.

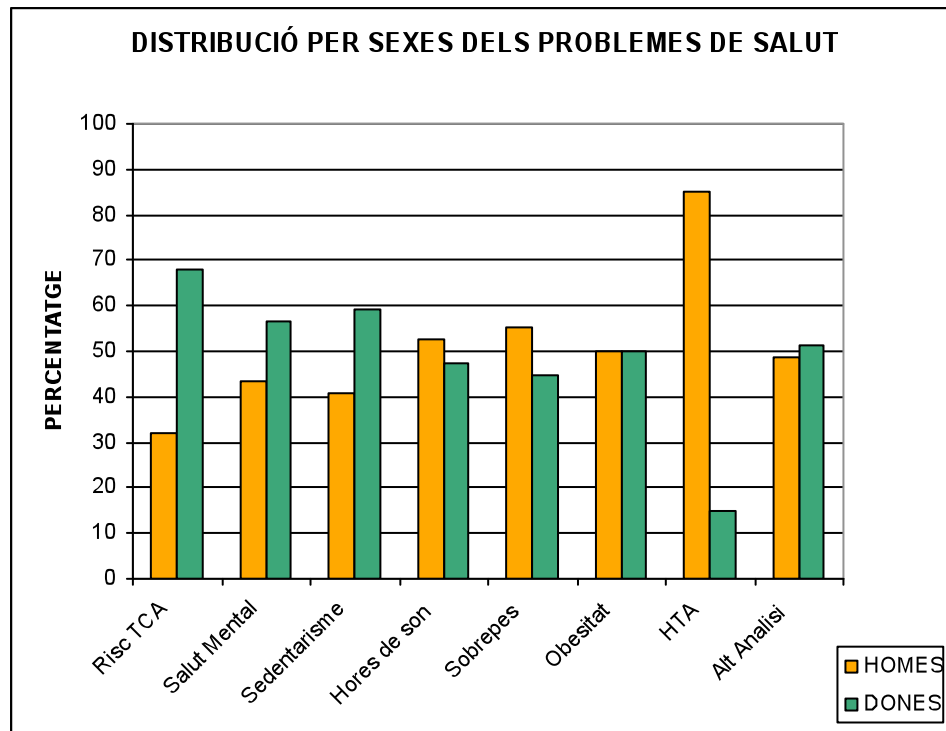
Figura 2. Distribució per sexes (%) de les conductes de risc i els problemes de salut. Salt 1993-2005



**Figura 3. Distribució (%) per sexes de les conductes de risc.
Salt 1993-2005**



**Figura 4. Distribució (%) per sexes dels problemes de salut.
Salt 1993-2005**



Es va elaborar la variable “qüestionari de risc” agrupant totes les sis conductes de risc (sexualitat, totes les variables sobre drogues i conducció) amb dos dels problemes de salut més importants com eren la salut mental i els TCA amb l’objectiu de saber la prevalença d’adolescents i joves que tenien almenys una d’aquestes vuit variables de risc i als que per tant caldria fer algun tipus d’intervenció posterior o seguiment en la consulta. Tant a les taules 11 com 12 es descriuen les característiques i la prevalença de tenir alguna de les conductes del qüestionari de risc.

Taula 11. Descripció i definició del qüestionari de risc.

Salt 1993-2005.

Qüestionari de risc	%	n
Sexualitat	11,5	111
Conducció	8,9	86
TCA	9,1	85
Salut Mental	21,8	211
Tabac	40,6	393
Alcohol	8,2	79
Cànnabis	5,6	54
Altres Drogues	6,6	64
Qüestionari de risc+	55,4	536
Total	100,0	967

Taula 12 Resultats del qüestionari de risc i seguiments al CAP.

Salt 1993-2005.

n=967		n	%
Qüestionari risc:	Negatiu	431	44,5
	+ Només per tabaquisme	157	16,2
	+ Per qualsevol conducta inclòs tabaquisme	536	55,4

S'observa a la taula 11 i 12 que més de la meitat, el 55,4% dels 967 adolescents de la mostra, tenen almenys una conducta de risc de les especificades i per tant un qüestionari de risc positiu, i que gairebé una tercera part (16,2%) d'aquesta és deguda al consum de tabac exclusivament.

Malgrat *no formar part de l'estudi* per comprendre el conjunt de la intervenció preventiva que es feia a la consulta s'han inclòs dades (taula 13) sobre les visites de seguiment al CAP, les derivacions a altres professionals, les intervencions en vacunes, i sobre la mortalitat (taula 14).

Taula 13. Descripció de les intervencions en vacunes i les derivacions fetes. Salt 1993-2005.

N 967		n	%
Vacunes n 401	Cap intervenció	566	59,6
	Revisió calendari	139	14,4
	VAT	104	10,8
	HVB	66	6,8
	MCC	88	9,1
	Altres	4	0,4
Derivacions	Consulta CAP	726	75,0
	Ginecòleg	69	
	Odontòleg	250	
	Psiquiatra	3	
	Psicòleg	127	
	Dermatòleg	10	

Dels 726 derivats al Centre de Salut, 536 tenien el qüestionari de risc amb almenys una conducta de risc, aquests 190 de diferència probablement corresponen a adolescents amb problemes no inclosos al qüestionari (salut bucodental, vacunes, sobrepès etc.). En total s'ha intervingut en el 40,1% per problemes relacionat amb vacunes i el 75% del total de joves inclosos a l'estudi han

tornat a la consulta per a fer alguna intervenció de seguiment. Es va derivar a l'odontòleg al 25% dels joves, al psicòleg al 13% i al ginecòleg al 7% de les dones que haurien de visitar-se.

A la taula 14 es descriu la mortalitat observada durant el temps de durada de l'estudi. Quatre casos en total, dues morts per accidents de trànsit, una per suïcidi i una per sobredosi d'heroïna.

Taula 14. Mortalitat. Salt 1993-2005

Mortalitat n 4	1 Suïcidi
	1 Sobredosi heroïna
	2 Accidents d trànsit

5.2 Avaluar l'associació de les conductes de risc i problemes de salut amb els factors sociodemogràfics de l'estudi.

Taula 15. Associació de les conductes de risc amb les variables sociodemogràfiques. Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

	Sexualitat	Conducció	Tabac	Alcohol	Cànnabis	Altres drogues
Sexe	1	1	1	1	1	1
Home	1,38 (0,93-2,06)	0,38 (0,23-0,62)	0,79 (0,61-1,04)	0,18 (0,10-0,33)	0,29 (0,15-0,56)	0,35 (0,20-0,62)
Dona						
Nacionalitat	1	1	1	1	1	1
Autòcton	0,96 (0,53-1,73)	0,21 (0,06-0,68)	0,16 (0,09-0,28)	0,19 (0,05-0,63)	NS	0,23 (0,07-0,78)
Immigrant						
Família	1	1	1	1	1	1
Nuclear	1,62 (1,02-2,57)	1,25 (0,73-2,13)	1,37 (0,98-1,90)	0,88 (0,48-1,60)	1,55 (0,83-2,90)	1,54 (0,86-2,77)
No nuclear						
Religió	1	1	1	1	1	1
Creient	1,03 (0,58-1,83)	2,89 (1,55-5,38)	2,05 (1,42-2,95)	3,63 (1,96-6,75)	3,46 (1,62-7,38)	3,16 (1,60-6,27)
No creient						
Nivell estudis	1	1	1	1	1	1
Alt	1,38 (0,87-2,20)	5,30(2,39-11,73)	2,18 (1,58-3,00)	1,56 (0,90-2,71)	1,49 (0,77-2,85)	1,40 (0,78-2,52)
Baix						

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

En la taula 15 es poden observar les associacions entre les sis conductes de risc i les cinc variables independents, a partir del càlcul d'una OR ajustada per edat i sexe i amb un IC del 95% trobant significació estadística en les següents:

La **Sexualitat** associada a més risc en famílies monoparentals ORa 1,62 (1,02-2,57).

La **Conducció** amb efecte protector en ésser dona ORa 0,38 (0,23-0,62) i en ésser immigrant ORa 0,21 (0,06-0,68) i risc en els no creients ORa 2,89 (1,55-5,38) i nivell d'estudis baix ORa 5,30 (2,39-11,73).

El **Tabac** amb protecció per a ésser immigrant ORa 0,16 (0,09-0,28) i més risc en els no creients ORa 0,16 (0,09-0,28) i en nivell d'estudis baix ORa 5,30 (2,39-11,73).

L'**Alcohol** amb efecte protector en ésser dona ORa 0,18 (0,10-0,33) i ésser immigrant ORa 0,19 (0,05-0,63) i més risc en els no creients ORa 3,63 (1,96-6,75).

El **Cànnabis** associat a risc en els no creients ORa 3,46 (1,62-7,38) i protecció en ésser dona ORa 0,29 (0,15-0,56).

Altres drogues també protector amb ésser dona ORa 0,35 (0,20-0,62) i en ésser immigrant ORa 0,23 (0,07-0,78) i més risc en els no creients ORa 3,16 (1,60-6,27).

En general el consum de drogues i la conducció associades a ésser dona i ésser immigrant com a variables protectores i a no tenir creences com a variable de risc.

El nivell d'estudis associat a més risc amb tabac i conducció.

La família monoparental només associada a més risc en sexualitat.

Taula 16. Associació de les variables sociodemogràfiques i els problemes de salut (I). Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

	TCA	Salut Mental	Hores de son	Sobrepès	Obesitat	Sedentarisme
Sexe						
Home	1	1	1	1	1	1
Dona	2,30 (1,41-3,73)	1,41 (1,03-1,92)	0,87 (0,60-1,27)	0,77 (0,541,11)	1,00 (0,601,68)	2,63 (2,02-3,44)
Nacionalitat						
Autòcton	1	1	1	1	1	1
Immigrant	0,88 (0,40-1,91)	0,38 (0,20-0,69)	0,61 (0,34-1,12)	0,70 (0,391,25)	0,59 (0,231,51)	3,09 (1,91-4,98)
Família						
Nuclear	1	1	1	1	1	1
No nuclear	1,44 (0,84-2,48)	1,96 (1,37-2,80)	0,98 (0,62-1,56)	0,85 (0,541,36)	0,69 (0,331,43)	1,03 (0,74-1,43)
Religió						
Creient	1	1	1	1	1	1
No creient	0,70 (0,35-1,41)	0,99 (0,65-1,50)	0,96 (0,59-1,57)	1,12 (0,711,77)	1,40 (0,573,45)	0,74 (0,52-1,06)
Nivell estudis						
Alt	1	1	1	1	1	1
Baix	0,61 (0,34-1,09)	1,10 (0,75-1,60)	1,50 (0,97-2,33)	1,05 (0,691,61)	1,96 (0,964,02)	1,53 (1,12-2,10)

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

En la taula 16 es poden observar les associacions entre els problemes de salut (I) i les variables sociodemogràfiques essent estadísticament significatives les següents:

Els **TCA** associats amb més risc en ésser dona ORa 2,30 (1,41-3,73).

La **Salut Mental** associada amb més risc amb ésser dona ORa 1,41 (1,03-1,92) i en famílies monoparentals ORa 1,96 (1,37-2,80) i associada també amb protecció amb ésser immigrant ORa 0,38 (0,20-0,69).

El **Sedentarisme** associat a més risc en ésser dona ORa 2,63 (2,02-3,44), en ésser immigrant ORa 3,09 (1,91-4,98) i en nivell d'estudis baix ORa 1,53 (1,12-2,10)

En **dèficit hores de son, sobrepès i obesitat** no s'ha trobat cap associació estadísticament significativa.

Taula 17. Associació de les variables sociodemogràfiques i els problemes de salut (II). Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

	HTA	Alteracions analítiques
Sexe		
Home	1	1
Dona	0,16 (0,06-0,43)	0,74 (0,56-0,98)
Nacionalitat		
Autòcton	1	1
Immigrant	0,58 (0,17-1,97)	2,78 (1,82-4,25)
Família		
Nuclear	1	1
No nuclear	0,68 (0,26-1,80)	0,80 (0,56-1,14)
Religió		
Creient	1	1
No creient	1,10 (0,47-2,54)	1,04 (0,72-1,50)
Nivell estudis		
Alt	1	1
Baix	0,96 (0,45-2,01)	1,16 (0,83-1,63)

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval confiança

A la taula 17 es poden observar les associacions entre els problemes de salut (II) amb les variables sociodemogràfiques, observant les següents associacions estadísticament significatives:

HTA associada amb efecte protector en ésser dona ORa 0,16 (0,06-0,43).

Alteracions analítiques associada a protecció amb ésser dona ORa 0,74 (0,56-0,98) i amb risc en ésser immigrant ORa 2,78 (1,82-4,25).

A la taula 18 s'ha realitzat un resum de les variables associades significativament com a risc o protecció a cada variable sociodemogràfica. Ésser dona i ésser immigrant són dues variables protectores en general i no tenir creences, nivell baix d'estudis i família monoparental són variables de risc.

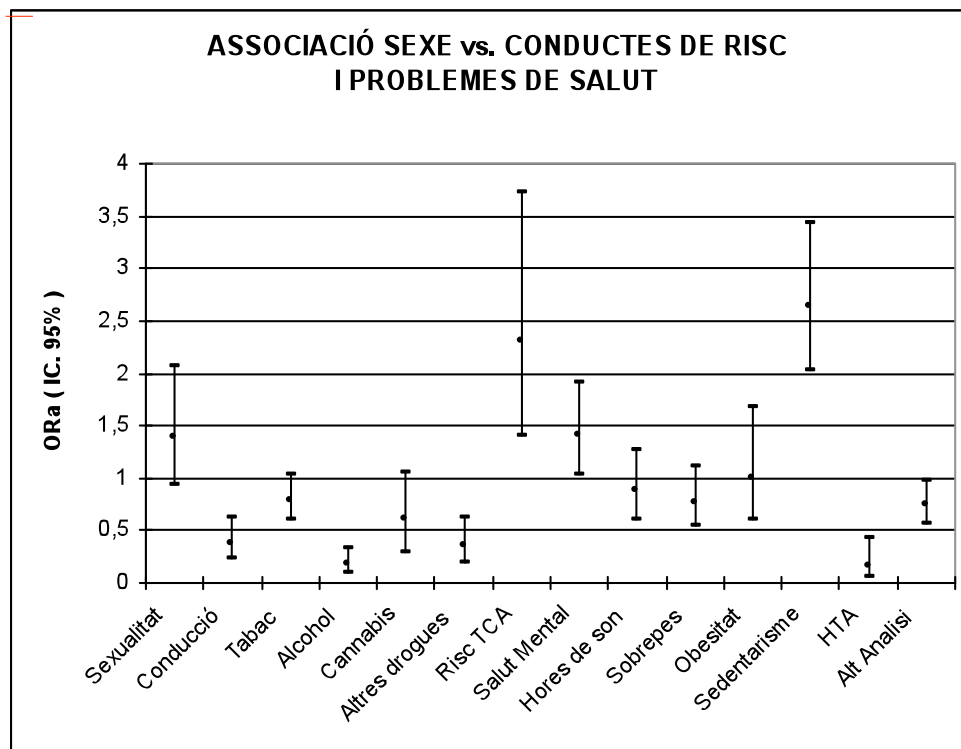
Taula 18. Resum de les associacions de protecció o risc entre totes les variables. Salt 1993-2005.

Variables	Protecció	Risc
Sexe: Dona	Conducció Alcohol Cànnabis Altres Drogues HTA Alterac. anàlisi	TCA Salut Mental Sedentarisme
Nacionalitat: Immigrant	Conducció Tabac Alcohol Altres drogues Salut Mental	Alterac. anàlisi Sedentarisme
Família: No nuclear		Sexualitat Salut Mental
Creences : No tenir-ne		Conducció Tabac Alcohol Cànnabis Altres drogues
Nivell estudis: Baix		Conducció Tabac Sedentarisme

En les figures 5, 6, 7, 8 i 9 s'han dibuixat per cada variable sociodemogràfica les associacions amb tots i cadascun dels problemes de salut i conductes de risc (numerats de l'1 al 14). S'ha calculat una OR ajustada per edat i sexe amb IC del 95%.

Associacions de la variable sociodemogràfica *sexe*

Figura 5. Associació del sexe amb les conductes de risc i els problemes de salut. Salt 1993-2005. ORa per edat i sexe (IC del 95%).



ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

A la figura 5 s'observen les associacions estadísticament significatives: ésser *dona és protector* en conducció de vehicles (2), també és protectora per a alcohol (4), cànnabis (5) i altres drogues (6).

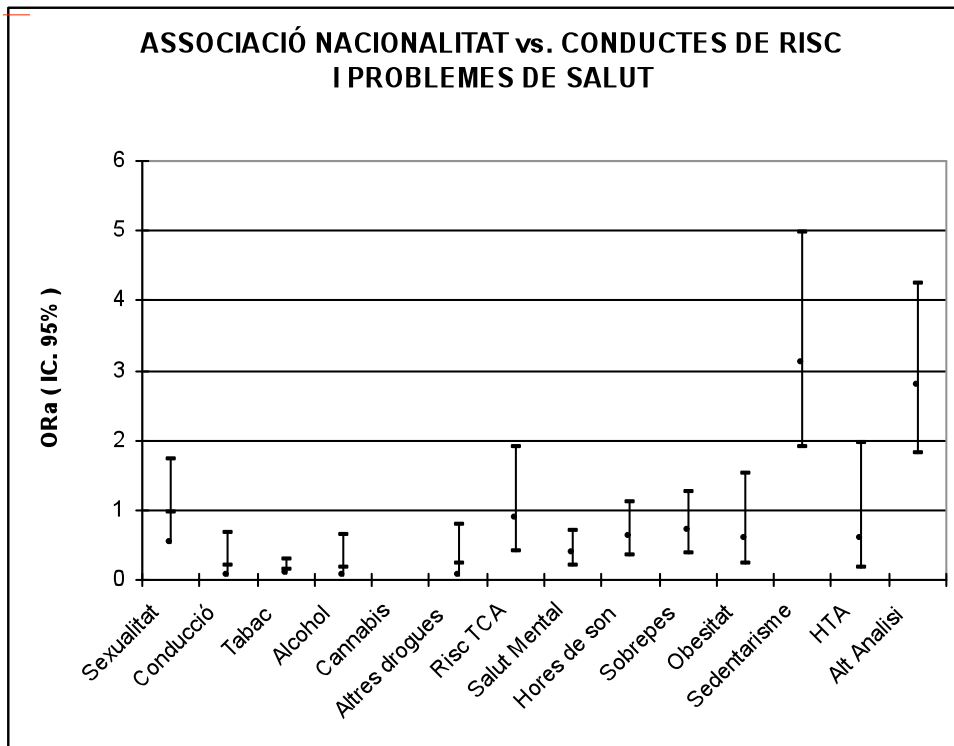
En canvi, al parlar de problemes de salut s'inverteix i *ser dona és un factor de risc* tant en relació als TCA (7) com pels problemes de salut mental (8) i sedentarisme (12).

Torna a ser *protector* ser dona en relació a l'HTA (13) i a tenir alteracions analítiques (14).

En l'anàlisi multivariant es manté la mateixa magnitud de les associacions i només es perd la significació estadística per a conducció i altres drogues.

Associacions de la variable sociodemogràfica *nacionalitat*

Figura 6. Associació de la nacionalitat amb les conductes de risc i els problemes de salut. Salt 1993-2005. ORa per edat i sexe. (IC del 95%).



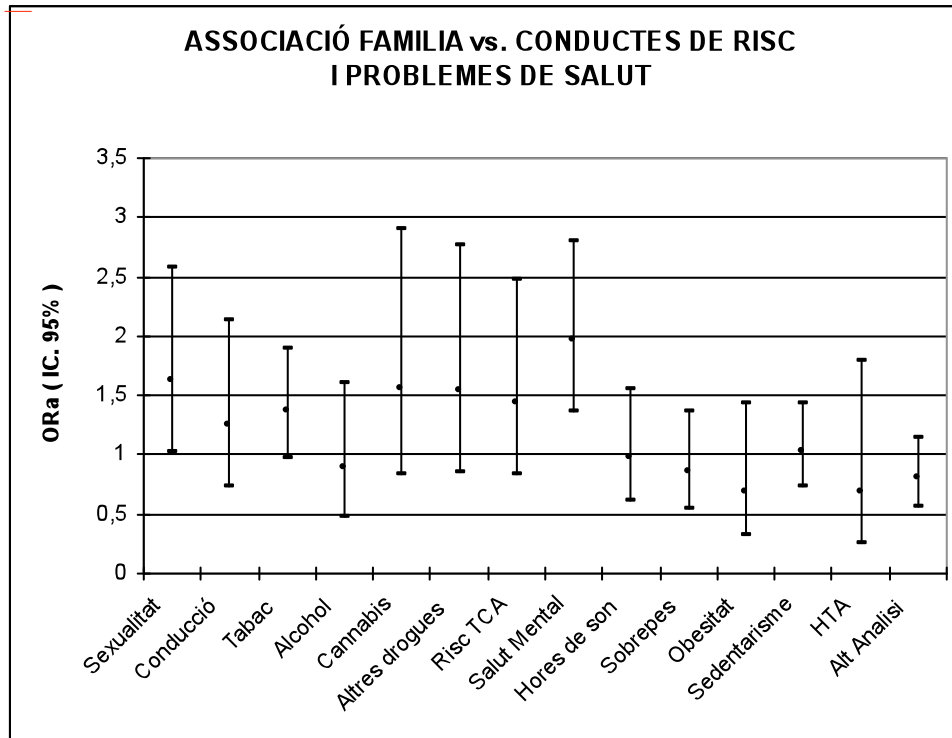
ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança.

A la figura 6 s'observa que ésser immigrant està associat significativament com protector en relació a la conducció (2), tabac (3), alcohol (4) i altres drogues (6). També és protector en relació a la salut mental (8), en canvi ésser immigrant té més risc per alteracions analítiques (14) i també pel sedentarisme (12).

En l'anàlisi multivariant es manté la significació amb totes les variables.

Associacions de la variable sociodemogràfica *família*

Figura 7. Associació del tipus de família amb les conductes de risc i els problemes de salut. Salt 1993-2005. ORa per edat i sexe. (IC del 95%).



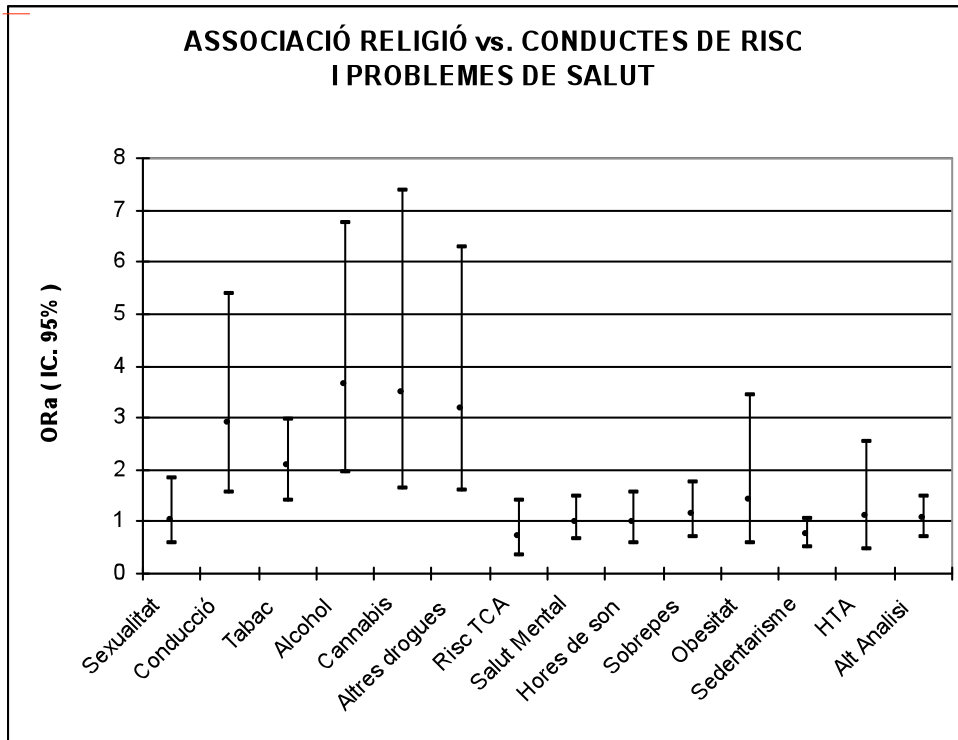
ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de Confiança

A la figura 7 s'observa que pertànyer a una família monoparental està associat significativament només amb risc en relació a la sexualitat (1) i a salut mental (8).

En l'anàlisi multivariant és mantenen les mateixes significacions estadístiques.

Associacions de la variable sociodemogràfica *creences*

Figura 8. Associació entre les creences religioses i les conductes de risc i els problemes de salut. Salt 1993-2005. ORa per edat i sexe.(IC del 95%)



ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de Confiança

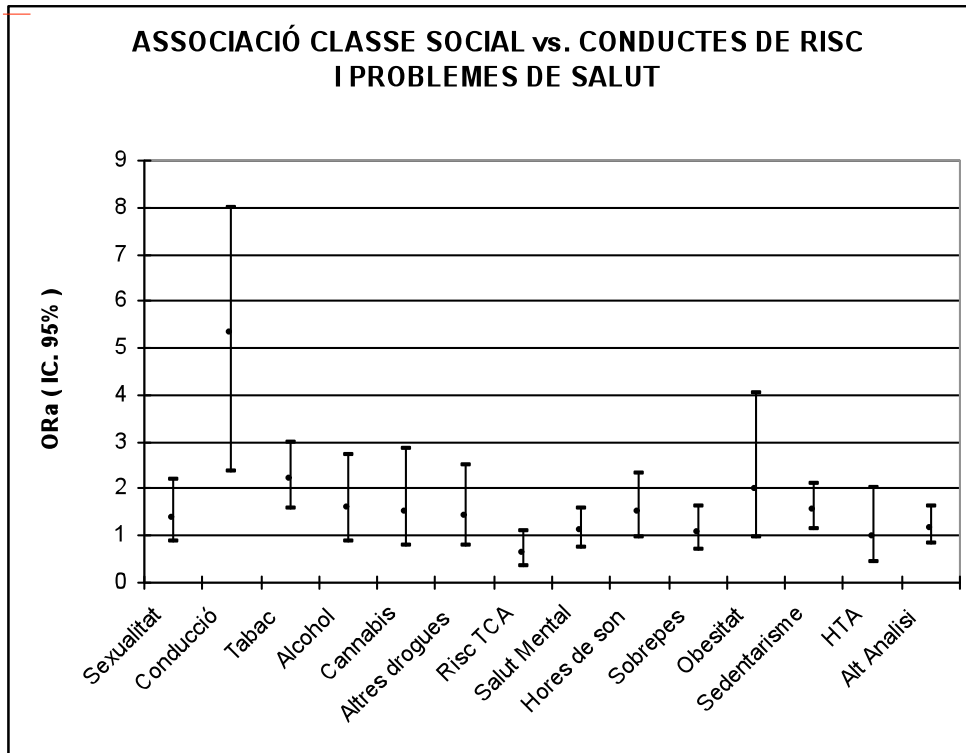
A la figura 8 s'observa que no tenir creences religioses està associat significativament amb més risc en conducció (2) i consum de totes les drogues com tabac (3), alcohol (4), cànnabis (5) i altres drogues (6).

En l'anàlisi multivariant es mantenen totes les significacions estadístiques.

Associacions de la variable sociodemogràfica *nivell d'estudis*

Figura 9. Associació entre nivell d'estudis (classe social) amb les conductes de risc i els problemes de salut. Salt 1993-2005.

ORa per edat i sexe. (IC del 95%),



ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de Confiança

A la figura 9 s'observen les associacions estadísticament significatives amb més risc amb la conducció (2), com també amb el tabac (3) (la més alta prevalença) i amb el sedentarisme (12).

En l'anàlisi multivariant es mantenen totes les significacions estadístiques, variant lleugerament la magnitud.

5.3 Comparar les prevalences als 15-16 i als 17-24 anys dels problemes de salut i les conductes de risc.

Es descriuran prèviament les prevalences de les conductes de risc i problemes de salut als 15-16 anys (taula 19) i posteriorment la comparació entre els segments d'edat 15-16 i de 17-24 anys (taula 20).

Taula 19. Prevalences de conductes de risc i problemes de salut als 15-16 anys. Salt 1993-2005.

n = 307	%	n
Sedentarisme	52,9	
Alteracions analítiques	46,9	120
Dislipèmia		6
Glicèmia		2
Anèmia		19
Alteracions Fetge		30
Altres		63
Qüestionari de risc +	40,8	
Tabac	21,2	
Salut Mental	19,5	60
Tractament Psiquiàtric		7
Idees suïcidi		19
Intent suïcidi		5
Maltractaments		17
Abús sexual		5
TCA	15,9	
Sobrepès	12,6	
Obesitat	7,0	

Es pot observar a la taula 19 les prevalences als 15-16 anys, en relació al sedentarisme del 52,9% i a alteracions analítiques amb el 46,9%, dos problemes menors en principi, que no estan inclosos en el qüestionari de risc, el qual té una prevalença del 40,8%. Però augmenta la preocupació quan s'observa que en relació al tabac és del 21,2%, salut mental del 19,5% i TCA del 15,9% o la suma del sobrepès i l'obesitat que arriba al 19,6%.

Taula 20. Descripció comparativa de les conductes de risc i els problemes de salut entre les edats de 15-16 anys i de 17-24 anys. Salt 1993-2005

Conductes i problemes	Total n	15-16 anys n (%)	17-24 anys n (%)	p*
Sexualitat	111	14 (4,6)	97 (14,7)	0,0001
Conducció	86	11 (3,6)	75 (11,4)	0,0001
Tabac	393	65 (21,2)	328 (49,7)	0,0001
Alcohol	79	5 (1,6)	74 (11,2)	0,0001
Cànnabis	54	8 (2,6)	46 (7,0)	0,006
Altres drogues	64	3 (1,0)	61 (9,2)	0,0001
TCA	85	46 (15,9)	39 (6,1)	0,0001
Salut Mental	211	60 (19,5)	151 (22,9)	0,243
Sedentarisme	569	162 (52,9)	407 (61,8)	0,01
Hores son	141	12 (3,9)	129 (19,6)	0,0001
Sobrepès	148	36 (12,6)	112 (17,7)	0,054
Obesitat	62	20 (7,0)	42 (6,6)	0,831
HTA	34	4 (1,4)	30 (4,7)	0,013
Alteracions anàlisi	341	120 (46,9)	221 (37,6)	0,011
Qüestionari+	537	125 (40,8)	(62,3)	0,0001
Total	967	307	660	

* < 0,05

A la taula 20 es comparen totes les conductes de risc i problemes de salut durant els dos períodes 15-16 (n=307) i 17-24 anys (n= 660) analitzats calculant una prova xi-quadrat amb p significativa <0,05, per a estimar la significació estadística entre els mateixos.

Tenint en compte que a més edat, augmenten els riscos i sense oblidar que l'inici de les conductes de risc actualment són als 12-13 anys.

En 10 de les 15 conductes hi ha significació estadística en relació a que els riscos són majors en el segment 17-24 anys excepte en cinc d'elles, dues amb significació estadística a favor de les edats 15-16 que són els TCA ($p<0,0001$) i alteracions analítiques ($p<0,011$), en la variable obesitat és major la prevalença en 15-16 que en 17-24 anys (7,0% a 6,6%) i en sobrepès passa el contrari, totes dues sense significació estadística, mentre que en salut mental la prevalença està igualada.

5.4 Analitzar els canvis en els problemes de salut i les conductes de risc comparant els períodes 1993-99 i el 2000-05

A la taula 21 es pot observar l'associació de totes les variables entre els dos períodes d'estudi.

Taula 21. Associació de les conductes de risc i problemes de salut entre els períodes 1993-1998 i 1999-2005. ORa (IC del 95%).

Conductes i Problemes	1993-1998 n(%)	1999-2005 n (%)	ORa (IC del 95%)
Sexualitat	57(10,5)	54(12,8)	0,69 (0,46-1,04)
Conducció	53 (9,7)	33 (7,8)	1,19 (0,75-1,89)
Tabac	255 (46,8)	138 (32,7)	1,66 (1,26-2,18)
Alcohol	64 (11,7)	15 (3,6)	3,34 (1,86-5,99)
Cànnabis	39 (7,2)	15 (3,6)	1,92 (1,04-3,55)
Altres drogues	47 (8,6)	17 (4,0)	2,06 (1,15-3,67)
TCA	49 (9,5)	36 (8,7)	1,4 (0,87-2,25)
Salut Mental	135 (24,7)	76 (18,0)	1,43 (1,04-1,97)
Hores de son	86 (15,8)	55 (13,1)	1,09 (0,74-1,59)
Sobrepès	93 (18,3)	55 (13,4)	1,36 (0,94-1,97)
Obesitat	28 (5,5)	34 (8,3)	0,62 (0,37-1,06)
Sedentarisme	293 (53,9)	276 (65,6)	0,57 (0,44-0,75)
HTA	23 (4,5)	11 (2,7)	1,59 (0,76-3,32)
Alteració anàlisi	160 (33,8)	181 (48,9)	0,54 (0,40-0,71)
Qüestionari+	330 (60,4)	207 (49,2)	1,44 (1,10-1,87)
Total	546	421	

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

S'ha calculat una ORa ajustada per edat i sexe comparant els percentatges de les conductes entre els dos períodes 1993-98 (n=546) i 1999-2005 (n= 421) amb una IC del 95%.

S'ha considerat com a categoria de referència el període 1993-98 i de risc el 1999-2005.

En 11 de les 15 variables han millorat els percentatges entre els dos períodes. Es troba significació estadística en vuit d'elles, sis amb millora de les conductes en el període 1999-2005, quatre són sobre drogues com el tabac ORa **1,66 (1,26-2,18)**, alcohol ORa **3,34 (1,86-5,99)**, cànnabis ORa **1,92 (1,04-3,55)** i altres drogues ORa **2,06 (1,15-3,67)** a més de la millora en salut mental ORa **1,43 (1,04-1,97)** i Qüestionari de risc ORa **1,44 (1,10-1,87)**. En canvi, dues conductes han empitjorat, com són el sedentarisme ORa **0,57 (0,44-0,75)** i les alteracions analítiques ORa **0,54 (0,40-0,71)**.

5.5 Estudiar les desigualtats en salut (estimació de la classe social segons el nivell educatiu) en relació a les conductes de risc i problemes de salut.

Taula 22(1). Associació del nivell d'estudis (classe social) amb les conductes de risc i els problemes de salut. Valoració del gradient. Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

Conductes i problemes	Nivell estudis		Nivell estudis		Nivell estudis	
	I,II,III IV,V	1	I,II III IV,V	1	I,II III IV V	1
Sexualitat	1		1		1	
	1,45 (0,91-2,31)		2,45 (0,87-6,86)		2,49 (0,89-6,98)	
			2,88 (1,10-7,57)		2,23 (0,82-6,07)	
					3,80(1,40-10,29)	
Conducció	1		1		1	
	4,93 (2,22-10,9)		0,39 (0,85-1,86)		0,39 (0,08-1,85)	
			2,65 (0,79-8,88)		2,76 (0,80-9,46)	
					2,53 (0,73-8,75)	
Tabac	1		1		1	
	2,14 (1,55-2,96)		1,14 (0,61-2,13)		1,15 (0,62-2,15)	
			2,39 (1,35-4,23)		2,05 (1,13-3,72)	
					2,86 (1,56-5,22)	
Alcohol	1		1		1	
	1,31 (0,75-2,30)		1,06 (0,32-3,48)		1,07 (0,32-3,51)	
			1,43 (0,47-4,28)		0,97 (0,30-3,09)	
					1,94 (0,63-5,95)	
Cànnabis	1		1		1	
	1,30 (0,67-2,51)		0,63 (0,18-2,20)		0,64 (0,18-2,23)	
			0,94 (0,31-2,84)		0,57 (0,17-1,91)	
					1,36 (0,43-4,22)	
Altres drogues	1		1		1	
	1,25 (0,69-2,25)		1,10 (0,33-3,61)		1,10 (0,33-3,63)	
			1,38 (0,46-4,10)		1,17 (0,37-3,66)	
					1,62 (0,52-4,99)-	
TCA	1		1		1	
	0,70 (0,38-1,26)		1,04 (0,34-3,11)		1,04 (0,34-3,11)	
			0,74 (0,26-2,09)		0,76 (0,25-2,25)	
					0,73 (0,24-2,21)	
Salut Mental	1		1		1	
	1,16 (0,79-1,70)		1,07 (0,52-2,18)		1,07 (0,52-2,19)	
					1,14 (0,57-2,25)	
			1,22 (0,64-2,35)		1,33 (0,67-2,65)	
Hores son	1		1		1	
	1,47 (0,94-2,28)		1,02 (0,44-2,34)		1,02 (0,44-2,33)	
			1,51 (0,72-3,16)		1,59 (0,74-3,43)	
					1,41 (0,64-3,09)	
Sobrepès	1		1		1	
	1,01 (0,66-1,54)		1,49 (0,63-3,51)		1,49 (0,63-3,51)	
			1,38 (0,62-3,08)		1,33 (0,58-3,06)	
					1,44 (0,62-3,32)	

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

Taula 22(2). Associació del nivell d'estudis (classe social) amb les conductes de risc i els problemes de salut. Valoració del gradient. Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

Conductes i problemes	Nivell estudis	Nivell estudis	Nivell estudis
	I,II,III IV,V	I,II III IV,V	I,II III IV V
Obesitat	1	NS	1
	1,95 (0,95-4,00)		649,90(
			1178,95 (
			648,43 (
Sedentarisme	1	1	1
	1,80 (1,29-2,51)	0,91 (0,49-1,70)	0,92 (0,49-1,71)
		1,69 (0,95-3,01)	1,36 (0,74-2,48)
			2,20 (1,18-4,08)
HTA	1	NS	1
	0,79 (0,37-1,68)		475,97 (
			225,66 (
			371,62 (
Alteració anàlisi	1	1	1
	1,01 (0,93-1,11)	0,77 (0,40-1,46)	0,77 (0,40-1,46)
		0,94 (0,52-1,08)	0,90 (0,49-1,67)
			0,98 (0,53-1,82)
Qüestionari risc +	1	1	1
	1,60 (1,16-2,20)	1,32 (0,72-2,39)	1,37 (0,76-2,48)
		1,98 (1,14-3,43)	1,88 (1,06-3,31)
			2,35 (1,32-4,19)

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

En les taules 22 (1 i 2) s'observen les associacions de totes les variables de risc (15 en total) amb el nivell d'estudis, que s'ha agrupat en dos, tres i quatre segments.

Si s'agrupen les classes més altes (I, II i III, No Manuals) i les considerem com de referència i d'altra banda les (IV i V, Manuals) com a classe baixa, considerada de risc, i es calcula una OR ajustada per edat i sexe amb un IC del 95%, hi ha significació estadística en quatre variables de les quinze, que són tabac ORa 2,14 (1,55-2,96), conducció ORa 4,93 (2,22-10,9), sedentarisme ORa 1,80 (1,29-2,51) i qüestionari de risc ORa 1,60 (1,16-2,20).

També es pot estimar el gradient considerant el nivell d'estudis en tres o quatre segments, la tendència en l'evolució dels riscos conforme es baixa o puja de nivell educatiu, considerant el segment I-II com universitaris, III secundaris, IV primaris complerts i V com primaris incomplets.

En les figures 10 i 11 s'examina el gradient entre els nivells educatius en relació a les conductes de risc i problemes de salut quan es desagrupa el nivell d'estudis en quatre segments. Totes les conductes i problemes sempre augmenten conforme es baixa de nivell excepte en TCA on milloren.

Figura 10. Associació i tendència entre les conductes de risc i el nivell d'estudis en quatre segments: I-II, III, IV i V. Salt 1993-2005.

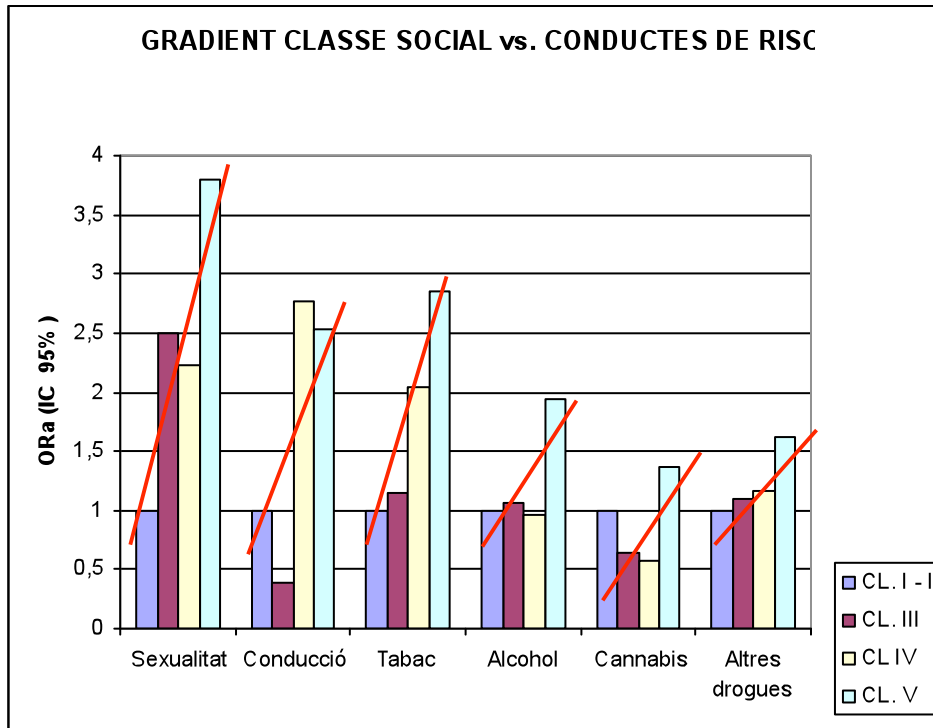
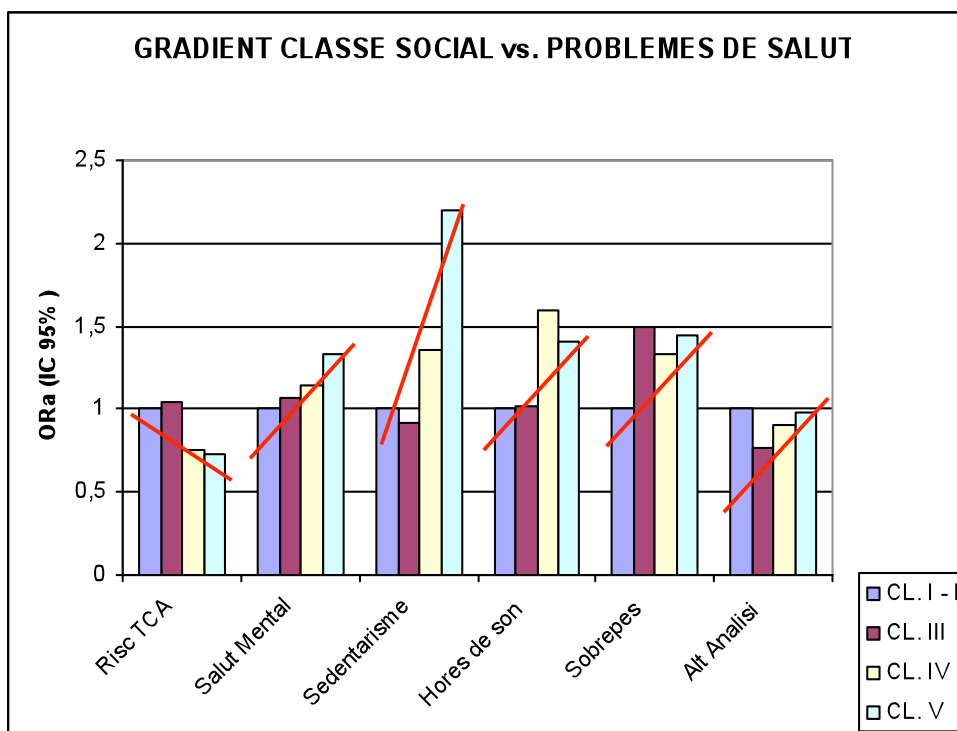


Figura 11. Associació i tendència entre els problemes de salut i el nivell d'estudis en quatre segments: I-II, III, IV i V. Salt 1993-2005.



En les figures 12 i 13 s'examinen l'associació del nivell educatiu amb les conductes i problemes de salut però aquesta vegada amb tres segments, I-II, III i IV-V, calculant la significació amb una ORa trobant-se els mateixos resultats que amb quatre segments.

Figura 12. Associació i tendència entre les conductes de risc i el nivell d'estudis (classe social) considerat en tres segments: I-II, III i IV-V. Salt 1993-2005.

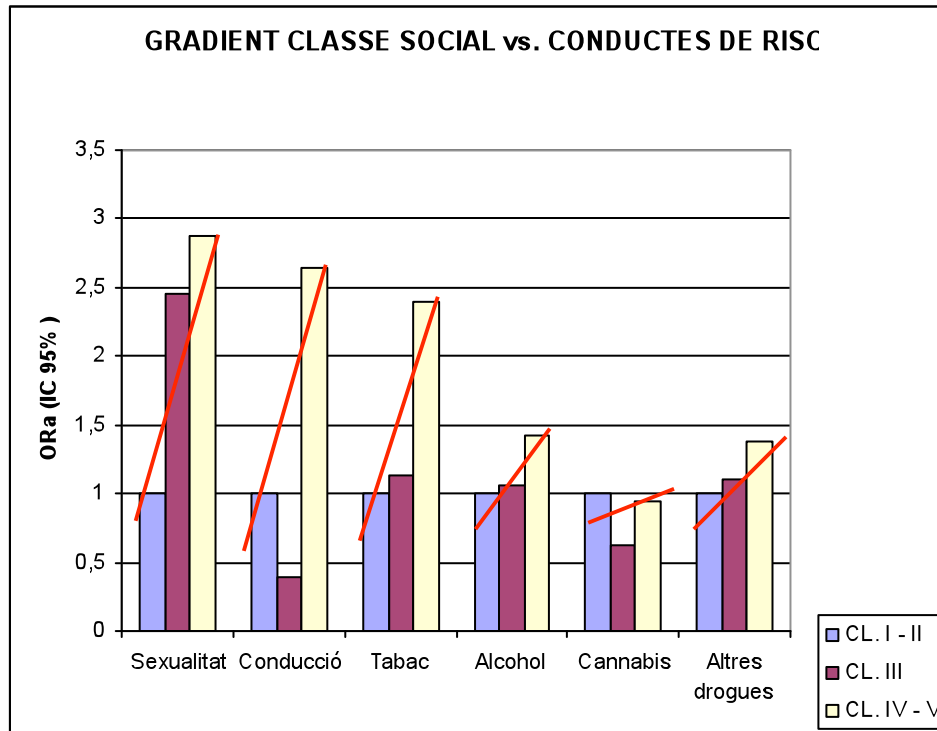
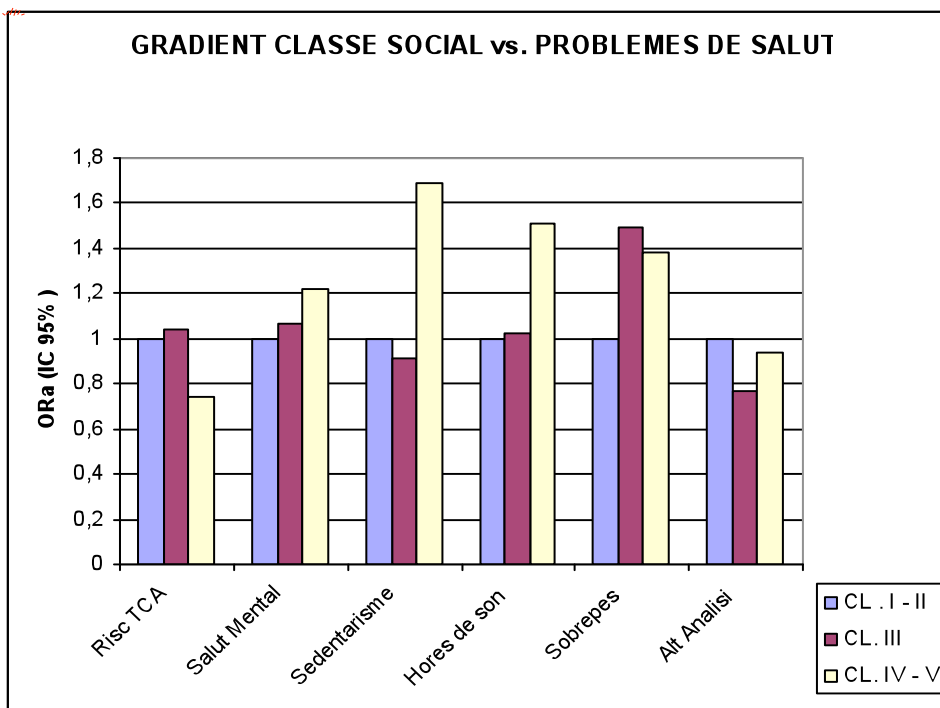


Figura 13. Associació i tendència entre els problemes de salut i el nivell d'estudis (classe social) considerat en tres nivells I-II, III i IV-V .Salt 1993-2005.



Taula 23. Associació del nivell d'estudis (classe social) amb les diferents variables clínicament significatives. Valoració del gradient.

Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

Conductes i problemes	Nivell estudis I,II,III IV,V	Nivell estudis I,II III IV,V	Nivell estudis I,II III IV V
Dieta per aprimar	1	1	1
	0,86 (0,58-1,27)	0,75 (0,37-1,51)	0,75 (0,37-1,50)
		0,70 (0,37-1,32)	0,81 (0,42-1,56)
			0,58 (0,29-1,16)
Dèficit fruita	1	1	1
	0,89 (0,65-1,23)	1,51 (0,81-2,83)	1,51 (0,81-2,82)
		1,23 (0,69-2,21)	1,37 (0,75-2,50)
			1,09 (0,59-2,02)
Cafeïna risc	1	1	1
	3,30 (2,12-5,14)	1,41 (0,54-3,71)	1,43 (0,54-3,75)
		4,33 (1,80-10,4)	3,48 (1,42-8,55)
			5,48 (2,23-13,4)
No raspallar-se dents diari	1	1	1
	2,16 (1,48-3,15)	2,71 (0,98-7,44)	2,71 (0,98-7,43)
		4,96 (1,89-13,0)	3,76 (1,40-10,,7)
			6,53 (2,44-17,4)
No dutxa diària	1	1	1
	0,81 (0,53-1,23)	1,22 (0,51-2,90)	1,22 (0,51-2,89)
		0,95 (0,42-2,12)	0,80 (0,35-1,85)
			1,14 (0,49-2,62)
Càries obturades	1	1	1
	0,60 (0,43-0,82)	0,73 (0,39-1,37)	0,73 (0,39-1,36)
		0,47 (0,26-0,84)	0,67 (0,37-1,23)
			0,31 (0,17-0,57)
Càries pendents	1	1	1
	1,71 (1,23-2,37)	1,00 (0,53-1,89)	1,01 (0,53-1,90)
		1,72 (0,96-3,06)	1,51 (0,83-2,76)
			1,99 (1,08-3,66)
Tornar a fer seguiment CAP	1	1	1
	2,02 (1,39-2,94)	2,30 (1,21-4,37)	2,32 (1,22-4,41)
		3,76 (2,07-6,81)	2,99 (1,60-5,56)
			5,14 (2,64-10,0)
Derivació altre professional	1	1	1
	1,13 (1,04-1,23)	0,64 (0,35-1,17)	0,64 (0,35-1,17)
		1,27 (0,73-2,22)	1,08 (0,60-1,92)
			1,55 (0,86-2,80)

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

En la taula 23 s'examina l'associació entre 9 variables clínicament significatives, amb rellevància epidemiològica, no incloses en l'estudi, i el nivell educatiu, estimant la significació estadística amb una OR ajustada per edat i sexe amb un IC del 95% i valorant el gradient dels riscos al pujar o baixar de nivell.

En totes les conductes conforme baixa el nivell augmenta el risc, excepte en la variable càries obturades. S'observa significació estadística en cinc de les nou. Les classes socials manuals (IV, V) relacionades amb *més risc* amb la variable consum de cafeïna de risc ORa 3,30 (2,12-5,14), no raspallar-se les dents ORa 2,16 (1,48-3,15), tenir càries pendents d'arreglar ORa 1,71 (1,23-2,37) tornar a fer seguiment a la consulta del CAP ORa 2,02 (1,39-2,94) i amb fer més derivacions a altres professionals ORa 1,13 (1,04-1,23). En canvi és protectora amb lògicament tenir càries obturades ORa 0,60 (0,43-0,82), i en totes elles es pot apreciar un gradient evident conforme varia el nivell educatiu amunt o avall.

El baix nivell educatiu associat no només a més riscos sinó també a més intervencions en salut (derivacions i seguiments).

5.6 Estudiar les relacions entre les diferents conductes i problemes

En la taula 24 s'observa l'associació entre les variables del qüestionari de risc (vuit en total, totes les conductes de risc amb salut mental i TCA) i les quatre variables sobre drogues (tabac, alcohol, cànnabis i altres drogues).

Taula 24. Associació entre les diferents conductes de risc (I). Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

Conductes risc	Tabac	Alcohol	Cànnabis	Altres drogues
Sexualitat	3,04 (1,98-4,69)	2,28 (1,24-4,20)	5,29 (2,81-9,98)	3,65 (2,01-6,63)
Conducció	3,67 (2,23-6,04)	1,61 (0,83-3,10)	1,30 (0,58-2,92)	1,83 (0,90-3,68)
Salut Mental	2,06 (1,50-2,84)	1,52 (0,88-2,63)	5,22 (2,92-9,33)	4,42 (2,56-7,62)
TCA	1,22 (0,75-1,99)	0,26 (0,03-1,95)	1,48 (0,49-4,44)	1,02 (0,30-3,48)
Tabac		5,81(3,21-10,5)	11,16(4,69-26,5)	12,69(5,39-29,9)
Alcohol	5,81(3,21-10,5)		5,95 (3,09-11,4)	5,04 (2,71-9,36)
Cànnabis	11,16(4,69-26,5)	5,95 (3,09-11,4)		74,59(34,4-161,5)
Altres drogues	12,69(5,39-29,9)	5,04 (2,71-9,36)	74,59(34,4-161,5)	

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de Confiança

El tabac relacionat significativament per ordre i força amb consum d'altres drogues ORa 12,6, seguit de cànnabis ORa 11,1 i alcohol ORa 5,81, conducció ORa 3,67, sexualitat ORa 3,04 i per últim salut mental amb una ORa 2,06, és a dir, pràcticament amb tots els problemes i riscos.

L'alcohol associat amb cànnabis ORa 5,95, tabac, altres drogues ORa 5,04 i sexualitat ORa 2,28.

El consum de cànnabis associat a altres drogues ORa 74,5, tabac, alcohol, sexualitat ORa 5,29 i salut mental ORa 5,22.

Per últim, el consum d'altres drogues amb cànnabis, tabac, alcohol, salut mental ORa 4,42 i sexualitat ORa 3,65.

En l'anàlisi multivariant fet per cada una de les variables amb totes les significatives estadísticament de l'anàlisi bivariant, en relació al tabac i el cànnabis no s'han modificat les significacions. L'alcohol perd la significació per a sexualitat i altres drogues. I altres drogues la perd només per a sexualitat.

El tabac relacionat amb 6 de 7, el cànnabis amb 5 de 7, altres drogues 4 de 7 i l'alcohol amb 2 de 7. En la taula 25 s'examina l'associació entre les variables del qüestionari de risc amb la sexualitat, la conducció, els TCA i la salut mental.

**Taula 25. Associació entre les diferents conductes de risc (II).
Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).**

Conductes risc	Sexualitat	TCA	Salut Mental	Conducció
Sexualitat		1,16 (0,52-2,58)	2,30 (1,49-3,55)	1,86 (1,01-3,42)
Conducció	1,86 (1,01-3,42)	0,60 (0,24-1,98)	1,51 (0,91-2,52)	
Salut Mental	2,30 (1,49-3,55)	1,89 (1,14-3,14)		1,51 (0,91-2,52)
TCA	1,16 (0,52-2,58)		1,89 (1,14-3,14)	0,60 (0,24-1,98)
Tabac	3,04 (1,98-4,69)	1,22 (0,75-1,99)	2,06 (1,50-2,84)	3,67 (2,23-6,04)
Alcohol	2,28 (1,24-4,20)	0,26 (0,03-1,95)	1,52 (0,88-2,63)	1,61 (0,83-3,10)
Cànnabis	5,29 (2,81-9,98)	1,48 (0,49-4,44)	5,22 (2,92-9,33)	1,30 (0,58-2,92)
Altres drogues	3,65 (2,01-6,63)	1,02 (0,30-3,48)	4,42 (2,56-7,62)	1,83 (0,90-3,68)

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

La sexualitat està relacionada per ordre i força d'associació amb cànnabis ORa 5,29, altres drogues ORa 3,65, tabac ORa 3,04, alcohol ORa 2,28, salut mental 2,30 i conducció amb ORa 1,86.

Els TCA relacionat només amb salut mental ORa 1,89.

Salut Mental amb cànnabis ORa 5,22, altres drogues ORa 4,42, sexualitat, tabac ORa 2,06 i TCA.

Conducció només amb tabac i sexualitat.

En l'anàlisi multivariant, fet amb les variables significatives en el bivariant, en sexualitat es perd la significació en conducció, alcohol i altres drogues. En TCA i salut mental no es modifica.

I en conducció es perd per a sexualitat.

Salut mental relacionada amb 5 de 7, sexualitat amb 3 de 7, TCA amb 1 de 7 i conducció 1 de 7.

5.7 Analitzar les conductes i problemes de salut més prevalents o amb més rellevància clínica.

5.7.1 Tabaquisme

5.7.2 Sobrepès i obesitat

5.7.3 Consulta psicològica

S'ha triat el tabac perquè en Salut Pública és la primera causa de mortalitat evitable a partir de les diverses patologies que provoca, doncs està relacionat amb la majoria de càncers i patologies cardiovasculars i respiratòries. L'addicció a la nicotina es produeix al començament de l'adolescència i és evident que si s'aconseguís tallar la font de nous addictes entre els joves, s'acabaria tant el negoci de la indústria tabaquera com la immensa despesa sanitària que provoca.

El segon problema triat, el sobrepès i l'obesitat, ho han estat per les altes prevalences trobades. Són una altra epidèmia, on Espanya ocupa un lloc capdavanter al món. Les claus per aturar-la estan en les edats pediàtriques i adolescents, adoptant hàbits positius, com els dietètics o la pràctica d'exercici físic. També està relacionada amb l'HTA o la diabetis com a preludi de malaltia cardiovascular. A l'altra cara de la mateixa moneda, es troba el sedentarisme, com a causa i manteniment del sobrepès i que presenta una prevalença escandalosa.

El tercer problema de salut triat és un subapartat inclòs a la variable salut mental definit com "haver anat a la consulta del psicòleg en algun moment de la seva vida" fent un estudi més acurat del mateix. S'han separat "el total de les consultes" d'aquelles generades "des dels centres educatius". És evident que els joves d'avui han d'enfrontar-se a multitud de dificultats i contradiccions, envoltats, d'una banda, de grans possibilitats de formació i informació, de lleure a dojo, però d'altra, de precarietat econòmica i impossibilitat d'independitzar-se, és a dir, sense poder organitzar la seva vida amb recursos i llibertat, la qual cosa dóna lloc a estrès, ansietat, depressió, patiment i frustració.

5.7.1 Tabaquisme

En la taula 26 s'analitza la descripció de les estadístiques generals del consum de tabac amb algunes variables no incloses en l'estudi però que aporten informació epidemiològica important.

Taula 26. Estadístiques sobre el consum de tabac. Salt 1993-2005.

n 967			Consum diari			
	n	%	n	%		
Dades consum	No consum	524	54,2	> 1 Paq	28	7,8
	No consum dona		53,1	“ Dona		43,3
	Consum diari	358	36,9	1 Paq	127	35,5
	Consum diari dona		44,9	“ Dona		28,5
	Consum esporàdic	53	5,5	Mig paq	145	40,5
	Exfumadors	32	3,3	< Mig paq	58	16,2
	Sí consum autòctons		49,7			
	Sí consum immigrants		17,0			
Edat inici	<= 14 anys		33,4			
	<= 16 anys		39,4			
	<= 18 anys		18,3			
	>= 19 anys		8,6			
Tabaquisme pare		601	62,1			
Tabaquisme mare		251	25,9			

A destacar que el 91,4% ja són fumadors abans dels 19 anys, que gairebé el consum esporàdic i exfumador són insignificants, que les dones fan més consum diari i que els immigrants sumen 30 punts menys que els autòctons, que el 62,1 % dels pares fuma i el 25,9 de les mares també.

En la taula 27 s'analitza l'associació entre el consum de tabac amb les variables de l'estudi i a més amb altres, rellevants des del punt de vista epidemiològic.

Taula 27. Associació del tabaquisme amb diferents variables clínicament relacionades. Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

Variables relacionades	ORa (IC del 95%)	Variables relacionades	ORa (IC del 95%)
		Cafeïna risc	
Edat		No	1
Continua	1,15 (1,10-1,19)	Si	2,08 (1,71-2,54)
		Alcohol risc	
Sexe		No	1
Home	1	Si	5,81 (3,21-10,5)
Dona	0,79 (0,61-1,04)		
		Altres drogues	
Nacionalitat		No	1
Autòcton	1	Si	12,69(5,39-29,9)
Immigrant	0,16 (0,09-0,28)		
		Cànnabis risc	
Família		No	1
No Monoparent	1	Si	11,16(4,69-26,5)
Monoparental	1,37 (0,98-1,90)		
		Sobrepès	
Religió		No	1
Creient	1	Si	0,83 (0,57-1,21)
No Creient	2,05 (1,42-2,95)		
		Obesitat	
Nivell estudis		No	1
Alt	1	Si	0,97 (0,56-1,66)
Baix	2,18 (1,58-3,00)		
		Edat inici >=16	
Consum pare		No	1
No	1	Si	1,63 (0,77-3,41)
Si	1,62 (1,19-2,20)		
		Malaltia al·lèrgica	
Consum mare		Asma	
No	1	No	1
Si	1,54 (1,11-2,12)	Si	0,92 (0,61-1,59)
		Sedentarisme	
No	1		
Si	2,18 (1,64-2,91)		

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

Segons s'observa en la taula 27, el tabaquisme està associat amb significació estadística com a risc per ordre i força d'associació amb altres drogues ORa 12,69(5,39-29,9), cànnabis ORa 11,16 (4,69-26,5), alcohol ORa 5,81 (3,21-10,5), baix nivell d'estudis ORa 2,18 (1,58-3,00), sedentarisme ORa 2,18 (1,64-2,91), cafeïna de risc ORa 2,08 (1,71-2,54), no tenir creences ORa 2,05 (1,42-2,95), consum del pare ORa 1,62 (1,19-2,20), consum de la mare ORa 1,54 (1,11-2,12) i tenir més edat ORa 1,15 (1,10-1,19) i és protector amb ésser immigrant ORa 0,16 (0,09-0,28).

5.7.2 Sobrepès i obesitat

En la taula 28 i 29 es fa tant una descripció de les prevalences de sobrepès i obesitat com del sedentarisme.

Taula 28. Prevalences envers sobrepès i obesitat. Salt 1993-2005.

n 967	n	%	%
Dones 49,6 %			
Classe baixa 67,8 %			
Immigrant 12,08 %			
Sobrepès	148	16,1	dones 44,59 classe baixa 68,29 immigrant 13,27 autòcton 16,52
Obesitat	62	6,8	dones 50 classe baixa 79,59 immigrant 4,42 autòcton 7,08
Ha fet dieta per aprimar	186	19,3	dones 68,81 classe baixa 63,19 immigrant 5,37 edats 15-16 21,17 17-19 18,93 20-24 18,07
Dèficit fruita diari	441	45,69	dones 46,03 classe baixa 67,48 immigrant 4,30 edats 15-16 52,44 17-19 49,58 20-24 38,31

Taula 29. Prevalença sedentarisme. Salt 1993-2005.

No fer Exercici físic fora del col·legi Mínim 1 hora 2 dies a la setmana	No en fan	Dones no 73,90%
	569 58,9%	Clas baixa no 71,44%
		Immigrant no 80,34%
		Autòctons no 56,01%

A la taula 28 s'observa una prevalença de sobrepès de 16,1% i obesitat de 6,8%, més amb nivell baix d'estudis i autòctons. Han fet dieta per aprimar-se el 19,3% (més dones, més en 15-16 anys i autòctons) i el 45,6% no mengen fruita diàriament (més en 15-16 anys i autòctons).

El sedentarisme del 58,9%, molt més en immigrants i dones (taula 29).

Taula 30 (1). Associació sobrepès i obesitat amb diferents variables relacionades. Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

	Sobrepès	Obesitat
Edat		
Continua	1,07 (1,01-1,13)	1,01 (0,93-1,10)
Sexe		
Home	1	1
Dona	0,77 (0,54-1,11)	1,00 (0,60-1,68)
Nacionalitat		
Autòcton	1	1
Immigrant	0,70 (0,39-1,25)	0,59 (0,23-1,51)
Família		
Nuclear	1	1
No Nuclear	0,85 (0,54-1,36)	0,69 (0,33-1,43)
Religió		
Creient	1	1
No Creient	1,12 (0,71-1,77)	1,40 (0,57-3,45)
Classe social		
No manual	1	1
Manual	1,05 (0,69-1,61)	1,96 (0,96-4,02)
Dieta		
No ha fet	1	1
Ha fet dieta	3,87 (2,58-5,81)	14,8(8,11-27,0)
Fruita		
No Dèficit	1	1
Dèficit	0,90 (0,63-1,30)	1,18 (0,69-1,99)
Salut Mental		
No problemes	1	1
Problemes	1,38(0,92-2,07)	1,35 (0,75-2,43)

ORa ajustada per edat i sexe.
IC Interval de confiança

Taula 30 (2). Associació sobrepès i obesitat amb diferents variables relacionades. Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

	Sobrepès	Obesitat
Sedentarisme		
No present	1	1
Present	0,89 (0,62-1,29)	0,90 (0,53-1,53)
Begudes coles		
No abús	1	1
Abús	0,88 (0,57-1,36)	1,95 (1,13-3,38)
Dislipèmia		
No	1	1
Si	1,66 (0,88-3,13)	3,87 (1,91-8,17)

ORa ajustada per edat i sexe.
IC Interval de confiança

A la taula 30 (1 i 2) s'observa que el sobrepès està associat significativament amb haver fet dieta per aprimar-se ORa 3,87 (2,58-5,81) i amb més edat ORa 1,07 (1,01-1,13) i l'obesitat amb haver fet dieta per aprimar-se ORa 14,8 (8,11-27,0), les dislipèmia ORa 3,87 (1,91-8,17) i beure en excés begudes de cola ORa 1,95 (1,13-3,38).

5.7.3 Consulta psicològica

En la taula 31 s'observen les prevalències dels problemes de salut mental, on es veu que en la majoria de variables són inferiors al 10% excepte en "haver estat en tractament psicològic" amb el 19,3%, tot i que si se separen les visites al psicòleg del col·legi (el 8,5%), també queda un 10,8%.

En relació als intents de suïcidi hi ha molta més prevalença en dones així com en abusos sexuals i tractament psiquiàtric.

Consulta psicològica més en homes i en edats de 15-16 anys.

Taula 31. Prevalències de problemes de salut mental. Salt 1993-2005.

n=967	%	n	Home	Dona	15-16	>17
Tractament Psicòleg						
No	80,7	780	389	391		
Si	10,8	105	51	31(37,80%)	38	44
Col·legi només	8,5	82	48	57	42	63
Tractament psiquiatre	4,4%	43	17	26 (60,46%)	8	35
Ideació suïcidi	9,5%	92	34	58 (55,23%)	19	73
Intents suïcidi	3,0%	29	7	22 (75,86%)	5	24
Influència sectes	3,4%	33	15	18	7	26
Maltractaments	7,9%	76	35	41 (53,94%)	18	58
Abusos	2,2%	21	2	19 (90,47%)	5	16

Taula 32. Associació Tractament Psicològic amb diferents variables relacionades. Salt 1993-2005. ORa (IC del 95%).

Variables relacionades	Tractament Psicològic per estudis i altres motius (n=187) 19,3%	Tractament Psicològic només per estudis (n= 105) 10,8%
	ORa (IC del 95%)	ORa (IC del 95%)
Edat	0,70 (0,58-0,84)	0,83 (0,65-1,05)
Sexe	0,90 (0,65-1,24)	1,28 (0,85-1,93)
Nacionalitat	0,71 (0,51-0,99)	0,75 (0,49-1,13)
Família	2,00 (1,46-2,74)	2,08 (1,43-3,02)
Religió	0,49 (0,34-0,71)	0,57 (0,36-0,90)
Classe social	0,95 (0,78-1,17)	0,96 (0,74-1,23)
Tabac	1,85 (1,32-2,59)	1,45 (0,95-2,21)
Alcohol	1,00 (0,54-1,88)	0,91 (0,39-2,10)
Cànnabis	2,77 (1,52-5,06)	3,82 (1,95-7,47)
Altres drogues	2,50 (1,39-4,46)	2,77 (1,40-5,46)
TCA	2,06 (1,24-3,41)	2,41 (1,33-4,33)
Obesitat	1,75 (0,97-3,15)	1,75 (0,85-3,58)
Sexualitat	1,71 (1,05-2,78)	2,40 (1,39-4,16)
Hores son	1,74 (1,11-2,72)	1,28 (0,72-2,28)
Idees suïcidi	5,47 (3,43-8,74)	4,36 (2,53-7,20)
Maltractes	2,97 (1,79-4,94)	5,31 (3,10-9,10)
Abusos	4,48 (1,83-10,9)	4,16 (1,61-10,7)

ORa ajustada per edat i sexe. IC Interval de confiança

A la taula 32 s'observen amb quines variables està relacionat i quines tenen significació estadística. S'han separat el "total de visites al psicòleg" i el que són visites al psicòleg generades "des del centre educatiu" per problemes relacionats amb estudis, mal rendiment escolar, mala conducta o relació amb els companys que normalment són problemes lleus i molt limitats en el

temps (una o dues visites) i que representen més del 60% del total de visites i que podria donar a entendre una sobreestimació d'aquesta variable. Consultes clau, que poden evitar un empitjorament dels problemes o evitar més consultes posteriors al psicòleg o al psiquiatre (les visites al psicòleg han estat del 19,3% i les del psiquiatre del 4,4%).

Les consultes al psicòleg per motius d'estudis estan associades significativament a més risc amb: *família monoparental, cànnabis, altres drogues, TCA, sexualitat* amb ORa superiors a 2,0 en totes elles, i en *maltractes, abusos sexuals i ideació suïcidi* amb ORa superiors a 4,0. En canvi és protector el no tenir creences.

Referent a les visites, pel total, si incloem (col·legi + altres), torna a ser significativa la relació amb ORa superiors a 1 en *sexualitat, hores de son i tabac*, amb ORa superiors a 2 amb *família monoparental, cànnabis, altres drogues, TCA i maltractes* i amb ORa superior a 4 només amb *ideació suïcidi i abusos*. Dóna protecció ésser immigrant, les no creences i tenir més edat.

DISCUSSIÓ

S'ha estructurat aquest apartat, com el de resultats, en funció dels diferents objectius secundaris per a facilitar la comprensió dels múltiples aspectes a tractar. També s'ha inclòs a l'inici un punt per a valorar les limitacions i fortaleces de l'estudi i al final un altre amb un comentari general i unes reflexions.

6.0 Fortaleces i limitacions de l'estudi

- El fet de treballar amb un contingent on estan adscrit tots els adolescents assegura que a molt curt termini vinguin al voltant de tota la població d'estudi espontàniament i per tant que s'estigui treballant amb quasi tota la mostra, que significa el contingent estudiat i que representa una part equivalent de la població total d'adolescents que pertanyen al CAP de Salt.
- Un punt fort de l'estudi, en quant a validesa interna, és que tot ell ha estat realitzat per la mateixa persona, el seu metge de capçalera, amb el que existeix una relació de confiança i confidencialitat, assegurant una plausible verosimilitut en les contestes, que per altra banda poden ser aclarides o verificades en posteriors visites.
- La possibilitat de fer un examen de salut és un altre punt fort. El poder fer una exploració i una anamnesi tant des del punt de vista físic com psicològic, són avantatges que només es disposa des de l'AP. La mesura de la TA o fer una analítica permet incidir quan abans millor en la prevenció dels FRCV (TA, IMC, determinació de colesterol o glicèmia, anamnesi del consum de tabac i alcohol) en aquestes edats, quan encara no estan definits uns estils de vida i es poden adoptar d'altres més saludables (Seculi, 2003).
- El present treball iniciat al 1993, fa 12 anys, mai es va dissenyar com un estudi epidemiològic "teòric" sinó com un Programa de Salut "pràctic", aplicat en la "consulta real" de cada dia i sorgit de la necessitat d'intervenir en aquest segment d'edat, ajustat formalment en part a les condicions "reals" en que es treballa en un Centre de Salut amb un alt grau de complexitat (taxa d'immigració 40,3% actual o NSE baix del 95%). Algunes mancances metodològiques venen derivades de ser un estudi nascut i fet paral·lelament a la pràctica clínica "diària", és a dir, consultes al límit de temps disponible per a visitar i per tant de col·lapse (actualment al 2008 Salt pertany al 31% de consultes de Medicina General que tenen més de 1500 pacients assignats per contingent en la província de Girona), consultes a primera línia del sistema, la porta d'entrada. Amb aquestes premisses s'han tingut de readaptar sempre les condicions de la intervenció (recollida de dades, temps per a l'enquesta, programacions posteriors forçades fora de la cita prèvia etc.) a les característiques assistencials diàries i als problemes quotidians.

- Al no voler limitar el treball a dos o tres variables dependents (els clàssics drogues, sexualitat i accidents de trànsit), en sí ja prou complexes per a fer l'estudi, i decidir estudiar catorze variables, ha suposat afrontar una anàlisi estadística i indagar en unes fonts bibliogràfiques molt més complicades i feixugues, a vegades amb "literatura grisa" com declaracions a diaris, o amb aspectes no relacionats directament amb la clínica, com la religió, el lleure o la demografia, però que per altra banda, ajuden a explicar els riscos, donant una riquesa de matisos o obrint noves línies d'investigació futures.
- Alguns ítems són poc prevalents, com en la majoria d'enquestes afortunadament, fent que de vegades no es tingui suficient potència estadística per a arribar a dades significatives, però malgrat això, les tendències i els gradients ens apunten unes línies inequívokes en un o altre sentit. Caldrà per tant esperar altres estudis per a confirmar alguns dels resultats.
- La mostra no podia ser aleatòria, tothom havia de tenir la possibilitat d'entrar a l'estudi i beneficiar-se de la intervenció. Es tracta d'una mostra consecutiva, on pràcticament tothom que ha vingut a la consulta ha entrat posteriorment a l'estudi. Èticament no es podia excloure a cap adolescent d'una intervenció preventiva sobre aspectes que afecten a la seva salut present o futura.
- Hi ha ítems que probablement estan infradiagnosticats, al no estar inclosos a l'any 1993, en la rutina de les consultes d'adults, la utilització de taules, adaptades o validades al nostre país, sobre HTA, hipercolesterolèmia o sobrepès en aquestes edats, i que habitualment utilitza *percentils* en lloc de xifres absolutes. Tant en l'infantesa com en l'adolescència els límits de normalitat són més flexibles i no hi ha un salt entre les xifres normals i anormals, acceptant-se criteris més laxos *en funció de l'edat* (pre-HTA o HTA-límit, sobrepès entre els percentils 90-95), que indubtablement farien augmentar els casos considerats "fora de la normalitat".
- Una limitació és la manca de consens tant en la definició del què es considera risc com en els segments d'edat que s'utilitzen i que a l'hora de comparar les dades ho dificulta. La majoria d'enquestes passen de l'edat pediàtrica directament a l'adulta (ESCA, Pla Salut, SIDB o Enquestes Municipals) ignorant les edats adolescents (10-19, 11-21 o 15-24 anys), essent una limitació severa quan es volen comparar dades, així p.e. a l'ESCA 1994 i 2006 en relació al consum d'alcohol i gairebé totes les conductes, es consideren els intervals d'edat de 15-44 anys, en mesura de TA de 15-29 anys i en quant al consum de tabac, la mateixa ESCA considera de 15-24 anys, en canvi en el Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona (SIDB) els intervals són de 20-29 anys, de 30-39 anys, és a dir, també de 10 en 10 però en intervals diferents.

6.1 Descriure les prevalences de totes les variables i les associacions entre les variables sociodemogràfiques amb les conductes de risc i problemes de salut.

6.1.1 Variables sociodemogràfiques

El *nivell educatiu* de Salt és molt baix, així en les edats de 15-25 anys (Padró Municipal Salt, 1991 i 2002) tenien estudis primaris el 85%, secundaris el 14% i universitaris el 0,40%. En el present estudi (només es tenen dades del 77,03% de la mostra, doncs molts joves encara estan estudiant) es troba que un 68% tenen estudis primaris, un 23% titulació secundària i un 8,3% universitària, mentre que al conjunt de Catalunya (Enquesta a la Joventut de Catalunya, 1998) és del 48% amb estudis primaris, del 32% amb estudis secundaris i el 19,8% amb estudis universitaris (s'ha de tenir en compte que les edats arriben fins els 29 anys i que tampoc se sap si FP Grau Superior està inclòs a estudis primaris). Segons l'ESCA per les edats de 15-44 anys són universitaris el 16,7%, tenen batxillerat el 14,1%, FP grau mig el 7,3% i grau superior el 7,9%, primària incompleta o analfabets 13,4%, primària complerta el 21,4% i primera etapa de secundària el 19,1% (ESCA, 2006).

La progressió a Catalunya en els últims 15 anys entre els que tenen *estudis superiors als obligatoris* ha estat des del 29% a l'any 1991, al 41% al 1998 i al 52,1% a l'any 2005 (períodes de temps semblants al del present estudi, on s'observa que és del 32,2%), encara lluny no només d'Europa sinó d'altres Comunitats com Madrid o el País Basc que superen el 62% (Instituto para la Evaluación, 2006).

A Espanya només el 49% d'alumnes acaben l'ESO davant del 68% del conjunt de països de l'OCDE (Baròmetre de la Educación, 2007). La graduació de batxillerat o FP grau mig en les edats 25-34 anys és del 64% i si es compte la població escolar és del 72% (el 65% dels homes i el 80% de les dones) lluny de l'OCDE amb el 82% de mitjana o l'UE-19 amb el 87% (La Situación de la Educación en el Mundo. OCDE, 2007). El número d'universitaris va baixar en set anys un 10%, de 1,58 milions d'estudiants a 1,42 milions des del curs 1999-2000 al 2006-07, amb les dones sempre al davant en quan a estudis i titulació superior (La Universidad en Cifras, 2007).

La taxa d'escolarització a Catalunya dels 16-25 anys ha baixat un 1,7% entre l'any 1995 i el 2006, quan comença i acaba aquest estudi, del 46,8% al 45,1% (s'ha passat de ser la dotzena Comunitat Autònoma a la penúltima), dels 19 als 21 anys és del 45,3% i dels 22-25 anys del 24,9% (Informe sobre el Consum i l'Economia Familiar, 2006).

Es troba al present estudi que un 20% de famílies són no-nuclears i gairebé totes *monoparentals* (on el 81% són dones soles), dades semblants a les trobades a l'estudi CIIMU on el 82% de nens viuen en famílies nuclears i on els que viuen en famílies monoparentals han augmentat des del 5,6% a l'any 1991 al 12,9% al 2006 (Valcarce, 2006). Les famílies monoparentals, que a l'any 2001 en Espanya eren del 18,31%, tenen més risc de caure en la pobresa (Flaquer, 2006).

La taxa en el present estudi d'un 12% de joves *immigrants* de 15-24 anys seria semblant a les dades de Catalunya en que la taxa d'immigració de 16-25 anys ha passat des de l'any 1994 al 2006 del 2,1% al 14,7% actual (Informe sobre el Consum i l'Economia Familiar, 2006).

A Salt a l'any 2007, hi havia un 37,90 % de taxa immigratòria, de les més altes de Catalunya, on el 75% eren africans, el 15% sud-centreamericans i el 95% tenien un NSE molt baix. Entre els joves de 15-25 anys la taxa era del 44,77 % i dels 0-15 del 48,44% (Padró Municipal de Salt, Maig 07).

Ésser immigrant no és un factor determinant de la QVRS dels adolescents quan es va comparant amb un grup d'autòctons i controlant per NSE, i té més relació amb factors socioeconòmics, psicològics i les relacions socials (Rajmil&Pantzer, 2005). Són importants tant la prevenció com les repercussions en la salut de les adolescents a les que s'ha practicat una MGF. És un avenç en aquest sentit l'existència des de l'any 2007, en l'ABS de Salt i en horari laboral, d'una Consulta Preventiva específica sobre MGF (Rebollo, 2007), organitzada per infermeria, per a intervenir amb les famílies de les 360 nenes en risc, dels països i ètnies que la practiquen (Padró Municipal de Salt, 2007), reforçant la intervenció dels pediatres i aplicant el Protocol vigent sobre MGF (Protocol d'Actuacions per a Prevenir la MGF, 2007).

Hi ha entre els adolescents autòctons, on la majoria es declaren catòlics, una gran disparitat entre tenir *creences religioses* i practicar-les (annex 5 taula I) cosa que no passa amb els adolescents de la primera generació d'immigrants africans, la majoria musulmans, on la pràctica va gairebé associada a la mateixa. En el present estudi, el 54% de joves afirma que té creences religioses, en canvi quan es pregunta si les porta a la pràctica més del 90% diu que no. De 519 enquestats, 280 es declaren creients (d'ells 184 catòlics) i només 103 es declaren practicants, 78 dels quals són immigrants (la majoria musulmans) i per tant serien només 25 (una mica superior al 10% dels 280 autòctons creients), els autòctons practicants, és a dir, una ínfima minoria, cosa que podria explicar, que les creences religioses no siguin protectores en relació a la sexualitat.

Als 16 anys un 54% dels joves es declaren catòlics (el 61% noies), el 23% es declaren ateus, el 14% agnòstics i la resta el 9% d'altres religions. Només el 15% dels nois i el 19% de les noies es considera religiós o molt religiós (Suris&Parera, 2000). Quan es pregunta als ciutadans si la religió és important en la seva vida, Espanya amb el 34% ocupa el cinquè lloc pel darrera, davant de Dinamarca i Suècia amb el 30%, Estònia amb el 29% i Txèkia amb el 28% (Eurobaròmetro, 2007).

6.1.2 Conductes de risc i problemes de salut

6.1.2.1 Sexualitat

S'ha trobat una prevalença de *pràctiques sexuals de risc* (variable que agrupa a MTS, IVE, preservatiu i prostitució) d'un 11,49%. S'ha considerat "no utilitzar preservatiu sempre" només en el cas de no tenir una *parella estable*, concepte difícil de definir entre adolescents, quan el que es practica molts cops és la "monogàmia seriada", és a dir, diverses parelles estables de curt termini consecutives en el temps, són 39 els joves que afirmen no utilitzar sempre el preservatiu, on el 65% són homes. Les dones que han patit la pràctica d'una IVE són 28, i els joves que han tingut una MTS són 26 (el 65% són dones al ser la major part candidiasi vaginals) i en relació a la prostitució són 23 els homes joves que n'han fet ús, 21 dels quals són immigrants. Explicaria en conjunt que en sexualitat de risc les dones tinguin un percentatge superior als homes. Si es considera que només el 50% ha tingut relacions sexuals (annex 5) i que actualment en tenen només un 34% de la mostra, aquesta escassa activitat sexual explicaria la poca prevalença de MTS així com també que només el 4% no faci servir sempre el preservatiu. Si es considerés per a l'anàlisi només el 50% que ha tingut relacions sexuals, aquest percentatge en no fer servir preservatiu es duplicaria al 8%..

El 24% de les noies i el 21% dels nois han tingut relacions coitals, la primera relació va ser en els nois als 15,8 anys i en noies als 15,5 anys i va augmentant amb l'edat. El 80% de noies i 90% dels nois fan servir el preservatiu com a mètode habitual, però el 48% de noies i el 43% de nois manifesten que alguna vegada no han fet servir cap mètode anticonceptiu. Altres estudis demostren que només el 29,4% va utilitzar el preservatiu en la primera relació (Bimbela,1996). El 3% noies han estat embarassades i el 4% dels nois han deixat a la parella embarassada, en el 92% entre les noies i el 67% dels nois van acabar en una IVE provocada (Suris & Parera, 1999,2001).

Examinant les dades del Programa "Salut i Escola" als 14 i als 15 anys el 14% i el 26% d'adolescents ha tingut relacions sexuals i un 27% i el 14% respectivament ho van fet *sense preservatiu*, malgrat que el 81% d'ells diu que li seria fàcil d'aconseguir-los (Adriaanse, 2006).

Entre l'any 1995 i el 2000 es van diagnosticar a Europa occidental un 20% més de nous casos d'HIV per contagi sexual, i també es va trobar més prevalença de gonorrea i sífilis (Nicoll, 2002). Les MTS fins a l'any 2002 es van mantenir estabilitzades detectant-se però a l'any 2005 un augment en els casos de gonorrea i de sífilis. El 40,7% de dones que van patir una IVE al 2003 eren menors de 25 anys (taxa 8,8 per 1000 dones), la taxa d'IVE en 10 anys va passar de l'any 1995 al 2005 del 5,53% al 9,69% (al present estudi del 5,7%). El 23,8% dels nois i el 18,9% de les noies

van iniciat les seves relacions sexuals *abans dels 16 anys* (Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, 2003).

La infecció per a Clamydia va ésser la primera MTS detectada a Europa amb un 5-7% de prevalença. Les taxes d'IVE en dones de 15-24 anys eren entre 5-22x1000 i dels 20-24 anys entre 8-28x1000 (Report on the State of Young in de Europea Union, 2000).

Ana Garcia, Coordinadora del Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid, afirma que l'edat mitjana d'inici en relacions sexuals és als 16 anys i que se segueixen mantenint falses creences, com que la píndola engreixa, que els preservatius treuen sensibilitat, que només si hi ha ejaculació pot haver embaràs o la falsa creença que des de l'any 1996 la SIDA ha passat de ser una malaltia quasi mortal, a ser una malaltia crònica. Si al 2004 van avortar el 48% de les noies de 15-19 anys que van quedar embarassades, al 2005 era el 49%. No és correcta la denominació de "píndola de l'endemà", més adient seria dir "píndola d'emergència", perquè es pot prendre fins a tres dies després. També caldria definir el concepte de "parella estable" en adolescents i duplicar la xarxa de Centre Joves per arribar a l'adient 1x100.000 joves de 10-24 anys (Garcia Mañas, 2007).

Es recomana aprofitar tots els contactes amb el sistema sanitari per a fer detecció d'infecció per Clamydia, doncs és molt elevada amb el 13,8% en menors de 16 anys, mentre que en 10-19 anys i 20-29 és del 10,5% i 7,2% respectivament (Moens, 2003). Igualment la demanda de píndola d'emergència s'hauria d'aprofitar per a derivar a un Centre de Planificació per a informar sobre la utilització d'altres mètodes. El retard en venir a buscar-la va ser de 29,5 hores i un 14% eren reincidents (Vicente, 2007).

A una enquesta de la clínica Dator en dones menors de 21 anys que van practicar una IVE, el 14% del total no sap què era la píndola postcoital (un 63% de les estrangeres), el 6% no sabia com prevenir la SIDA, el 21% no feia servir cap mètode anticonceptiu en les relacions sexuals i el 17% no van fer servir preservatiu en la primera relació (Clínica Dator, 2007).

Encara hi ha massa mites, com que en la primera relació no ets quedés embarassada, o que la marxa enrere funciona, pràctica que utilitzen un 15,4% de joves de 15 anys (HBSC, 2004). Mamen Castillo directora del Centro Juvenil de Orientación para la Salud de Sevilla afirma que en tres hores de tallers no es pot canviar el concepte de sexualitat dels joves i com altres experts defensa que l'educació sexual deixi de ser un aspecte voluntari, tangencial i sigui inclosa en els currículums escolars. També que per evitar embarassos adolescents cal que la píndola d'emergència sigui gratuïta a tot arreu assegurant l'equitat i universalitat, recordant que està considerada com a *medicament essencial* per l'OMS i que de l'any 1990 al 2005 s'han multiplicar per 3,6 les IVEs en menors de 18 anys (Castillo, 2007). A les comarques gironines la taxa d'embarassos en noies de 14-17 anys *s'ha triplicat* des del 4,81x1000 a l'any 1993 fins al 14,68 al 2006 (Conselleria de

Salut, 2008). De l'any 1989 fins al 2003 la taxa d'embarassos de 14-17 anys va pujar de 3,9x1000 a 9,8 i les IVEs de 0,8 a 6,1x1000. A l'any 2003 el 56,4% d'embarassos de 15-19 anys i el 37,5% de 20-24 anys van acabar en una IVE (Millor Sense Risc, 2003).

El 40% dels infectats per la SIDA a l'any 1993 tenien entre 20-29 anys i, com que el període d'incubació pot durar entre 7-10 anys, es dedueix que molts d'aquells joves es van infectar durant l'adolescència. Encara en aquell any, el 71% s'infectava per drogues via parenteral i es va plantejar que *haurien de ser els adolescents* i les dones sexualment actives a Catalunya els grups poblacionals prioritaris, en matèria de prevenció de nous casos d'infecció per HIV (INFO-SIDA 1994). En relació sobretot a la lluita contra la SIDA, i en general a treballar entre els joves, caldria millorar en habilitats en conductes, actituds i creences, en molts aspectes de les relacions de parella (Bayés, 1995) (Bimbela, 1995). A Andalusia la primera causa de mort entre 25-34 anys va ser la SIDA, fent èmfasi en la prevenció entre els 14-25 anys on es produeixen els contagis (Jóvenes Andaluces de los 90, 1991). El 8-9% de les persones que estan infectades per l'HIV a Espanya tenen menys de 24 anys i un 32,9% són immigrants. El 35,4% dels contagis en homes són per via heterosexual, essent en dones el 79,8% (en dones no hi ha constància de contagi homosexual). Els casos diagnosticats tardiament són en heterosexuals el 61,9%, en homosexuals el 62% i en usuaris de drogues per via parenteral el 14,2%. El total de diagnòstics tardans és del 58,4% (60,2% en homes i 53,1% en dones) (Vigilància Epidemiològica del VIH en España, 2007).

S'estima que un de cada quatre joves de 12 anys té dubtes sobre la seva orientació sexual i que un 7% dels joves són homosexuals, igual en tots dos sexes. Si són discriminats, aquests joves homosexuals tenen un 30% més de risc de suïcidi (Cornellà, 2005).

6.1.2.2 Conducció

S'ha definit com a conducció de risc aquell jove que ha tingut com a mínim dos accidents de trànsit. S'ha trobat una prevalença del 8,90% havent una important diferència per sexes amb molt més risc en homes superior al 90% $p < 0,0001$. Es va considerar al present estudi que haver tingut dos accidents "*reals*" sense valorar la gravetat ni la culpabilitat, podia ésser un indicador més objectiu. La majoria d'estudis són de mortalitat i quan al·ludeixen a accident ho fan en els darrers 12 mesos o en segments d'edat diferents, malgrat ser als 15-24 anys les edats amb més mortalitat. El 7,8% de la població ha patit algun accident els darrers 12 mesos i l'1,6% era un accident de trànsit. Els percentatges més grans per edats eren als 11-20 anys amb un 12% general i 2,7% de tràfic i de 21-30 anys amb un 10% i el 3,2% de tràfic, essent un 70% en homes, segons l'Encuesta

Nacional de Salud de España 1993 (Prada, 1995). En l'any 2006 eren als 16-24 anys un 16,90% els que havien patit algun accident general els darrers 12 mesos (en dones és el 13,47%) (Encuesta Nacional de Salud, 2006). A l'any 2001 entre la població de 16 o més anys, un 8,8% havia patit algun accident essent els de tràfic el 21,9% i requerint assistència sanitària el 70% (Encuesta Nacional de Salud, 2001). Segons l'estudi SUN fet a Navarra, el 6% de la població ha tingut almenys un accident de trànsit (Seguí-Gómez, 2002). A Catalunya el 3,1% de la població diu haver patit un accident de trànsit el darrer any amb conseqüències per a la salut (ESCA 2002) i per cada 100 lesionats per accidents de trànsit, 88 requereixen assistència sanitària, 66 urgències hospitalàries. Un morirà i 14 seran ingressats (Plasència, SESPAS, 1995). A Barcelona per cada mort hi ha 6 ingressos i 65 visites a urgències, més risc associat a edat més jove i sexe masculí, i per ordre de risc primer en accidents de motos, seguit de cotxes i vianants (Plasència, Tesi 1995). Pel període 1989-2000 es dona per assolida la disminució en un 35% de la mortalitat per accident de circulació en homes de 15-24 anys, al passar de 59,5 a 38,8x100.0000, però si s'examinen les dades més acuradament, s'observa que a l'any 1996 aquesta era de 25,0 i des de llavors ha pujat durant els següents cinc anys fins al 38,8 actual (Pla de Salut Catalunya, 2002-2005).

Els segment de 15-24 a Catalunya és el que va tenir més defuncions per accidents de trànsit durant el període 1999-2004 tant en homes (19,5%) com en dones. La tendència va ser pujar del 1983 al 1990 baixant fins al 1996, en que torna a canviar la tendència (sembla que els períodes de baixada estan relacionats amb períodes de recessió econòmica en què pugen els combustibles i també per les mesures legislatives (Villalví, 2006) (Ferrando, 2000). Per cada quilòmetre recorregut en una carretera de la Unió Europea el risc de perdre la vida és 8 vegades més gran per al ciclistes, 9 per als vianants i 20 per als motociclistes en comparació amb l'automòbil (Consejo Europeo de Seguridad Vial, 2003). L'impacte de l'aplicació de les polítiques regulatòries en la prevenció de les lesions per accidents de tràfic és positiu en el límit de velocitat, el control de l'alcoholèmia i el casc en motoristes i no tant en el cinturó de seguretat (Villalví, 2006).

Es posen sempre el casc de la moto en conductors de 15-44 anys en ciutat el 96,6% i en carretera el 98%, i cinturó de seguretat en ciutat el 92,7% els que van davant i el 75,6% els de darrera, i quan van per carretera s'ho posen el 98% els de davant i el 84,4% els de darrera (ESCA,2006). Un 50% de joves han pujat a un cotxe amb un conductor begut i/o drogat, un 23,2% ha conduït begut i un 23,5 sota l'efecte d'altres drogues. *Conduir begut és la conducta de risc més associada* a accidents de tràfic (Calafat, 2008). Als USA, el 56% dels estudiants de 14-16 anys no havien utilitzat cinturó de seguretat la última vegada que van anar en cotxe, camió o furgoneta (USDHHS, 1989).

El nombre de morts a Espanya de l'any 2005 al 2006 va ser de 3016; d'aquests 438 són joves de 15-24 anys, lluny encara d'aconseguir la fita europea de baixar al 2010 un 50% les xifres del 2000, on haurien calgut per aconseguir-ho 2833 morts menys (Direcció General de Tràfic, 2007).

La taxa de morts en joves menors de 30 anys duplica la d'Holanda i Suècia. El 60% dels accidents són entre el divendres i el diumenge després d'anar a algun lloc d'oci. Les distraccions, la velocitat alta i l'alcohol són els principals culpables. Són importants per a prevenir, el carnet per punts, el casc, el cinturó de seguretat, els controls d'alcoholèmia, limitar la velocitat, *més i millor transport públic*, modificar el sistema d'examen de conduir i límit zero per a qualsevol droga. El 30% de joves admet que ha conduït sota l'efecte de l'alcohol, que ha ultrapassat els límits de velocitat o que ha parlat amb el mòbil. El cost que significa invertir en seguretat vial a les escoles no té res a veure amb el cost no ja moral sinó econòmic que representa per a l'Estat un jove afectat amb gran invalidesa (121 euros diaris) o invalidesa absoluta (68 euros) (RACC Club, 2007).

Fins a 0,4 g/l d'alcoholèmia el risc de patir accidents de trànsit és 1,4 vegades superior, fins a 0,9 g/l és d'11,1 vegades superior, amb 1,4 és de 48 vegades i a partir d'1,5 g/l és de 380 (Zador, 1991). Es va detectar alcohol en el 38,2% de morts per accident durant 10 anys i en el 4,4% associat a altres tòxics (Del Rio, 2002). En una mostra, on el 42,2% de morts per accident té alcohol en sang, entre 0,1-0,15 g/l d'alcoholèmia una persona tindrà 3,7 vegades més risc de tenir un accident de trànsit amb conseqüències fatals (Drummer, 2003).

Són els anys d'experiència en conduir més que l'edat el factor més relacionat amb tenir accidents sobretot en homes (Jiménez, 2004) i es demana més implicació dels professionals sanitaris en la prevenció de les LCT, lesions a conseqüència del tràfic, (paraula més adient que accidents), perquè l'objecte últim de la prevenció no serien els accidents, sinó les conseqüències que genera (Jiménez, 2007). La relació entre alcohol en sang i morts per accident de trànsit varia entre 37-77% i en lesionats entre 30-51%. Les mides per a prevenir les lesions passarien per augmentar l'edat per a consumir alcohol, *el consell en la consulta d'AP*, el límit d'alcoholèmia per sota de 0,8 gr/l o la retirada del carnet entre d'altres com a mides que han d'anar acompanyades de dràstiques decisions polítiques i socials (Plasència, 2002).

6.1.2.3 Drogues

En el present estudi s'ha analitzat tant el consum com el *consum de risc*. Així en relació al tabac, tot el consum del 40,68% és de risc, una mica més prevalent en homes, en quant a l'alcohol el consum de risc és dona en el 8% dels joves (80% en homes), i en cànnabis i altres drogues il·legals un consum de risc en el 6% de joves (75% en homes). Dóna protecció en el consum d'abús ésser dona (excepte en tabac), ésser immigrant i més exposició al risc el baix nivell d'estudis i no tenir creences religioses.

Alguns plantegen, al marge de valorar o jutjar el consum, informar de les característiques de les drogues il·legals que es volen consumir, i de les que és desconeix la composició, contribuint per tant a que els danys derivats del seu consum siguin els menors possibles. El que es coneix com a "reducció de danys" o riscos, i de la que Energycontrol seria pionera (Energycontrol, 2008). Igualment es posiciona l'American Academy of Pediatrics (AAP) contra altres estratègies, com l'assajada a Milà o Madrid, de donar test antidrogues en orina o pell, per a detectar consum en els joves, indiscriminadament, tant als col·legis com a casa (American Academy of Pediatrics, 2007).

La relació entre el consum i l'abús de les diferents drogues es veu a la taula 33:

Taula 33. Relació entre consum i abús de les drogues. Salt 1993-2005.

	Consum total	Només consum abusiú
Tabac	40,68 %	40,68 % el 100%
Alcohol	62,70 %	8,17 %
Cànnabis	28,30 %	5,59 %
Altres drogues	6,62 %	6,62 % el 100%
Cafeïna	46,80 %-65,00 %	21,20 %

L'alcohol és la droga més consumida en el 62,7% dels joves, però el 95% d'ells són bevedors ocasionals, al contrari que amb el tabac on gairebé tots són consumidors diaris. El 32,1% dels joves bevedors afirmen que s'han emborratxat algun cop (consum abusiú). El consum de risc de cànnabis és del 5,59%, qualsevol consum de drogues de disseny en el 4,6% i d'heroïna en un 1,3%. La relació entre consum i consum abusiú en relació al tabac o altres drogues és de 100%, en canvi la relació del consum/abús amb l'alcohol és del 62,7%/8,1%, amb el cànnabis del 28,3%/5,5% i amb la cafeïna (no inclosa a l'estudi) de 55%/21,2% respectivament.

Trenta experts del Col·legi de Psiquiatres del Regne Unit, anomenats pel Govern, van puntuar el perill de les drogues atenent a tres aspectes, dany físic, dependència i dany social. Cadascun d'ells amb una puntuació entre 0-3. En primer lloc estava l'heroïna, en cinquè lloc l'alcohol i en el novè el tabac, dintre de les deu primeres no hi havia el cànnabis. Es proposa revisar els criteris d'ésser legal o no una substància i es demana que es faci una classificació en funció dels aspectes científics, no els polítics, replantejant-se potser la legalitat d'alguna d'elles i afirmant p.e. que els problemes socials o físics derivats de l'alcohol, poden ser pitjors que el consum regulat d'altres substàncies d'una manera controlada (Nutt, 2007). Potser la definició de risc hauria de ser en funció de la droga, per a cànnabis i tabac per l'ús regular i la dependència, per l'alcohol per l'ús regular i la intoxicació, i per altres drogues per la sobredosi, l'intoxicació i la dependència (Toumbaou, 2007).

A les taules 34, 35 i 36 s'examinen les característiques de les diferents drogues tant legals com il·legals, atenent a criteris objectius com la dependència, els danys físics i els socials (Nutt, 2007).

Table 34: The 20 substances assessed, showing their current status under the Misuse of Drugs Act

	Class in Misuse of Drugs Act	Comments
Ecstasy	A	Essentially 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine (MDMA)
4-MTA	A	4-methylthioamphetamine
LSD	A	lysergic acid diethylamide
Cocaine	A	Includes crack cocaine
Heroin	A	Crude diamorphine
Street methadone	A	Diverted prescribed methadone
Amphetamine	B	..
Methylphenidate	B	eg. Ritalin (methylphenidate)
Barbiturates	B	..
Buprenorphine	C	eg. Temgesic, Subutex
Benzodiazepines	C	eg. Valium (diazepam), Librium (chlordiazepoxide)
GHB	C	Gamma 4-hydroxybutyric acid
Anabolic steroids	C	..
Cannabis	C	..
Alcohol	..	Not controlled if over 18 years in UK
Alkyl nitrites	..	Not controlled
Ketamine	..	Not controlled at the time of assessment; controlled as class C since January, 2007
Khat	..	Not controlled
Solvents	..	Not controlled; sales restricted
Tobacco	..	Not controlled if over 16 years in UK

Table 2: The 20 substances assessed, showing their current status under the Misuse of Drugs Act

Table 35: Mean independent group scores in each of the three categories of harm, for 20 substances, ranked by their overall score, and mean scores for each of the three subscales

	Physical harm				Dependence				Social harm			
	Mean	Acute	Chronic	Intravenous	Mean	Pleasure	Psychological dependence	Physical dependence	Mean	Intoxication	Social harm	Health-care costs
Heroin	2.78	2.8	2.5	3.0	3.00	3.0	3.0	3.0	2.54	1.6	3.0	3.0
Cocaine	2.33	2.0	2.0	3.0	2.39	3.0	2.8	1.3	2.17	1.8	2.5	2.3
Barbiturates	2.23	2.3	1.9	2.5	2.01	2.0	2.2	1.8	2.00	2.4	1.9	1.7
Street methadone	1.86	2.5	1.7	1.4	2.08	1.8	2.3	2.3	1.87	1.6	1.9	2.0
Alcohol	1.40	1.9	2.4	NA	1.93	2.3	1.9	1.6	2.21	2.2	2.4	2.1
Ketamine	2.00	2.1	1.7	2.1	1.54	1.9	1.7	1.0	1.69	2.0	1.5	1.5
Benzodiazepines	1.63	1.5	1.7	1.8	1.83	1.7	2.1	1.8	1.65	2.0	1.5	1.5
Amphetamine	1.81	1.3	1.8	2.4	1.87	2.0	1.9	1.1	1.50	1.4	1.5	1.6
Tobacco	1.24	0.9	2.9	0	2.21	2.3	2.6	1.8	1.42	0.8	1.1	2.4
Buprenorphine	1.60	1.2	1.3	2.3	1.64	2.0	1.5	1.5	1.49	1.6	1.5	1.4
Cannabis	0.99	0.9	2.1	0	1.51	1.9	1.7	0.8	1.50	1.7	1.3	1.5
Solvents	1.28	2.1	1.7	0	1.01	1.7	1.2	0.1	1.52	1.9	1.5	1.2
4-MTA	1.44	2.2	2.1	0	1.30	1.0	1.7	0.8	1.06	1.2	1.0	1.0
LSD	1.13	1.7	1.4	0.3	1.23	2.2	1.1	0.3	1.32	1.6	1.3	1.1
Methylphenidate	1.32	1.2	1.3	1.6	1.25	1.4	1.3	1.0	0.97	1.1	0.8	1.1
Anabolic steroids	1.45	0.8	2.0	1.7	0.88	1.1	0.8	0.8	1.13	1.3	0.8	1.3
GHB	0.86	1.4	1.2	0	1.19	1.4	1.1	1.1	1.30	1.4	1.3	1.2
Ecstasy	1.05	1.6	1.6	0	1.13	1.5	1.2	0.7	1.09	1.2	1.0	1.1
Allyl nitrites	0.93	1.6	0.9	0.3	0.87	1.6	0.7	0.3	0.97	0.8	0.7	1.4
Khat	0.50	0.3	1.2	0	1.04	1.6	1.2	0.3	0.85	0.7	1.1	0.8

Table 3: Mean independent group scores in each of the three categories of harm, for 20 substances, ranked by their overall score, and mean scores for each of the three subscales

Taula 36: Grau de perillositat de les drogues



La percepció de risc de beure alcohol entre els 14-18 anys és baixa, un 64% creu que és normal. Només un 20% dels pares parlen de l'alcohol amb els fills (Megías, 2007). Un 42,6% d'adolescents espanyols de 14-18 anys no creu perillós el consum habitual d'alcohol, el 29,8% el consum esporàdic de cànnabis i el 9,2% el de cocaïna (Fundació d'Ajuda contra la Drogoaddicció) (Tot sobre les Drogues, 2007). Als 15-64 anys la relació home/dona en consum els darrers 30 dies de cànnabis és 1/3 i de cocaïna 1/2. Ha augmentat la percepció de risc de les drogues, sobretot en cànnabis i cocaïna, ha disminuït la disponibilitat i es planteja com a prioritat, frenar el consum de cocaïna en totes les edats (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en Espanya 2005-2006).

En menors de 18 anys el consum de risc (prendre 5 consumicions seguides al menys un cop al mes) d'alcohol és el 12% i en 15-24 anys el 13,7% (el 4,3% en noies). Conforme augmenta l'edat baixa el consum de risc (una mica més alt que al present estudi del 8,17%), així en 25-34 anys és del 10% total (en noies del 3%) i en majors de 35 anys del 6% (en noies del 2%) (ESCA 2006).

La prevalença de consumidors de més de 75 cc. d'alcohol pur al dia ha baixat en un 25%, i es dona l'objectiu com "Assolit" (per 100) des del 9,7% al 1989 al 3,0% a l'any 2000, segons l'ESCA del 2002 (al present estudi del 1993-99 al 2000-05 va baixar de 11,7% a 3,34%), i en relació al cànnabis es dona com a "No Assolit" la disminució del consum del 25% al passar del 5,7% al 8,5% (6% al present estudi) i el de consum d'heroïna els últims 30 dies com a "Parcialment Assolit" al baixar de l'1,7% al 0,2% (Pla de Salut de Catalunya 2002-2005).

Espanya està al capdavant d'Europa en consum de cànnabis, cocaïna i èxtasi però sense grans increments des del 1999 al 2004. En el mateix període de temps, el preu de totes les drogues ha baixat, un 22% la cocaïna, un 45% l'heroïna, un 47% l'èxtasi, un 20% les amfetamines, un 19% el cànnabis i un 12% la marihuana. (OEDT, 2006). Semblaria que mentre les campanyes preventives dels Governos milloren, el mercat potser també actua per a compensar l'efectivitat de les mateixes. Al Regne Unit el preu de l'alcohol i les drogues il·lícites han baixat i el tabac ha pujat, anant lligada aquesta, a una baixada del consum, demostrant que augmentar el preu dificulta l'accessibilitat i al fer-ho es redueix la demanda (Ogilvie, 2005).

El 28% dels espots sobre begudes alcohòliques per televisió i el 50% per radio estan dirigits explícitament al públic adolescent i jove, la resta d'anuncis no és explícit però sí que s'inserta en programes que habitualment són seguits per joves i adolescents. En la televisió el 37,3% estan protagonitzats per joves i en la ràdio el 54,4%. En tots els anuncis s'ofereix una imatge positiva del consum i en el 100% està associat a la millora del rendiment físic i l'èxit social i sexual (Estudio Cualitativo sobre Jóvenes y Alcohol, 2006).

Les estratègies de prevenció passarien per baixar la taxa de consum d'alcohol en general, retardar l'edat d'inici i en reduir els danys associats al consum. La percepció de risc ha baixar els darrers

anys, el patró de consum ha canviat (BD), s'estima que el 10% dels bevedors desenvoluparan addicció i d'ells el 4% als 5 anys d'iniciar-lo. L'alcohol està relacionat com a únic tòxic en el 38,2% dels morts per accidents de trànsit, i el policonsum amb cocaïna és especialment preocupant a l'augmentar el risc de complicacions cardiovasculars i conductes violentes. El cervell adolescent és molt sensible a la inhibició aguda que l'etanol produeix sobre la plasticitat neuronal i la maduració del SNC i pot ocasionar trastorns de memòria i aprenentatge. També pot provocar trastorns endocrins de l'hormona del creixement, la testosterona i del metabolisme ossi. *Està relacionat amb embarassos no desitjats i sexe no protegit. És recomanable l'exploració sistemàtica del consum d'alcohol a tota persona de més de 14 anys almenys cada 2 anys.* La publicitat és un dels factors que influeixen més significativament en l'adopció d'estils de vida, actituds i decisions en el consum de begudes alcohòliques entre els joves (Informe de la Comisión Clínica. Informe sobre Alcohol, 2007).

La forma clàssica dels països mediterranis de beure cervesa o vi durant els menjars o amb tapes ha donat pas al "*binge drinking (BD)*, el consum excessiu d'alcohol de forma puntual, o l'hàbit d'emborratxar-se, quan en una sola nit un home pren com a mínim 4 cubates o 8 canyes (80 gr d'alcohol pur) o una dona 3 cubates i 6 canyes. El 30,8% dels joves de 18-24 admet que pren begudes alcohòliques de forma desmesurada, en curts intervals de temps i de forma puntual. El BD no té res a veure amb "el botellón" doncs es pot fer en qualsevol lloc o també en "el botellón" molta gent, pràcticament no beu res (Valencia, 2007). El 20% dels joves de 16 anys beuen en excés una vegada al mes i el 21% una vegada a la setmana (Eurobaròmetre, 2007).

Entre els joves de 14-18 anys el 81% el darrer any ha tastat alcohol i el 65,6% el darrer mes. La gran majoria s'havia emborratxat alguna vegada i més del 30% ho havia fet el darrer mes. Els adolescents no tenen una idea clara del que és el consum moderat, desconeixen els riscos, confonen el concepte risc amb les alteracions de l'efecte buscat i consideren la dependència com una cosa d'adults. El 93,8% consideraven fàcil aconseguir alcohol i fins i tot el 41,2% consideraven que el consum de 5-6 unitats els cap de setmana podia ocasionar problemes. Entre els que s'han emborratxat els darrers 30 dies, la relació és clara entre l'hora de tornar a casa i l'abús, passant d'emborratxar-se una o dues vegades en els que tornen abans de les 12 de la nit, a més de cinc en els que tornen després de les quatre de la matinada (OED, 2006).

El consum de cànnabis incrementa el risc de psicosi a llarg termini, augmentant en un 40% en els consumidors ocasionals i en un 50-200% en els consumidors regulars, defensant la necessitat de realitzar més campanyes informatives (Moore, 2007). Entre els factors predictius associats (Guxens, 2007) a l'inici en el consum de cànnabis estarien el sexe masculí, el consum de tabac i alcohol (Höfler, 1999), la relació problemàtica amb els pares, el consum de cànnabis per part dels

amics, el baix NSE, pertànyer a una família monoparental (Andrews, 1993) (Hops, 1996) i el baix rendiment acadèmic.

En l'inici de tractaments de deshabitació de drogues la gran *majoria són homes, superior al 75% sempre, excepte tabac amb el 52,9%. Un 41,5% van ser per l'alcohol, per cocaïna el 27,5%, per heroïna el 13,73%, per tabac el 8,25%, per cànnabis el 3,9% i per la resta (amfetamines, èxtasi i altres) el 5,1%. De 15-19 anys n'eren el 3,0% i de 20-24 el 8,7%. Tenien estudis primaris (al present estudi correspondria al nivell IV i V) el 70%, secundaris (III) el 20% i superiors el 6% (I i II). Es detecta una baixada continuada des de l'any 1993 dels tractaments d'heroïna i la pujada des de l'any 1987 de cocaïna i alcohol (BEC, Maig 2007). L'alcohol va ser el que va generar més inicis de tractament a l'any 2001 amb un 42% (Direcció General de Drogodependències i SIDA, 2001).*

Es pot considerar que el 5,5% de les morts poden atribuir-se directa o indirectament a l'alcohol (Revuelta, 2002). Que és el cinquè factor de risc per a la salut al món i el tercer en els països desenvolupats (The World Health Report 2002). Està també involucrat en un terç dels accidents laborals, i el 32,6% de persones mortes en accidents de trànsit tenien una alcoholèmia superior a 0,5 g/l (Instituto Nacional de Toxicología 2002).

Espanya és el *primer país del món* en consum de cocaïna entre persones de 15-64 anys amb el 3,0% (s'ha duplicat del 1,6% al 1999 al 3,0% actual) davant dels USA que tenen el 2,8% i quadruplica la mitjana europea (0,75%). Més d'un de cada cinc consumidors europeus és espanyol. Potser aquest és el problema i no el cànnabis, com afirma el responsable de l'Informe Mundial sobre Drogas 2007 (Pietschmann, 2007). En les urgències hospitalàries relacionades amb drogues la més important és la cocaïna amb el 54,8%, seguida per les relacionades amb l'alcohol 35,3% i tranquil·litzants o sedants amb el 33,8%.

Entre els consumidors que s'injecten drogues tenen el SIDA el 20-23%, l'HVC el 65-90% i l'HVB el 20-23% (Informe sobre la Situación de las Drogodependencias en España, 2006).

Els consumidors de drogues injectades són a Espanya 84.000, el 39% és portador d'HIV i el 73% d'HVC (a Alemanya amb 150.000 usuaris només el 5,8% té HIV), dada segurament relacionada amb les polítiques d'intercanvi de xeringues o els programes de metadona fetes als anys vuitanta. "Ens agradi o no la gent es droga i el més realista és ajudar a protegir la seva salut de contagis o sobredosi". Ara cal fer polítiques a Espanya de reducció de danys en relació a la cocaïna o l'alcohol (Stimson, 2008). El retard sobretot en la introducció del tractament amb metadona ha tingut i té encara unes conseqüències desastroses, l'heroïna ha provocat 300.000 infectats en els darrers 30 anys, 20-25000 morts i 100.000 HIV, i encara avui moren 700 persones anualment per sobredosi. Cal implementar els programes de reducció de danys i més sabent que encara hi ha

100.000 consumidors setmanals de cocaïna (25.000 en tractament) i 500.000 consumidors diaris de cànnabis (De la Fuente, 2006).

6.1.2.4 Salut mental

La variable “*salut mental*” agrupa diferents preguntes del qüestionari com la ideació o els intents de suïcidi, haver patit maltractaments físics o psíquics, haver sofert abusos sexuals, estar sota l’influència o militar en una secta destructiva i l’estar o haver estat en *tractament* psiquiàtric o *psicològic*. La prevalença trobada en el present estudi és del 21,73%, sobretot a expenses de la prevalença de tractament psicològic, que és del 19,3%, la resta amb un 10% en ideació suïcidi, un 8% en maltractes i totes les altres al voltant de 4%. Per sexes predominen les dones, en intents de suïcidi amb el 75%, en abusos sexuals amb el 90% i en tractaments psiquiàtrics amb el 60%.

Les persones de 15-44 anys en risc de tenir una mala salut mental són el 15,5% a Girona i el 16,9% a Catalunya (ESCA, 2006). Els joves quan tenen un problema parlen amb els amics el 46%, un 25% amb la mare, el 12% amb el pare i la mare, el 17% amb la parella, un 3% només amb el pare i no parlen amb ningú, el 9% dels nois i el 3% de les noies. El 16% dels nois i el 28% de les noies reconeixen que el darrer mes han estat tristos o desencisats i que això els ha preocupat.. Un 11% de les noies i el 8% dels nois han pensat en suïcidar-se (9,5% al present estudi). El 5% han patit abusos físics (semblant al present estudi) i 3 de 4 han explicat a algú l’experiència, més en les noies. El 5,7% de les noies han patit abusos sexuals i dos terços ho han explicat, en nois un 2,1% i un terç ho ha explicar. En el 25% l’agressor va ser un familiar, en el 16% la seva ex-parella, en el 20% un amic seu i en un 18% un desconegut (Suris, 1999-2001).

Els homes se senten amb més bona salut que les dones, les quals relaten més episodis de cefalea, mal de panxa, dificultat per a dormir, irritabilitat o nervis, i també prenen més fàrmacs per a aquestes patologies. Se senten feliços en relació a la seva vida igualment homes que dones, així si als 11 anys és del 50%, als 13 anys és del 40% i als 15 no arriba al 30%, al contrari que sobre sentiments de soledat i depressió, on la tendència és a augmentar amb l’edat, predominant més en les dones (The Health of Youth. WHO Regió Europea, 1996).

Als USA, el 25% del nois i el 42% de les noies afirmen que havien pensat en alguna ocasió seriosament en suïcidar-se i el 18% de noies i un 11% dels nois ho havien intentat (dades més altes que les de l’estudi) (USDHHS, 1989). El 16,9% d’ alumnes de Secundària als USA va considerar seriament la idea de suïcidar-se i el 8,4% ho va intentar al menys un cop. La meitat de totes les

malalties psiquiàtriques comencen als 14 anys i 3/4 parts d'aquestes continuen als 25 anys, però la majoria queden sense diagnosticar (Friedman, 2006).

La prevalença “d’incapacitat per a continuar amb normalitat les activitats d’un individu sà i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena, així com les alteracions presents”, pels més grans de 14 anys era del 18,6% en els dones i del 15,7% en els homes. *En l’interval de 15-24 anys* va ésser en les dones del 19,8% i en els homes de 16,5 %, . En la Regió Sanitària de Girona va ser del 17,6% en les dones i del 14,9% en els homes, mantenint-se el gradient en relació a l’edat. (dades semblants al present estudi, on el 19,3% han estat en tractament psicològic (si s’exclou els visitats als centres educatius, que són el 8,5%, en queden 10,8%) que sumats al 4%, que van estar en tractaments psiquiàtric, donaria un total de 15,2%). La probabilitat de patir un trastorn mental és superior *en les classes socials més baixes* i en les de *menor nivell d’ estudis* (no s’ha trobat al present estudi aquesta significació), més alta en aturats i en homes bevedors de risc (ESCA, 1994). El risc de patir algun problema psíquic és en dones del 26,8% i en homes de 15,6%, en el tram de 16-24 anys és del 22,2% en dones i l’11,5% en homes, augmentant amb l’edat (Encuesta Nacional de Salut, 2006).

En Espanya a l’any 2006 van haver 55 (1,7%) suïcidis en joves de menys de 20 anys d’entre un total de 3234 (2504 homes i 730 dones), predominant les dones en intents i autolesions. En l’any 1996 van ésser 119 (el 3,5%) suïcidis de 3320 totals (INE, 2006). Són preocupants en aquest sentit els webs a Internet sobre suïcidi, com els relacionats amb els TCA, on poden accedir els joves fàcilment i on cal equilibrar el control sobre l’apologia amb la llibertat d’informar (Biddie, 2008). La primera causa de mortalitat a Barcelona en l’any 2004 entre els joves de 15-44 anys va ser el suïcidi, essencialment per la baixada de les morts relacionades amb els accidents de trànsit i el consum de drogues, sobretot l’heroïna (Informe ASPB, 2007).

Cal intensificar els mètodes de detecció amb qüestionaris senzills para a detectar patologia mental el més precoç possible en l’AP. Es va detectar en un 4,3% signes d’alerta de TCA, en un 10,8% de depressió (més en dones), en un 8,4% de conductes violentes i en un 4,2% trastorns d’aprenentatge, (més en homes) (Paniagua, 2003). Estan relacionats amb el risc de suïcidi les dificultats o disputes amb amics, pares o parelles, a la feina o al treball, l’abús de drogues, el bulling i la depressió (Hawton, 2005). Mentre en nens es detecten problemes mentals amb xifres inferiors al 10%, en la majoria de famílies les prevalències d’ansietat o depressió són del 36% (Blanchard, 2006).

El 20% de nens preescolars de 3-6 anys pateixen símptomes d’ansietat (Domenech, 2005). Diferents estudis advoquen per intensificar els mètodes de reconeixement de la depressió en adolescent des de l’AP (Zuckerbrot, 2006) (Stein, 2006). El TDAH és una malaltia detectada a la infantesa i molt infradiagnosticat. S’estima que pot afectar fins a un 20% de la població adulta i al

70% dels que tenen trastorns de la son, una patologia relacionada (Oosterloo, 2006). Sembla que el consum d'alguns additius artificials, que es fan servir habitualment en molts aliments de consum diari, pot estar relacionat (McCann, 2007).

S'estima que el 0,8% de denúncies de maltractament infantil són només el 10% dels casos reals, que estarien al voltant del 8% (dada com la del present estudi). Les omissions i negligències són les formes més comunes. El maltractament emocional el pateixen 6 de cada 10 nens maltractats (serien aquelles paraules o gestos que redueixen l'autoestima o menysvaloren al menor) i el maltractament físic 4 de cada 10 nens. En relació a l'abús sexual és gairebé invisible, ja que pràcticament tot ell passa dintre de la família, la qual cosa facilita la seva ocultació. Aquesta violència afecta a 4 de cada 100 nens maltractats. Durant el període 2005-06, quatre de cada 10 casos de maltractament infantil, va ser fet per persones que havien consumit gran quantitat d'alcohol o drogues en homes o d'altres substàncies en dones (Sanmartin, 2007).

La relació entre la violència intrafamiliar i la salut mental del nen i adolescent és evident. La majoria de psiquiatres consideren que l'origen de l'agressivitat és l'entorn familiar i no té relació amb el NSE. La violència psicològica és la predominant amb el 89,5%, essent càstigs, insults i crits. Les repercussions en els adolescents van ser irritabilitat, inseguretat i trastorns de la son, en tots els casos, i ansietat, immaduresa i por al pares en menor proporció (Rodríguez, 2007).

En relació a les *sectes destructives* la majoria de casos del present estudi, amb una prevalença del 3,4%, són referents a adolescents que viuen en famílies on algun dels seus membres pertanyen a algun grup catalogat com a sectes o grups que practiquen la manipulació psicològica. Grups definits per l'AIS (Atención Investigación Sectas) o per diferents experts. Al llibre "Medicina de la Adolescencia. Atención Integral" (Castellano, 2005) hi ha un capítol "Adolescente y Sectas", dedicat als riscos derivats de les mateixes. Es un fenomen que cal detectar, doncs molts d'aquests grups son legals, com també conèixer les tècniques de manipulació psicològica, del control mental o de la dependència de grup (Pepe Rodríguez, 1985). En l'enquesta feta a l'any 1993 a 577 joves, 141 van identificar com a secta a Niños de Dios, 132 a l'Opus Dei, 106 a Testimonis de Jehovà, 56 a Hare Krisna, 56 al Patriarca, 51 a Gnosi i a altres grups menys de 50 (annex 3).

6.1.2.5 TCA

La prevalença que es troba de sospita de TCA o TCA confirmat és d'un 9,03 %. No arriben al 2% els casos confirmats d'anorèxia o bulímia, tots ells en tractament psiquiàtric. Es va considerar com a risc tenir un IMC igual o inferior a 18, indicatiu de baix pes, on es va activar una alarma i es va

fer un seguiment acurat a la consulta. Entre la normalitat i l'anorèxia o bulímia, hi ha altres trastorns intermitjos TCANE, com els "atracons" (fartades) nocturns, deixar de menjar 24 hores seguides o l'ortorèxia, que cal conèixer i tenir en compte. En joves de 16-24 anys es troba que tenen un *pes insuficient el 6,43% (IMC <18,5) i que en dones augmenta fins al 10,27%* (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

Diferents estudis situen la prevalença de TCA cap al 4% (3,7%-4,5%), preferentment en dones (Ruiz, 1998) (Gandarillas, 2003) i cada vegada més es reivindica el paper del Metge de Família i de l'AP com a fonamental, en la detecció precoç dels primers símptomes (Sayag, 2002) (Gil, 2003).

Les prevalences en TCA són, de mitjana aproximadament, per anorèxia nerviosa de 0,7%, de bulímia de 0,9% i d'altres 3,2% que en total sumen un 4,8% (Morande&Casas, 1997) (Perez-Gaspar, 2000). Dada inferior a la trobada al present estudi, on el criteri de risc ha estat diferent.

La prevalença de TCA en adolescents de 12-21 anys de Navarra en l'any 1997 va ser del 4,1%, el 3,1% eren per TCANE, el 0,8% per bulímia i el 0,3% per anorèxia (Pérez-Gaspar, 2000). S'ha validat el qüestionari Eating Attitudes Test (EAT-40) per a cribar casos de TCA en la població general (De Irala, 2008), i es va traduir i aplicar a una mostra de 2734 dones de 13-22 anys. La millor predicció diagnòstica va ser amb 21 punts (sensibilitat del 73,3% i especificitat del 85,1%), una mica inferior al recomanat pels autors del qüestionari (Garner, 1979).

El perfil de població receptora de la publicitat, moda i revistes que defensen un model de dona prima i esvelta coincideix amb la que es troba a la epidemiologia dels TCA: femenina, adolescent, de NSE mig alt i urbana (Toro, 1989). Es troba a l'adolescència una important prevalença d'insatisfacció amb la imatge corporal, desig d'aprimar-se i realització de dietes restrictives (Goñi, 1999). Fer dieta per aprimar-se es considera com el factor predictiu més important en l'aparició d'un cas de TCA (Patton, 1999). Hi ha entre les alteracions de la imatge corporal i els TCA una correlació amb trastorns de conducta, incidència de suïcidis, violència i agressivitat (Devaud, 1998). També els fills de pares separats, divorciats o vidus presenten un increment de risc de patir un TCA (Tripp&Cocket, 1998), dada que no es troba al present estudi. Els TCA a l'adolescència s'associen a més risc de problemes físics i de salut mental a l'inici de l'edat adulta, com trastorns d'ansietat, símptomes cardiovasculars, fatiga crònica, dolor crònic, depressió, insomni i intents de suïcidi (Johnson, 2002).

El 8,8% dels joves està en risc de patir una TCA (en dones el 11,8% i en homes el 4,6%), (en el present estudi és del 9,03%, molt més en dones), en homes està associat amb *l'edat com a factor protector* (més prevalent en les edats de l'estudi de 15-16 anys) i amb haver fet dieta, haver estat 24 hores seguides sense menjar per a perdre pes, i en les dones amb autoprovocar-se el vòmit, fer dieta, factors socioambientals (moda), menarquia precoç i NSE baix (González-Juarez, 2007).

La prevalença general en infants i adolescents és de 0,4% anorèxia, 0,76% bulímia i 3,6% d'altres trastorns. A Girona s'estima que pot haver uns 175 casos d'anorèxia, 332 de bulímia i 1572 dels altres quadres (Protocol d'Atenció Integral i Específic en TCA, 2006). Un 12,5% de les noies de 14-16 anys de les Comarques Gironines vomita o pren laxants per aprimar-se, almenys un cop a la setmana, i d'elles un 5,5% ho fa entre 3 i més de 10 vegades a la setmana. Entre els nois només el 3,13%. El 58% de les noies estan preocupades per l'augment de pes (Adriaanse, 2006).

6.1.2.6 Resta de variables dependents

El *sedentarisme* amb el 58,92%, definit com no fer com a mínim dos dies a la setmana una hora d'exercici físic (sense contar el de l'escola), seria l'altra cara d'una mateixa moneda, on enfront es tindria l'epidèmia descontrolada de *sobrepès i obesitat*, que s'està patint a tot el món, i que està donant lloc a patologies cròniques en edats fins fa poc temps impensables. Les dietes hipercalòriques exemptes de vegetals, lluny de la dieta mediterrània, són un element determinant, ja des de les edats pediàtriques.

Els nens de 10-15 anys fan una ració de fruita o verdura menys que la que feien a l'any 1999 (E.A.T., 2007). El consum de begudes sucrades així com veure la televisió més de 2 hores al dia són factors per a augmentar de pes significativament (Ochoa, 2007). El consum de sucres i begudes ensucrades representa un 10-15% de les calories diàries en nens i adolescents, sobretot de 6-11 anys (Wang, 2008). L'aportació de l'esmorzar és el 16% del total de calories necessàries per dia, inferior a la recomanada del 25%, mentre que la quantitat de greix i greix saturat és superior (Rocandio, 2000).

En l'estudi enKid (1998-2000), fet a nens i joves de 2-24 anys, es va definir l'obesitat com tenir un IMC igual o superior al percentil 97, i el sobrepès com tenir-lo igual o superior al percentil 85, utilitzant tant les taules de referència americanes (Cole, 2000) com les espanyoles (Hernández, 1988). Es va trobar un 12,4% de sobrepès (equivalent al percentil 85) i un 13,9% d'obesitat (al present estudi del 16% en sobrepès i del 6,7% d'obesitat, però en 15-24 anys). Obesitat més gran en homes que en dones 15,6% i 12%, també en relació al sobrepès, i més alta en homes de 6-13 anys. Canàries i Andalusia les més prevalents i el nord-est i Catalunya entre les més baixes. *Més alta en NSE i d'estudis baixos* (com el present estudi) i entre les persones que no esmorzen o que ho fan malament (Serra-Majem, 2003). Diferents estudis coincideixen en l'augment de prevalença de sobrepès i obesitat en la darrera dècada (Moreno, 2000) (Martínez Vizcaíno, 2000).

En el tractament de l'obesitat cal teràpia conductual i psicològica, reduir les conductes sedentàries, augmentar l'educació en nutrició i fer més exercici. Cal també intervenir el més precoç i sobretot amb les famílies (Fowler, 2004) (Reilly, 2006) (Summerbell, 2005). Les obeses de l'infantesa multiplicaven per 30 el risc de ser-ho a l'adolescència (Thompson, 2007).

L'estudi Framingan ja indicava en població general que en el 78% dels homes amb HTA i en el 65% de les dones, aquesta es pot atribuir directament a l'obesitat (Parikh, 2007). En una cohort de més de 80.000 infermeres, es va mesurar l'IMC als 18 anys i a l'edat mitjana de la vida, després d'un seguiment de 16 anys, observant una relació positiva del guany, amb la incidència d'HTA, essent independent de l'edat en què es va fer la medicació i de l'IMC als 18 anys (Huang, 1998).

L'adolescència provoca un augment del risc cardiovascular en els homes al passar a l'edat adulta. No es troben diferències als 11 anys en les dones, en la determinació de la TA, lípids o composició corporal, però amb l'arribada de l'adolescència en nens, al contrari que en les nenes, augmenten els triglicèrids i baixen els HDL colesterol, augmentant la TA sistòlica i la resistència a la insulina (Moran, 2008).

Reduir el sedentarisme no augmenta la pràctica d'exercici físic. Disminuir les hores de televisió o vídeos no modifica els hàbits d'exercici a cap edat, ni als 10-12 anys ni tampoc als 13-15 anys (Taveras, 2007).

Al present estudi es troba que *dormen 6 o menys hores* al dia el 3,9% d'adolescents i joves de 15-16 anys i puja fins al 19,6% en 17-24 anys, gairebé un de cada cinc. Els torns de treball, la cafeïna, la cocaïna, l'oci nocturn o l'estrès habitual són aspectes que expliquen en part aquest dèficit.

En estudiants de 11-18 anys, els horaris de cap de setmana, alteren els hàbits diaris de la son. Els joves amb aquests trastorns i que dormen poc tenen pitjor rendiment escolar (Salcedo, 2005). També els adolescents que tenen televisió en la seva habitació tenen pitjors notes al col·legi, fan pitjors dietes i menys exercici (Barr-Anderson, 2008).

Els nens cada vegada dormen menys i aquest dèficit altera el metabolisme, estant en el procés implicades diferents hormones com la leptina, la insulina, el cortisol o l'hormona del creixement donant lloc a diabetis, obesitat o malaltia cardiovascular; és més, la fatiga de l'endemà no contribueix a fer exercici físic i així es perpetua el cercle de l'obesitat. Per a cada hora més de son la probabilitat de patir sobrepès es redueix un 20% (Taheri, 2007).

Els nens que dormen menys van més cansats i són més sedentaris, estan més irritables i mengen més per calmar els nervis. Per cada hora més de son als 9 anys es redueix un 40% la probabilitat de sobrepès als 12 (Lumberg, 2007).

En els darrers cinc anys els trastorns greus de la son en la població general han augmentat un 40% segurament relacionat amb l'estrès, l'oferta televisiva nocturna i els torns laborals canviants. Al

dormir poc es guanya pes al menjar més, com a conseqüència d'alteracions en les hormones grehlina i leptina. Dormir poc altera l'estat d'ànim, se és més imprudent i et sents una mica deprimat, afectant a la memòria i la capacitat de concentració, així com també al sistema immunològic (Santamaria, 2007).

Els nadons que dormen menys de 12 hores tenen més probabilitat de patir sobrepès (Taveras, 2008), així com ansietat i depressió, problemes d'atenció i conductes agressives a l'edat adulta (Gregory, 2008).

Les *dislipèmies* (amb una prevalença del 6,8% al present estudi) estan associades directament a l'epidèmia de sobrepès i obesitat, així com a dietes poc saludables i riques en greixos saturats.

El nivell baix d'HDL i alt de triglicèrid suggereix un major risc de malaltia cardiovascular en nens obesos (Marcano, 2006). Només el 25% de les xifres altes de colesterol a l'infància es mantindran en l'edat adulta i el que cal és promoure hàbits de salut saludables en l'edat infantil que és la base per a arribar a l'edat adulta (Botet, 2007), seguint les recomanacions de l'American Heart Association, per a identificar la dislipèmia a la infància (Fletcher, 2005).

Els casos de hipercolesterolèmia han augmentat en 10 anys un 2-5% a conseqüència dels canvis en els estils de vida en les darreres tres dècades. No hi ha encara evidència suficient per a afirmar que el tractament amb medicaments donats a la infantesa millori els resultats dels tractaments donats a l'edat adulta, ni de la relació entre la hipercolesterolèmia a la infància i a l'edat adulta, com tampoc la recomanació de fer anàlisi a tots els nens indiscriminadament, excepte en aquells amb major risc cardiovascular, com els que fumen, tenen HTA, obesitat, diabetis o familiars amb antecedents de malaltia cardiovascular abans dels 55 anys o hipercolesterolèmia (Pombo, 2007).

Quan es parla de sobrepès, dislipèmies o HTA (superior al percentil 95 per a la seva edat) en nens o adolescents cal tenir en compte que són etapes on s'està creixent i desenvolupant i que per tant són paràmetres variables amb una ampla *distribució dels valors de normalitat en funció de l'edat*, que van augmentant al llarg dels anys. La prevalença d'HTA en nens és del 2-3% i als 13-18 anys es produeix un augment important de la prevalença, sobretot en els nens (Lurbe, 2001). Cal definir el concepte de normalitat, com també el que s'entén per pre-HTA (percentil 90-95 per a la seva edat) o si es considera la TA sistòlica, la TA diastòlica o totes dues a la vegada. També en adults s'intenta ser més flexible en la classificació, considerant igualment nivells, com pre-HTA, HTA estadi-1 o HTA estadi-2 (Guías de Práctica Clínica para Tratamiento de l'HTA, 2007).

Els 34 (3,69%) de casos trobats en aquest estudi (límit de 135-85), segur que la infradiagnòstica, al considerar uns valors patològics que ajustats per edat serien més baixos. Infradiagnòstic o mal diagnòstic que és comú a la majoria d'estudis. Als USA el 3,6% de pacients de 3-18 anys estudiats (al present estudi és del 3,69%) tenien HTA (el 74% d'aquests nens no estava diagnosticat) i tenien

pre-HTA el 3,4% (dels que el 89% tampoc ho estava) (The Fourth Report of the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004).

A la taula 37 es presenta un exemple de valors per percentils i edats.

Taula 37. Límits de TA en percentils segons l'edat

Tabla 8.1.
Valores de la Tensión Arterial (mm Hg) según edad y sexo

Edad	Chicos (sentados)				Chicas (sentadas)			
	Sistólica		Diastólica		Sistólica		Diastólica	
	90%	95%	90%	95%	90%	95%	90%	95%
11 años	119	123	76	80	119	123	77	81
12 años	122	126	77	81	122	126	78	80
13 años	124	128	77	81	124	128	78	83
14 años	126	130	78	82	125	129	81	85
15 años	129	133	79	83	126	130	82	86
16 años	132	136	81	85	127	131	81	84
17 años	133	138	83	87	127	132	81	84
18 años	136	140	84	88	127	132	80	84

Fuente: Second Task Force on Blood Pressure Control in Childre. National Heart, Lung and Blood Institute, 1987.

En Espanya també es disposa de fa molts anys de taules validades (Grupo Cooperativo Español para el Estudio de los FRCV en la Infancia y la Adolescencia. Estudio RICARDIN I y II, 1995).

La prevalença d'hipertrofia ventricular esquerra és tres vegades major entre els joves amb HTA i dues vegades entre els que presenten pre-HTA en comparació amb persones amb TA normal, recomanant detectar l'HTA des de la infància, especialment amb els que tenen altres factors de risc com obesitat (Drukteinis, 2007). La pressió sistòlica alta és predictiva per a HTA i Síndrome Metabòlic en edats adultes (Sun Shumei, 2007). Altres estudis recomanen més prudència per acceptar la relació entre HTA i obesitat en l'infantesa (Chiolero, 2007).

Es troben al present estudi *Alteracions Analítiques* en el 40,4 % de casos sobretot a expenses de les proves hepàtiques amb el 12,6% o de la fórmula leucocitària amb un 15,4% (p.e. eosinofília més alta en sot-saharians). Caldria disposar de taules amb estàndards de normalitat per edat, ètnia o país d'origen. Afortunadament, la majoria d'alteracions no van acompanyades de patologia.

Els que tenen en el *qüestionari de risc* almenys una conducta de risc per a la seva salut són el 56,4% d'adolescents (el tabac com a única conducta és responsable del 16,2%) i el 75% es van reprogramar a la consulta del CAP. Està relacionat amb un nivell d'estudis baix, no ser creient, pertànyer a una família monoparental i és protector amb ésser immigrant (dones adolescents sense conductes de risc). En altres estudis es troba que el 80% d'adolescents tenen més de dos factors de risc per a la salut, com no fer exercici físic regular, no fer una dieta saludable o fumar i només el

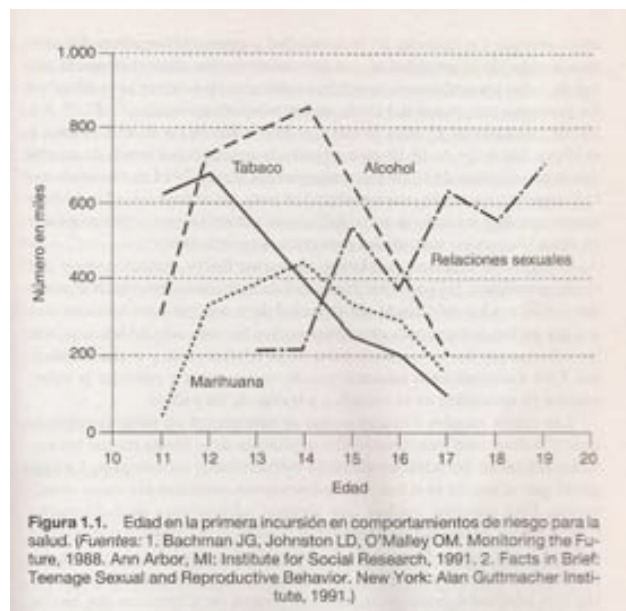
2% no tenia cap problema. Amb l'edat augmenten els factors i es demana que els adolescents han de ser objectiu prioritari de les campanyes de promoció de la salut (Sánchez Alvaro, 2007). Les causes de les quatre morts (trànsit, sobredosi i suïcidi) coincideixen amb la majoria d'estudis per aquestes edats (Report on the State of Young in de European Union, 2000) (BEC, 2007).

6.2 Comparar les prevalences de les conductes de risc i els problemes de salut en els grups d'edat 15-16 anys i 17-24 anys.

L'inici en l'experimentació i comportaments de risc és cada vegada a edats més precoces, la detecció no pot limitar-se a unes edats o grups concrets i en molts adolescents aquest inici de les conductes de risc no es podran detectar sinó es fan revisions anuals (Elster, 1994).

Als USA (fig 14) la primera incursió en el comportament de risc per a la salut és pel tabac als 11 anys i màxim punt als 12 anys, la marihuana inici als 11 anys i màxim als 14 anys, exactament igual que amb l'alcohol i per les relacions sexuals l'inici és als 13 anys, amb tendència creixent amb l'edat (Bachman, 1988) (Ann Arbor, 1991).

Figura 14. Edat inici en conductes de risc



En alumnes escolaritzats de Barcelona l'edat d'inici en el consum de tabac és als 13,4 anys, de l'alcohol als 14 anys i del cànnabis als 14,8 anys (Suris&Parera, 1994 i 2000).

Està acceptat que cada vegada més cal avançar-se en la prevenció dels factors de risc lligats a les malalties cardiovasculars o al càncer, educant en hàbits saludables. Tant el Pla de Salut de Catalunya (Pla Salut 1993-95) com altres estudis demostren i aconsellen la conveniència d'intensificar les activitats preventives a partir, tant des dels 15 anys (HTA, obesitat, consell alimentari, tabac), com des dels 20 anys (dislipèmies) (Jover, 2000) (Berenson, 1998). En les figures 15 i 16 es poden apreciar les etapes tant en el consum de drogues com en el procés de canvi de conductes en relació al consum.

Figura 15. Etapes en el consum de drogues

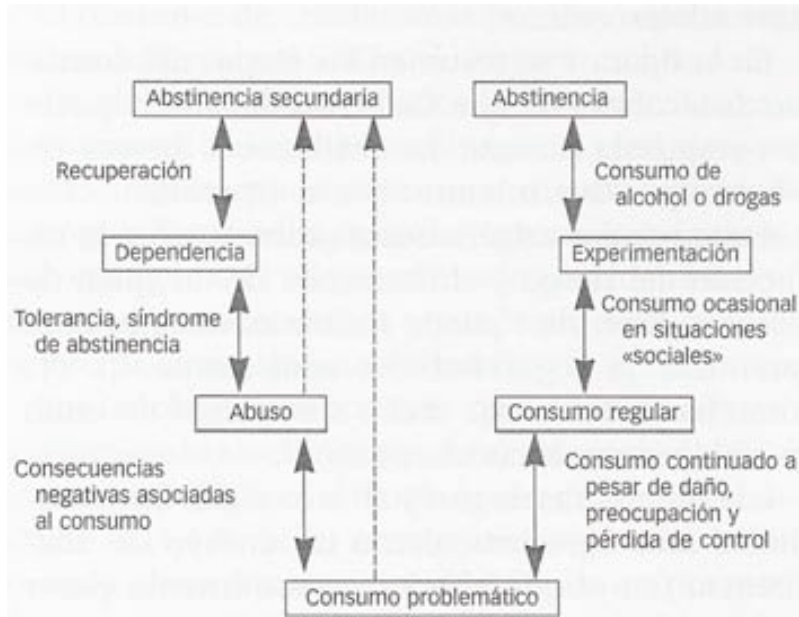


Figura 1

Etapas del consumo de alcohol o drogas. (Datos de: Knight JR. Adolescent substance use: screening, assessment, and intervention. Contemp Pediatr 1997; 14: 45-72.)

Figura 16. Etapes del procés de canvi en relació al consum

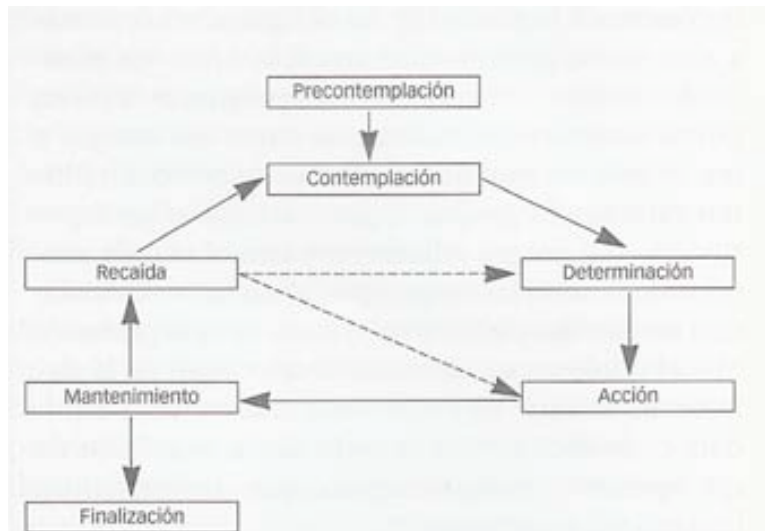


Figura 2

Etapas del cambio. (Datos de: Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice. 1982; 19: 276-288.)

Els adolescents al començament del consum, estan en l'etapa de l'*experimentació* (de no risc o baix risc, depèn de la droga) on restaran la majoria d'ells. Només alguns passaran al consum habitual, on poden situar-se en un consum responsable (alcohol) o problemàtic (on s'haurà d'intensificar la prevenció dels danys derivats).

Entre el 50-80% dels joves de 15 anys havien experimentat amb tabac i el 20% de 15 anys fumaven diàriament (en el present estudi és del 21%). A mitjans dels anys 90 l'experimentació amb el cànnabis era del 4-41%, amb la cocaïna d'entre el 0-4%, d'èxtasi entre el 0-9% i d'amfetamines entre el 1-13% (Report on the State of Young in de Europea Union, 2000).

Les edats en l'inici de relacions sexuals als diferents estudis està entre els 14 i els 16 anys, amb petites variacions (Suris&Parera, 1999-2001) (Encuesta Salud y Hábitos Sexuales, 2003).

L'oferta de cocaïna comença a detectar-se als 12 anys i augmenta a partir dels 14. Dels 15-18 anys són les edats on més oferta es fa de marihuana o hatxís 52,3%, seguida de cocaïna amb el 16,3%, bolets al·lucinògens amb el 13,5%, amfetamines amb el 9,7%, LSD amb el 9%, èxtasi amb el 6,3%, heroïna amb el 4,8% i ketamina amb el 3,3%. Més del 33% dels adolescents consideren que fumar setmanalment marihuana o alcohol no implica cap risc. Consideren què el tabac és nociu del 22% al 28% i les drogues de síntesi el 70% (al curs 2000-01 era del 63%) (Enquesta sobre Convivència Escolar i Seguretat a Catalunya, 2005-06).

Als diferents països d'Europa, l'experimentació amb el tabac als 15 anys està entre el 60-70%, als 13 anys al voltant del 40%, mentre que els que fumen habitualment serien als 15 anys entre el 20-30% i als 13 anys entre el 5-10%, amb més prevalença en les dones. En canvi, quan es parla d'alcohol són els homes els més consumidors, l'han tastat la darrera setmana entre el 5-15% als 13 anys i entre el 20-30% als 15 anys. En relació al sedentarisme la tendència és a augmentar amb l'edat i entre els 11, 13 i 15 anys, la prevalença és del 20%, 30% i 40% respectivament (un 40% als 15 anys i al present estudi un 52,9%). En fer dieta o baixar de pes, les prevalences són molt més altes en les dones, des del 30% als 11 anys, al 40% als 13 i del 50% als 15 anys (The Health of Youth, 1996).

El 16% de joves de 13 anys i el 26% de 15 anys eren fumadors habituals, el 27% de 13 anys i el 89% de 15 anys bevien alcohol habitualment, el 15% de 13 anys i el 26% de 15 anys havien tastat marihuana, i el 4% de 13 anys i el 8% de 15 anys havien tastat cocaïna (USDHHS, 1989).

A Girona un 63% de joves de 15 anys (4º curs d'ESO) ha consumit alcohol el darrer mes, i als 14 anys ja ho han fet el 49%. Han tastat la marihuana el darrer mes el 25% de 15 anys. El 15% ha fumat alguns dies, el 3% la majoria de dies i un 10% cada dia (en total el 28%). Consum de tabac i alcohol més en noies que nois. No fan cap dia exercici físic ni sol ni amb amics el 27,57% de noies (un cop a la setmana el 31,83%), sumant tots dos gairebé el 60%, i esports en equip el 43,76% no

en fa cap i un cop el 15,29% que si també se sumen dona el 60% i en nois sol o amb amic 14,11% i 22,17% i en equip 26,83 i 9,76 (el 37% aproximadament, molt menys que les noies). El 50% mira la televisió i el 43% juga amb ordinador més d'una hora al dia, sobretot en nois (Adriaanse, 2006).

Les edats d'inici a Espanya en el consum són pel tabac als 13,2 anys, per l'alcohol als 13,7 anys, pel cànnabis al 14,7 anys i per la cocaïna als 15,8 anys (Informe sobre la Situación de las Drogodependencias en Espanya, 2006). En altra enquesta es troben dades semblants, així l'edat d'inici en el consum de tabac és als 13 anys i pel consum diari als 14 anys, pel cànnabis als 14,5 anys i per l'heroïna als 14,6 anys (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas, 2007).

En relació a l'oferta de drogues als 14, 15 i 18 anys es troba que amb la marihuana és del 44,6%, el 64,8% i el 83,7% respectivament, amb les amfetamines és del 3,8% 7,4% i 31,3%, amb l'èxtasi del 3,7%, 6,2% i 16,5%, amb la cocaïna del 9,2% 14,8% i 46,9% i per últim amb l'heroïna del 4,7%, 5,7% i 5,1% (Enquesta sobre Convivència i Seguretat, Curs 2005-06).

Comparant les enquestes dels anys 1994 i 2004 en relació al consum d'alcohol, als 14-18 anys s'observa que l'inici de beure està als 13,5 anys en tots dos sexes i el setmanal als 15 anys, tots els consums bastant semblants sense canvis, excepte les borratxeres els darrers 30 dies, que van augmentar del 20% al 35% (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas. ESTUDES, 1994-2004).

Entre els bevedors d'alcohol en l'edat adulta l'edat d'inici als 13 anys o abans estava associada amb un risc de 5,5 com també amb el consum de tabac entre d'altres (Young, 2006). El consum d'alcohol abans dels 14 anys augmenta el risc de patir dependència alcohòlica en alguna ocasió i sobretot durant els 10 anys següents (Higson, 2006). L'inici en el consum d'alcohol es manté estable des de l'any 1994 en els 13-14 anys (Megias, 2007).

6.3 Comparar les prevalences durant els períodes 1993-99 i el 2000-05.

A la taula 38 es pot observar les prevalences comparades en els dos períodes de temps. Augmenta el sedentarisme i les alteracions analítiques (probablement lligades al major tant per cent de joves immigrants que han arribat a partir de l'any 2000) i baixen tots els consums de risc de drogues, per ordre i intensitat de més a menys l'alcohol, altres drogues, el cànnabis i el tabac. També baixen els problemes de salut mental i els qüestionaris de risc alterats.

Taula 38. Comparació prevalences conductes de risc i problemes de salut en els períodes 1993-1998 i 1999-2005

Augmenten	Disminueixen
1-Sedentarisme 2-Alteració analítica	1-Alcohol 2-Altres drogues 3-Cànnabis 4-Tabac 5-Salut Mental 6-Qüestionari risc +

Per primer cop des de l'any 1994 es detecta una baixada del consum de drogues en estudiants de 14-18 anys, tant de cànnabis i cocaïna (consum últims 12 mesos) com de tabac i alcohol (consum últims 30 dies), creixent la percepció de risc en relació al consum així com la sensació de que avui és més difícil aconseguir drogues que fa 2 anys (Encuesta Estatal sobre Drogas. ESTUDES, 2007). Entre els anys 1997-2005 en Catalunya, en relació als joves de 15-29 anys d'edat, el consum de cocaïna s'ha duplicat, l'èxtasi sextuplicat, el cànnabis ha passat del 10,5% al 30%, l'alcohol del 60,9% al 73,2% i el tabac del 48,7% al 47,3% (dades sobre consum i no sobre *consum de risc* com l'estudi present) (El consumo de cocaïna se duplica entre los jóvenes catalanes, 2007). En Espanya en joves de 14-18 anys la proporció de consum de cànnabis des de l'any 1994 al 2004 s'ha multiplicat per dos i amb la cocaïna ha passat del 1,8 al 7,2% (Informe sobre la Situación de las Drogodependencias en Espanya, 2006).

Entre els estudiants de 14-18 anys s'havien emborratxat els 30 dies previs el 21,7% a l'any 1994 i el 34,7% al 2004 i la proporció de bevedors de risc en aquests 30 dies va passar del 8,6% a l'any 1996 al 12,3% al 2004 (edats diferents al present estudi) "han cambiado los estilos de vida relacionados con el consumo de alcohol y los responsables de la salud tienen que movilizarse para modular, modificar y si fuera posible, eliminar esta tendencia (sic) (Encuesta Estatal sobre Drogas. ESTUDES, 1994-2004).

Dels 12-18 anys entre els anys 2000-05 el consum de cànnabis creix lleugerament, el primer consum de marihuana baixa també lleument i 4 de cada 10 adolescents han ajudat a aconseguir droga a algun amic (Enquesta sobre Convivència i Seguretat, 2005-06).

El consum de tabac, després de disminuir des de l'any 1987 al 1996, augmenta fins a l'any 1999, observant-se una pujada del 13,4% en consum diari i setmanal, i del 38,7% en l'experimental; en relació a l'alcohol va baixar un 14% durant els dotze anys. Els bevedors de risc estan igualats en els dos sexes i en l'any 1999, en els que s'han emborratxat algun cop, les noies superen als nois. En relació a provar el cànnabis ha passat del 6,9% al 1996 al 7,3% a l'any 1999 (Ariza, 2003).

En joves de 14-18 anys escolaritzats s'ha trencat la tendència ascendent en el consum d'alcohol els últims 30 dies, entre els anys 1994 al 2004, baixant en begudes alcohòliques del 75,1% al 58,0% però encara altíssim (tendència semblant al present estudi), el tabac del 21,6% al 1994 fins al 14,8% al 2004, el cànnabis del 12,4% al 1994 fins al 25,1% al 2004 (el 20,1% al 2006), la cocaïna des de l' 1,1% al 1994 fins al 3,8% al 2004 (el 2,3% al 2006), i per l'heroïna un augment lleu des del 0,2% al 0,3% (Encuesta Estatal sobre Drogas, 2006-07).

En Espanya des de l'any 1994 al 2000 el consum experimental de cànnabis, en joves de 14-18 anys, ha passat del 23,7% al 34,3%, augment que es dona en la majoria de països d'Europa (King, 1996).

En Europa el 90% de joves de 15-16 anys han begut alcohol. L'edat mitjana d'inici és als 12,5 anys i la primera borratxera als 14 anys. El 13% s'ha emborratxat més de 20 vegades en la seva vida i el 18% ha protagonitzat BD tres o més vegades el darrer mes. La major part de països acusen un augment del consum, en forma de BD, entre els períodes de 1995-99 i 1999-2003. El 10% de la mortalitat de les dones joves i el 25% dels joves està relacionada amb l'alcohol. Un 6% refereix baralles en relació a l'alcohol i el 4% sexe no protegit (Andersen, 2006).

6.4 Estudiar la relació de les desigualtats en salut (classe social segons el nivell educatiu) amb les conductes de risc i els problemes de salut.

Estudiar les desigualtats de salut entre els adolescents i joves de 15-24 en l'any 1993 era quelcom difícil de plantejar. La medició del NSE ha estat sempre complexa, i va ésser a l'any 2000, set anys més tard de l'inici del present treball (Grupo de trabajo SEE-SEMFYC, 2000), quan es va fer l'adaptació espanyola de la classificació britànica de classe social. Es pot estimar la classe social, el NSE, tant a partir de l'ocupació com del nivell educatiu, tots dos són equivalents. El fet d'haver recollit als qüestionaris, des de l'inici, la variable "nivell d'estudis" és la raó per triar-la com a indicador de classe social per a analitzar les desigualtats en salut. Assumint també però, que això podia implicar limitacions, com excloure els joves que encara estaven estudiant, que n'eren 371, i per tant baixar la potència estadística, cosa que probablement faria, que la significació estadística en l'associació d'alguns riscos estigués infraestimada.

S'han unificat les classes socials I-II en una sola (els estudis universitaris a Salt són molt baixos i no hi havia prou casos) i s'han dividit en conjunts de dos, tres o quatre segments per a valorar el gradient, la tendència en els riscos. S'han comparat les classes I-II amb la III, amb la IV i amb la V, fent quatre segments, també la classe I-II, amb la III i la IV-V amb tres segments i per últim la I-II-III unides (correspondria en ocupació habitual a treballadors no manuals) amb la IV-V (treballadors manuals).

També s'han afegit altres variables no incloses a l'estudi (la salut bucodental, el consum de cafeïna de risc, fer més visites de seguiment, els hàbits alimentaris o les derivacions a altres professionals) epidemiològicament relacionades amb l'estudi de la variable classe social, en relació als problemes i intervencions fetes.

El baix nivell d'estudi està relacionat, en relació a les variables incloses a l'estudi, amb més risc en conducció, tabac, sedentarisme i en tenir un qüestionari de risc amb almenys una conducta de risc, i en relació a les variables afegides, amb tenir càries pendents d'obturar, haver tornat a consulta de seguiment al CAP, al consum de cafeïna de risc, a no raspallar-se les dents a diari i a haver fet més derivacions als especialistes, en definitiva, més problemes de salut i més intervencions en relació al baix nivell educatiu. Només, lògicament, és protector amb tenir més càries obturades.

Una gran part dels estudis que relacionen nivell educatiu amb mortalitat, o amb conductes de risc, estan fets amb població adulta (Arias, 1996), havent prou evidència per confirmar la relació entre el NSE i l'estat de salut, així com la necessitat de reduir les desigualtats en salut per a millorar-lo (Chen et al, 2002) (Chen, 2007).

La prevalença de FE per classe social va ésser d'un 6% en classe I-II-III, del 15,9% en classe IV i del 33,3% en la classe V, i estava relacionada amb menys coneixements sobre prevenció d'embarassos i MTS, amb consum precoç de tabac i amb més sedentarisme (Ojembarrena, 2002).

El segon objectiu del Healthy People 2010 de l'Associació Americana de Pediatria (AAP) és l'eliminació de les desigualtats socials i assenyala al NSE com un agent causal en la creació de diferències en salut (Committee of Pediatric Research, 2000). La relació entre les desigualtats en salut, tant en nens com en adults, és prou coneguda (Aler, 1994) (Montgomery, 1996) (Newacheck 1994), en canvi en adolescents aquesta associació encara no és massa consistent (Goodman, 1997 i 1999) (Lowry, 1996). S'han assajat diferents models, com el MacArthur Scale of Subjective Social Status (SSS) Youth Version, per a valorar els efectes del NSE en la salut, o definir l'estatus social en adolescents (Goodman, 2001).

Els problemes de salut mental estan fortament relacionats amb el *nivell educatiu baix*, la violència, les substàncies d'abús i una pobre salut sexual i reproductiva (Alan, 2007). Els adolescents amb famílies que viuen amb ingressos per sota del nivell de pobresa, tenen una probabilitat tres vegades major, de comunicar que la seva salut és només regular o pobre, un 47% més de patir una malaltia crònica incapacitant i un 35% d'esperar 2 o més anys en ser visitats per un metge (Newacheck, 1989b). *Un factor relacionat amb un pitjor estat de salut és l'estructura familiar*, on cada vegada més la família tradicional, dos pares amb un o dos fills en edat escolar, està essent substituïda per altres formes de convivència. S'estima que el 59% dels nens nascuts a l'any 1983 quan tinguin 18 anys viuran amb un sol pare. En l'any 1985 només el 80% de nens blancs vivien en famílies nuclears com el 67,8% de nens hispans o el 39,5% de negres (Hodgkinson, 1985). El 53,6% de famílies no nuclears, amb menys ingressos econòmics, viuran sota el llindar de pobresa, el doble de la població general (US Bureau of de Census, 1986).

Es va analitzar la relació de la mortalitat per càncer des de l'any 2001 amb la raça i el NSE, comparant els que havien estudiat 12 o més anys (estudis secundaris) amb la resta, observant-se una relació més forta a mateix nivell educatiu en negres que en blancs, observant taxes més altes de mortalitat en càncer de mama per baix nivell educatiu així com en càncer de pròstata en homes negres. Tant el color de la pell com el NSE, són dos predictors de mort per càncer (Albano, 2007).

Un instrument per a mesurar la salut percebuda i la QVRS, en nens i adolescents (Rajmil, 2001), és el Perfil de Salut CHIP-AE QUE (Starfield, 1993) que valora sis aspectes: satisfacció, benestar, resistència, riscos, funcions i malalties. Es tracta d'una eina útil per a recollir les dimensions pròpies de la salut dels adolescents (Serra-Sutton, 2003). Els adolescents de *menor edat, entre 12-15 anys*, van presentar millor puntuació en la majoria d'aspectes, com percepció de la seva salut en general, millor benestar o menys riscos. *Les noies van presentar pitjors puntuacions en totes les esferes de*

salut mental (satisfacció amb la salut, autoestima i benestar emocional), també en malalties psicosocials i *activitat física* i *millor rendiment acadèmic que els nois* (dades molt semblants a les trobades al present estudi). En quant a riscos, els nois de menor edat van presentar pitjor puntuació que les noies, però en les edats de 16-19 anys estaven força igualats (segurament pel tabaquisme en les dones, que és molt alt). Per últim, i en relació a NSE, es va observar un gradient amb la salut percebuda, *declarant pitjor salut els que ho tenien més baix*, però en relació a satisfacció i benestar als 16-19 anys les puntuacions més baixes corresponien a aquells amb el NSE més alt. Comparant els resultats de Baltimore i Barcelona els resultats gairebé són superponibles, en general a més edat i en dones es troben pitjors puntuacions, observant-se un gradient entre la salut percebuda i el NSE (Starfield 2002) semblant al altres estudis, (Goodman, 1997) on també les noies de classe social alta, tenien pitjor percepció general del seu estat de salut.

L'abandonament sense titulació de l'escola secundària als USA està associat a major atur, menys ingressos econòmics i més dependència de l'assistència pública, també tenen pitjors indicadors de salut, essent més alts en indis amb el 29%, negres 18% i hispans 17% que en blanc amb el 12%. La pobresa és el factor predictiu més significatiu d'abandonament escolar, més inclòs que el grup ètnic o racial. En l'any 1985 el 56 % de negres pobres i el 53% de blancs pobres no tenien el títol de secundària (Millstein,1991). En quant a nivell educatiu dels fills, més que el tipus de Col·legi (públic o privat) on s'ha estudiat, el factor predictiu més important és el nivell educatiu dels pares, és a dir, tenir un o dos dels pares amb estudis universitaris, o més de 12 anys d'estudis (OCDE. Informe PISA, 2003).

Per prevenir el risc de suïcidi el factor més influent, és diagnosticar la malaltia mental prèvia del jove. L'alt risc relatiu per baix NSE està sobreestimat i és confusor si ajustem per suïcidi i malaltia mental familiar (Agerbo, 2002). No s'observen diferències en quant a utilització dels serveis sanitaris per NSE, però sí en la qualitat de l'assistència rebuda (Cooper, 1998).

La reducció del tabaquisme en gent més jove i dones ha estat menor en relació al baix NSE. La publicitat sembla més efectiva en classes altes i gent més jove, en canvi en dones i classes baixes el preu més alt és el factor més limitant (Towsend, 1994).

En relació a les noves tecnologies, un 47,2% de nens d'11 anys tenen videoconsola i el 42,9% telèfon mòbil, el 36,8% televisió i el 23,2% ordinador connectat a Internet. Els nens tenen més consoles, les nenes llegeixen més, i es llegeix més als 7 anys que als 11 anys. La *relació entre classes alta i baixa* és, en lectura del 89,3% i el 78,5%, en fer activitats extraescolars del 100% i el 69,2% i en hores de televisió a la setmana, del 27% i 13,5%. El 88,4% dels nens fan *activitats extraescolars esportives* davant del 63,5% de les nenes (Torrubia, 2006).

6.5 Analitzar la relació entre les diferents conductes i problemes entre si

Els riscos se sumen i estan associats. Habitualment, aquells joves que tenen alguna conducta de risc n'adopten d'altres. Creuant les 8 variables de l'estudi, incloses en el Qüestionari de risc, (sis conductes de risc: sexualitat, conducció, tabac, alcohol, cànnabis i altres drogues i dos problemes de salut: salut mental i TCA) es troba al multivariant que **Tabac** estan relacionat amb 6 de les 7 variables restants, **Cànnabis i Salut Mental** amb 5 de les set variables, **Altres drogues** amb 4, **Sexualitat** amb 3, **Alcohol** amb 2 de les 7, **Conducció** i **TCA** amb només 1 de 7.

Hi ha una important associació entre el consum d'alcohol i altres drogues (policonsum). Els consumidors d'alcohol són també consumidors d'altres substàncies i els no consumidors tampoc ho són. Entre els consumidors d'alcohol els darrers 30 dies i els no consumidors, el consum de cànnabis els darrers 30 dies és del 35,8% en els que consumeixen alcohol i del 5,7% en els que no consumeixen. En relació a la cocaïna i l'alcohol, en els consumidors i no consumidors els darrers 30 dies, és del 5,3% i el 0,5% respectivament i per a l'èxtasi és del 1,9% i el 0,2%. (Encuesta Estatal sobre Drogas. ESTUDES, 2004). Entre els consumidors de cànnabis els darrers 30 dies l'associació és amb l'alcohol del 92%, amb el tabac el 64,9%, amb la cocaïna del 13,8% i amb altres drogues sota del 7%. En els consumidors d'èxtasi la relació amb l'alcohol és del 94,9%, amb el cànnabis del 85,7%, amb el tabac del 77%, amb la cocaïna del 74,1%, amb les amfetamines del 55,8%, amb els al·lucinògens del 38,1% i amb altres drogues per sota del 20%. En els consumidors de cocaïna la relació amb l'alcohol és del 95,2%, amb el tabac del 90,3%, amb el cànnabis del 75,6% i amb la resta per sota del 30% i per últim en els consumidors d'heroïna els darrers 30 dies la relació amb l'alcohol és del 92,5%, amb el cànnabis del 80,7%, amb el tabac del 73,6%, amb la cocaïna del 73% i amb altres per sobre del 45% gairebé tots (OED, 2006).

La majoria d'adolescents que tenien alguna conducta de risc, també en tenien d'altres i la presa de múltiples conductes augmenta amb l'edat i és diferent segons el sexe (Duberstein Limberg, 2000).

Si l'edat de començar a beure alcohol és abans dels 13 anys, comparat amb aquells que fins als 19 anys no bevien, el risc és 2,0 vegades més gran per a tenir sexe no previst i 2,2 *per a fer sexe sense protecció*, després de controlar per edat, etnicitat o color de pell, estat civil, història d'alcoholisme familiar, edat de començament de fumar i consum de cànnabis (Hingson, 2003).

Diferents estudis relacionen el consum de cannabis amb la pràctica de sexe poc segur (Poulin, 2001) i quan s'abusa de l'alcohol es duplica la probabilitat de tenir sexe desprotegit (Traeen, 1996) o de tenir relacions sexuals no desitjades (Johnson, 2004). Aquells que consumeixen alcohol i altres drogues quan més joves també s'inicien en la pràctica del sexe abans (Calafat, 2003).

Els que consumeixen drogues i alcohol són més actius sexualment, tenen més probabilitats de practicar sexe poc segur i per tant més risc d'embaràs i MTS, així com conductes vinculades a violència sexual (Bellis, 2004).

El consum de drogues il·legals es cobra la vida de 800 persones anualment a Espanya i el policonsum és habitual, ja que les persones que van prendre cocaïna en els darrers 12 mesos, a més de tabac i alcohol, van prendre cànnabis el 81,6%, èxtasi el 27,5%, amfetamines el 29,6%, al·lucinògens el 20,8% o tranquil·litzants o sedants el 10,6% (Informe sobre la Situación de las Drogodependencias en Espanya, 2006).

El consum d'alcohol les quatre setmanes anteriors, es va relacionar amb sexe sense preservatiu o més parelles diferents, els que consumien drogues abans dels 16 anys també s'iniciaven abans en sexualitat i els consumidors de cocaïna eren els que *menys utilitzaven mètodes anticonceptius i més MTS havien tingut* (Bellis, 2008).

Més del 90% dels fumadors d'entre 12-18 anys havien tastat l'alcohol, el 86,3% el cànnabis i un 11% altres drogues, i es va trobar associació amb tenir germans fumadors (Aburto, 2007).

La barreja de tabac, alcohol i hatxís és habitual, i aguditza els seus efectes, avui s'arriba en tres anys al policonsum quan abans era d'uns 10 anys. La relació entre consum de cànnabis i de tabac, si es considera els consumidors els darrers 30 dies de tabac diari i hatxis habitual, és més alta en aquest últim (Encuesta Estatal sobre Drogas, 2006-07).

Hi ha prou evidència entre l'accidentalitat i mortalitat en conducció de vehicles i el consum d'alcohol o altres drogues (Zador, 1991) (Del Rio, 2002) (Casas&López, 1996).

Es va investigar amb quins factors *predictius* personals, familiars i escolars estaven relacionades les conductes de risc consum de drogues, sexualitat i seguretat viària, a partir d'una enquesta (Suris&Parera, 1994). Al final de l'anàlisi multivariant van quedar 5 variables (0-5): alt nivell de religiositat, bona relació amb els pares, li agrada anar a l'escola, notes mitjanes d'aprobat o més i bona relació amb els mestres. Els adolescents de 14-16 anys amb una puntuació igual o superior a 1 tenen significativament més probabilitats de prendre qualsevol de les 10 conductes de risc (en els de 17-19 anys no ho són per a sexualitat). A l'aplicar a una altra enquesta (Suris&Parera, 2000) es manté significativa menys per a no portar sempre el casc i en els més joves tampoc per conduir intoxicat o tenir relacions coitals. Conclou que les conductes estan relacionades entre elles, que l'escala és fàcil d'aplicar, que permet detectar als joves que prenen al menys una conducta de risc i que és un bon predictor del consum de drogues, millor per als 14-16 anys (Suris, 2003).

6.6 Analitzar amb detall les conductes i problemes de salut més prevalents o amb més rellevància clínica.

6.6.1 Tabac

6.6.2 Sobrepès i Obesitat

6.6.3 Consulta psicològica

6.6.1- Tabac

La nicotina crea addicció ràpidament i això explica, en la majoria d'enquestes, el baix percentatge de fumadors esporàdics o exfumadors, en aquestes edats. Per a substituir les persones que abandonen el consum de tabac i les que moren prematurament per malalties relacionades, la indústria tabaquera necessita reclutar més de 175.000 nous clients cada any per a assegurar-se els beneficis actuals; s'estima que el mercat de tabac necessita captar cada dia 480 nous clients entre els nens, nenes i adolescents espanyols. L'actual legislació espanyola és insuficient, doncs es continua utilitzant el tabac per a la publicitat indirecta i el patrocini d'activitats esportives i musicals dirigides sobretot a joves (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003).

Els escolars espanyols que han tastat el tabac (que estarien en la fase d'experimentació) serien el 17% als 11 anys (el 14% i 19%, en dones i homes respectivament), del 35% als 13 anys (33% i 36% en dones i homes), fins arribar als 15 anys on s'inverteixen les prevalences amb el 66% de dones i el 55% d'homes. Fumen habitualment el 2% als 11 anys, més en els homes, el 8% als 13 anys també més en els homes i del 20% als 15 anys però ara amb predomini de les dones. En relació a l'alcohol, més consum en els homes i tendència a augmentar amb l'edat. (The Health of Youth, 1996).

Es troba al present estudi que, abans de complir els 19 anys, el 91,4% dels adolescents fumadors ja són consumidors habituals (addictes) a la nicotina. Que dona protecció el ser immigrant i més risc el no tenir creences i pertànyer a una classe social baixa (IV-V). El consum està relacionat amb totes les conductes de risc, i a més amb el consum de tabac del pare, el consum de tabac de la mare, el sedentarisme i el consum de risc de cafeïna. Als 15-16 anys la prevalença ja és del 21,2% i dels 17-24 anys del 49,7% $p < 0,0001$. La prevalença global observada del 40,68% està en clara disminució. Així mentre en el període 1993-98 era del 46,8% al 1999-2005 havia baixat al 32,7%.

A l'estudi REGICOR el consum de tabac és més elevat en els homes que en les dones, tot i que, coincidint amb les dades de l'ESCA 1994, l'augment del consum en dones d'entre 25-35 anys d'edat és molt important, superant als homes de la mateixa edat (43% i 34%) (Masià, 1996).

L'objectiu per a l'any 2000 de disminuir la prevalença de tabaquisme en joves de 15-24 anys fins al 18% es considera com a No-Assolit (NA), al passar del 38,3% en l'any 1989 al 40,0% en el 2000 (Pla de Salut Catalunya 2002-2005).

Del conjunt de fumadors de Catalunya, es van iniciar després dels 25 anys només un 4,1% i abans dels 18 anys ja ho eren el 76,9% (al present estudi es del 91,4%). Fumen un 25,5%, no han fumat mai el 50,9%, són exfumadors el 19,7% i només són fumadors ocasionals el 3,9% (ESCA, 2006).

Entre els 15-24 anys és l'únic segment d'edat en l'any 2002 en què les dones superen als homes en prevalença de consum tant a diari com ocasional, tendència que canvia al 1994, en què tant homes com dones capgiren l'evolució a la baixa, que es donava des del 1982, però amb un augment més significatiu en les dones (45% i 42%) que es manté a l'any 2002, disminuint en tots dos sexes. S'ha passat del 58% i 47% al 1982 al 35% i 42% al 2002 invertint l'ordre (Pla de Salut, 2002-2005).

Deixar de fumar és beneficiós per a la salut a qualsevol edat. Als 10-15 anys de deixar-ho, s'igualava el risc de patir càncer de pulmó amb els no fumadors i als 10 anys el de cardiopatia coronària (US Department of Health and Human Services, 1990) (Pardell, 2001). Es pot reduir més d'un 25% el nombre de joves que comencen a fumar, si es forma als alumnes més influents de cada classe per a parlar i fer tallers amb els altres companys. Al final de la intervenció els alumnes fumadors van disminuir del 25% al 15% (Campbell, 2008).

Cal prendre mesures per a protegir als adolescents entre 10-14 anys de l'exposició massiva al cinema, on hi ha excés d'imatges i seqüències, on el tabac o els actors fumant són habituals (Sargent, 2007). Els nens i adolescents, són especialment vulnerables a l'aparició d'actors que fumen. L'exposició visual a escenes de fumadors, observades a les pel·lícules, podria ser la responsable de la iniciació com a fumadors de fins un terç dels nens estudiats (Titus-Ernstoff, 2008). Es va fer un seguiment als 8, 16 i 24 mesos a joves, sobre escenes de pel·lícules que havien vist, observant que mentre al començament el 90% no havia fumat mai i el 0,5% fumaven més de 100 cigarrets, quan es va fer l'enquesta, el 2% eren fumadors habituals, conclouent que veure pel·lícules de televisió o cinema on els personatges fumen està associat a tenir una propensió al tabaquisme en etapes posteriors, al donar una visió positiva del fumar o per imitació, al relacionar-se més, amb amics adolescents que ja fumen (Sargent, 2005). S'ha detectat un augment a partir del període 1999-2000 de les escenes amb tabac, superiors inclòs als anys 50 quan fumar era una moda. El 34% dels joves va al menys un cop al mes al cinema i quant més joves estan exposats al tabac en el cinema, més augmenta haver consumit tabac els últims 30 dies o convertint-se en fumadors habituals (Song, 2007). L'efecte sobre el consum de l'exposició al cinema o televisió està més associat en adolescents blancs que en negres, contradient altres estudis (Jackson, 2007).

La tendència en consum de tabac, ascendent des de l'any 1994, ha baixat, però els que fumaven a diari els darrers 30 dies, encara són el 30,6% de les noies i el 24,8% dels nois (la mitjana europea és del 18%), el consum experimental ha passat del 60,4% a l'any 2004 al 46,1% al 2006. En relació al tabac $\frac{3}{4}$ parts s'ha plantejat deixar el tabac i més del 50% estan pensant seriosament en deixar-lo (Encuesta Estatal sobre Drogas, 2006-07). Cal valorar amb el risc de fumar en els adolescents les falses creences i tenir-les en compte per a campanyes de prevenció (Primack, 2007).

En adolescents de 3^o-4^o d'ESO fumen el 18,2% (60% dones), només diàriament el 54,7% (el 45,3% esporàdics) i el 91% fumen entre 1-9 cigarrets al dia. Només un 5% fuma sol i el 35,71% no ho considera una droga (Hernández, 2007). El 34,4% de joves de 14-18 anys havia fumat en alguna ocasió (en dones el 39,9% i en nois el 28,9%), l'edat mitjana d'inici era els 13,2 anys i entre 16-24 anys la prevalença era del 41% (OED, 2002). En joves de 12-18 anys, es troba que el 51,8% han tastat el tabac i que el 29,9% són fumadors i d'ells el 49,6% a diari, l'inici és als 13,1 anys i hi ha més prevalença en les dones (Aburto, 2007). El consum de tabac diari en joves de 16-24 anys és del 28,27%, l'ocasional del 4,99% i els exfumadors són el 6,46% (gairebé el 40% tenen una relació molt estreta amb el tabac) i en dones aquestes taxes són una mica més altes, del 31,15%, 3,30% i el 6,96% respectivament (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

Els objectius del PNPCT al 2007 eren que l'edat d'inici hauria de ser superior als 14 anys i la proporció de fumador de 16-24 anys del 36%, 6 punts per sota de l'actual (PNPCT 2003-2007).

El tabac és la primera causa de mort per càncer al món, i del 25% de les morts per aquesta causa al Regne Unit. El Govern de Harold McMillan al 1956 va ocultar la vinculació del tabac amb el càncer per a no disminuir els ingressos d'Hisenda, afirmant que era més arriscat creuar el carrer que fumar (sic) o que l'expectativa de vida entre fumar i no fumar eren 73 i 74 anys (Robert Turton responsable de Sanitat) segons documents secrets fet públics pels Arxius Nacionals (El Reino Unido ocultó por interés hace 50 años el peligro del tabaco, 2008). Les maniobres que la indústria tabaquera ha utilitzat per a augmentar la capacitat addictiva de la nicotina són immenses, i així mentre en un paquet de tabac només consta la nicotina, el quitrà i el monòxid de carbó la companyia hispanofrancesa Altadis (Fortuna, Ducados, Nobel, Gauloises) amb uns beneficis de 1938 milions d'euros, el primer semestre del 2007, reconeix que usa en les seves marques venudes 289 additius per augmentar l'addicció i disminuir el efectes molestos del tabac, i que aquests additius representen el 10% de cada cigarreta, la resta és tabac. Als USA la indústria utilitza 599 additius i més de 100 tenen activitat farmacològica. El 4,2% dels additius són sucres, que al cremar-se produeixen acetaldehid, que està demostrat que augmenta l'efecte de la nicotina (però també és mutagen i tòxic per a l'embrió i produeix tumors del tracte respiratori ja coneguts al 2001). També hi han set derivats de la lactona, substància que inhibeix l'enzim encarregat de

metabolitzar la nicotina i fa que estigui més temps a sang. Fins a un 1,1% són derivats del cacau que no només aromatitzen, sinó que són broncodilatadors i fa que arribin als alvèols i s'inhali més, com la regalèssia amb un efecte similar, com els precursors de l'àcid acetilsalicílic que funcionen com anestèsics per a que irriți menys la gola. Tots els aromatitzants fan que es toleri millor inclòs entre els no fumadors (Rabinoff, 2007).

La indústria tabaquera sap que l'exposició repetida a un estímul desenvolupa actituds favorables cap a aquest estímul, i que molts menors no són conscients que estan essent manipulats a través dels missatges que se'ls envien subliminalment (Hastings, 2000). Hi ha formes diferents de receptivitat a la publicitat (Pierce, 1999) i les promocions del tabac van dirigides a joves no fumadors per a convertir-los en fumadors, sobretot de 12-17 anys, utilitzant estratègies com anomenar una marca de tabac amb el seu anunci favorit o posseir o desitjar un objecte promocional d'una marca de tabac, reconeguda i anomenada. Han estat moltes les estratègies i pressions que la indústria ha fet sobre governs i particulars (Hansen, 2005). Un metanàlisi sobre la exposició al tabac en l'inici del consum demostra que el marketing pro-tabac estimula el consum i que cal prohibir-lo per a protegir als nens i adolescents (Wellman, 2006).

El escolars amb més tolerància per fumar, amb amics fumadors o amb intenció de fumar en el futur tenen major risc d'iniciació al consum i són més vulnerables (Ariza, 2002). En una mostra d'adolescents de 14 anys de mitjana, on el 22% fumaven 10 cigarrets diaris, l'inici era als 11-12 anys i el 90% ho feien abans dels 20 anys, el consum estava relacionat amb tenir amics fumadors i pitjor funció familiar, amb el FE i amb el consum d'alcohol i altres dogues (Perez-Milena, 2006).

Cal millorar i enfortir la intervenció preventiva del metges generals, que en general són poc freqüents i poc efectives (Makni, 2002), sobretot el consell antitabac que ha demostrat en diferents estudis una efectivitat del 5 al 9% (Russell, 1979).

Sembla que l'hàbit tabaquic és un poderós determinant per desenvolupar símptomes depressius OR 3,90 en canvi la depressió en el bivariant és fortament, quasi el triple, de predictiva de fumar i en canvi en el multivariant no és predictiva a l'ajustar per altres variables. El que sí és un fort predictor de ser fumador en el futur és l'experimentació prèvia OR 3,05 (Goodman, 2000). La desaprovació dels pares en l'hàbit de fumar dels fills és un fort condicionant per a no fumar, més significatiu que la pressió dels iguals i independent de que els pares fumin o no (Sargent, 2001).

6.6.2.- Sobrepès i Obesitat

El sobrepès està relacionat només amb haver fet *dieta per aprimar-se* i l'obesitat també amb haver fet *dieta per aprimar-se, amb abús de begudes de cola* i amb *dislipèmia*. Comparant les edats entre 15-16 anys i 17-24 s'observen unes prevalences en sobrepès de 12,6% i 17,7% $p < 0,054$ i en obesitat 7,0% i 6,6% $p < 0,831$ amb més prevalença en el segment de 15-16 anys.

Estudiant quins factors tenen influència sobre el pes corporal entre els 9-14 anys es va trobar que a l'any de seguiment un 6% de les noies i un 2% dels nois estaven preocupats pel seu pes, i el 2% i un 1% estaven fent dieta contínuament. La influència dels iguals no va ser significativa i en canvi la preocupació del pare (OR nois i noies de 2,6 i 2,3) i seguir el model dels mitjans de comunicació sí que ho van ser (OR nois i noies 2,7 i 1,9), independentment de l'edat i l'IMC (Field, 2001).

L'obesitat o el sobrepès als 18 anys està relacionat amb mort prematura en dones a l'edat adulta segons el Nurses' Health Study II, fet en 102.000 dones de 24-44 anys, on als 12 anys de seguiment van morir 710 i es mantenia la significació després d'ajustar per tabac, alcohol, exercici i obesitat en adults (Van Dam, 2006).

L'obesitat en nens està associada amb l'obesitat en adults (Whitaker, 1997) o fins i tot aquesta obesitat infantil pot reparèixer amb més severitat en l'edat adulta (Feedman, 2001) i el sobrepès a l'adolescència també està associat amb tenir sobrepès a l'edat adulta (Kvaavik, 2003).

Potser més que l'IMC caldria utilitzar pel càlcul d'obesitat el percentil 95 i entre el 90-95 per a considerar sobrepès, cosa que augmentaria les prevalences (Elster, 1994). A les figures 17 i 18. es poden observar els percentils per edats per a mesurar el sobrepès i l'obesitat en nois i en noies.

Figura 17. Percentils sobrepès i obesitat nois

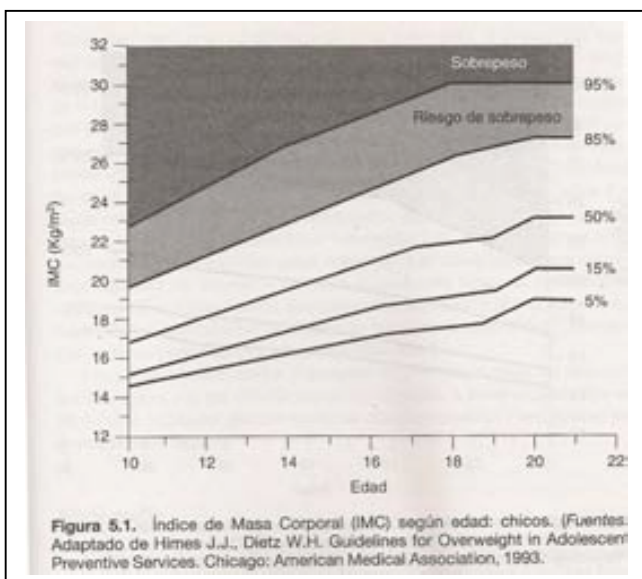
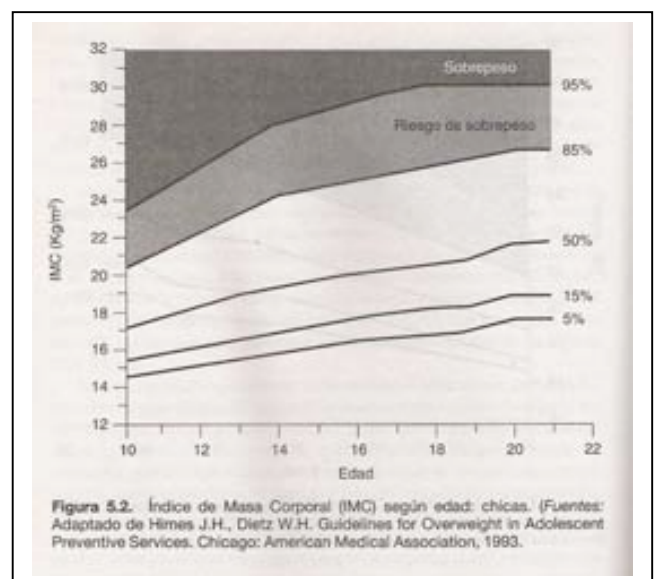


Figura 18. Percentils sobrepès i obesitat noies



Mentre en els darrers 20 anys s'ha aconseguit l'alçada mitjana europea (excepte alemanys, suecs i holandesos), és a dir, 177,3 cms. en els homes i 163,9 en dones, augmentant 1,4-3,4 cms. en homes i 2,6-4,2 cms. en dones (en l'any 1910 era de 163,4 cms., en l'any 1960 era de 166,3 cms. i en 1990 de 174,6 cms.) en canvi en quant al pes l'IMC ha augmentat en 2,18 punts, en homes 2,0-5,3 (IMC 23,6) i en dones 0,9-3,7 (21,4 IMC) (Carrascosa, 2008).

L'objectiu de disminuir la taxa de sobrepès en un 20% es considera com a no-assolit (NA). S'ha passat del 27,8% al 1989 al 38,9% al 2000 i en quan a la taxa d'obesitat (en el segment d'edat 18-74 anys) del 11,9% al 17,0%. En referència als cinc indicadors i objectius d'activitat física quatre també hi són com a No- Assolits i un com Parcialment-assolit, la qual cosa indica la tendència ascendent en relació al sedentarisme (Pla de Salut de Catalunya, 2002-2005).

El 20% dels menors de 15 anys de Navarra tenen sobrepès o obesitat, un 8,81% té obesitat i un 11,41% sobrepès (semblant al present estudi) (Sánchez, 2008). L'obesitat en menors de 15 anys és de l'11% i del sobrepès del 40%. La prevalença és major als 2-5 anys i és més alta en nens. Entre 15-24 anys només un 2,1% té obesitat (II Encuesta Regional de Salud Castilla la Mancha 2006). La prevalença d'obesitat en nens de 9-10 anys durant el període 1992 al 2004 va augmentar un 12,2% sobretot pels nens superior al 30%, de les més altes d'Europa (Martínez, 2006).

L'obesitat en l'adolescència està associada amb increment precoç de totes les taxes de mortalitat per malaltia coronària en homes i augmenta el risc de malaltia coronària i arteriosclerosi en homes i dones (Must, 1992). Es va trobar una relació lineal entre l'IMC i la possibilitat de patir una cardiopatia isquèmica (Baker, 2008). Per sota dels 9 anys el 10% de la població infantil ronca de manera habitual i entre 1-3% té apnea de la son que, com en l'edat adulta, està relacionada amb l'obesitat (Jiménez Gumez, 2008). L'obesitat es considera en l'actualitat als USA la segona causa de mortalitat que es pot prevenir després del tabac (Allison, 1999) (Fontaine, 2003). A partir dels anys noranta l'augment dels 0,5-1% anuals en l'obesitat s'ha disparat a augments al voltant del 50% a la majoria de països desenvolupats, inclòs Espanya (Rodríguez-Artalejo, 2002).

La possibilitat de presentar sobrepès és 1,6 vegades més alta als 9-12 anys que en l'adolescència posterior, va associada a xifres més altes de TA i colesterol i tenen entre 11 i 30 vegades més possibilitats d'ésser obesos als 21-23 anys. Les nenes d'origen Africà tenien 1,5 vegades més de presentar sobrepès a qualsevol edat i entre 9-18 anys la prevalença de sobrepès va ser major entre les adolescents de raça negra amb el 17-24%, que entre la blanca amb el 7-10 % (Kimm, 2002).

El 9,13% (el 6,76% del present estudi entre 15-24 anys) de nens de 2-17 anys tenen obesitat i el 18,3% sobrepès (el 16,1% del present estudi) i un 20% d'aquests nens tindrà sobrepès d'adult (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

En 36 col·legis de Londres al 1999 la taxa de sobrepès i obesitat va ser del 25%, més alta en noies del 29%, en classes baixes del 31% i en dones negres del 35% i una vegada establerta després dels 11 anys va ser difícil de modificar-la. Cal per tant intervenir el més aviat possible (Wardle, 2006).

Els que no esmorzen tenen de mitjana un IMC cinc punts superior als que sí ho fan (Timlin, 2008).

En Espanya el 8,2% de la població de 2-24 anys no esmorza tots els dies i un 32% esmorza poc o malament (no esmorzar és uns dels mètodes utilitzats per a mantenir el pes) (Díaz, 2008).

No es va trobar relació entre l'augment d'obesitat i canvis en el contingut dels anuncis publicitaris en canvi sí en la quantitat d'anuncis que veien. El 97,8% dels anuncis vistos per nens de 2-11 anys i el 89,4% vistos per adolescents de 12-17 anys eren molts pobres en contingut nutricional i tenien un alt contingut de sucres, greixos o sal. El 46,1% i el 49,1% de calories dels anuncis per les edats esmentades venien dels sucres i el 97,6% d'anuncis de cereals tenien alt contingut en sucres (Powell, 2007) (Powell & Szczypka, 2007).

Es dona *la paradoxa* que les persones més sedentàries són les més joves, i les més actives les més grans, mentre només un 50% d'entre 18-29 anys caminen 30 minuts diaris, en les edats 60-74 anys aquest percentatge puja al 76,3% (Pla de Salut 2002-2005). També s'observa que entre el període 1992-2002, en les edats de 10-75 anys, en quant al consum alimentari, baixa el de verdures de 204 a 185 segons dades preliminars de l'ENCAT (Enquesta Alimentaria 2002-2003) i el les fruites de 280 a 235, així com el de patates, de peix i els d'ous (tendències negatives segons els objectius del Document Marc i les Guies Alimentàries de l'Enquesta de Nutrició de Catalunya 1992-1993), així com també una baixada en el consum de carn considerat com una tendència positiva, com l'augment de làctics i de cereals (Pla de Salut 2002-2005. Enquesta ENCAT 2002-2003).

Segons l'estudi enKid (1998-2000) la prevalença en Espanya de 2-24 anys d'obesitat és del 13,9% (sumant sobrepès arriba al 26,3%) i en Catalunya del 9,5% (al nostre estudi del 6,76%). Més en homes de 15,6% i en els 6-13 anys, i en dones un 12,0% i en 6-9 anys. Els factors de risc d'obesitat infantil identificats a l'Estat Espanyol han estat: *el baix NSE* i cultural dels pares, la presència d'obesitat en els progenitors, la manca d'al·letament matern, les hores de televisió setmanal, *el sedentarisme*, el baix consum de fruites i verdures, *l'elevat consum de brioixeria industrial i de begudes refrescants* i l'omissió d'esmorzar o un esmorzar inadequat (Aranceta Bartrina, 2002).

Es va aconseguir rebaixar l'obesitat un 50% millorant la formació dietètica dels professors, servint l'esmorzar a classe, restringint entre d'altres els sucres industrials de fruita i limitant la venda en màquines de refrescos, patates chips i bolleria (Foster, 2008). Als menjadors escolars hi ha poca presència de fruites, només 3,4 cops a la setmana, i de verdures 2,0 vegades a la setmana, llegums 1,4 cops i peix 1,3, i hi ha un excés de carn pasta i arròs, és en definitiva una dieta alta en greixos i proteïnes. I malgrat que entre el 2-3 % dels escolars tenen necessitats alimentàries especials

(al·lèrgies, diabetis o intolerància al gluten) o per motius religiosos, només a Madrid, València i Andalusia garanteixen una dieta adient a aquestes necessitats (Polanco, 2007). El 38,3% d'adolescents de 12-19 anys mengen 5-10 cops al dia fruites i vegetals, entre els 15-19 anys en menjaven menys i tant els ingressos familiars com el *nivell educatiu* tenien una influència positiva i significativa. Les dones en menjaven més i els adolescents que vivien en cases amb els dos pares més que *els monoparentals* (Riedijen, 2007). La dieta amb fruites i verdura allarga la vida un 30%, millora tant la mortalitat per càncer com per malaltia cardiovascular, malalties respiratòries o diabetis. Es pensa que és degut als agents antioxidants dels vegetals, essencialment VitC i provitamina A, així com el licopeno, un carotinoide del tomàquet (Agudo. Projecte EPIC, 2007).

No s'ha de recomanar cap beguda alcohòlica com a prevenció de cap malaltia, ni cardiovascular ni de cap altre, i no es va trobar cap associació del vi amb fer una dieta més sana. Són els abstemis els que més bona dieta fan i entre els consumidors d'alcohol no hi ha diferència entre el vi i altres begudes alcohòliques, al seu judici "hi han altres mitjans menys arriscats i més segurs que l'alcohol per a reduir el risc de malaltia cardiovascular com són estar prim, no fumar, fer exercici, reduir càrnics, bolleria industrial i begudes ensucrades, augmentar el consum d'oli d'oliva verge, les fruites, verdures i fruits secs així com controlar la TA i els lípids" (Martínez MA, 2007).

Comparant amb els immigrants els nois espanyols, beuen més llet i donen més importància a l'esmorzar, el 75% menja quelcom a l'anar a classe però els immigrants que esmorzen li dediquen més temps i és més complert. Les noies autòctones tenen més coneixements però també són les que mengen més "xuxes". Els immigrants sud-americans, àrabs, asiàtics i xinesos mengen més proteïna amaranto, mijo, soja, iuca i batata (Ramos, 2007).

Tenir un amic obès augmenta la possibilitat de pujar de pes un 57% i amb dos amics obesos aquesta és del 171%, entre germans del 40% i entre cònjuges del 37% (Christakis, 2007). Menjar amb la família en l'adolescència promou dietes equilibrades i saludables en el futur, fer-ho és predictiu de més consum de fruites i vegetals, però encara amb poca significació. Les noies menjaven en família més que els nois. Es va trobar una relació entre els menjars familiars i la qualitat i els patrons del menjar en adults i s'esperona a que les famílies mengin conjuntament (Larson, 2007).

En dones de 24-42 anys les que fan exercici físic regular tenen un 23% menys de risc de desenvolupar un càncer de mama abans de la menopausa, baixant més, si l'exercici era entre els 12-22 anys. El nivell físic més actiu era 3,25 hores corrent a la setmana o 13 hores caminant i sembla estar relacionat amb que l'exercici redueix l'exposició als estrògens (Maruit, 2008). La pràctica regular d'activitat física durant tota la vida és important per mantenir-se sa, tant a nivell físic com mental, i per prevenir les morts prematures (US Department of Health, 2000). Realitzar

60 minuts d'activitat física en adolescents de 14-16 anys moderada-intensa al dia triplica la probabilitat de tenir una capacitat cardiovascular saludable (Ortega, 2008).

Es pot baixar pes en nens de forma lúdica i al mateix temps millorar les qualificacions escolars (millorant la autoestima). Es va aconseguir rebaixar l'obesitat en nenes del 33,16% de prevalença al 27,08% (Martínez V, 2004-06).

Entre els 15-44 anys en el conjunt de Catalunya són molt o moderadament actius el 14,8% lleugerament actius el 47,2%, mínimament actius el 14,2 i sedentaris el 23,9%. Si es compara amb els gironins aquest 23,9% de sedentaris baixa al 18,9% (ESCA, 2006). Potser fins ara tothom s'ha centrat per a tractar l'obesitat amb la nutrició i s'ha oblidat l'activitat física, que cal defensar-la com un dels pilars on se sustenta la salut de la persona especialment en nens i joves, cal per tant reivindicar infraestructures esportives adients (Yancey, 2007).

En joves de 11-15 anys el 55% no compleixen les guies de exercici físic i el 30% excedeix en dos les hores de televisió recomanables. Els noies són més actius i menys sedentaris que les dones i el 80% no fa una dieta correcta. Vuit de cada 10 no compleix les recomanacions de la dieta, l'exercici i el sedentarisme. Les conductes de risc dels pares són un factor de risc pels fills (Sánchez A, 2007). Reduir les activitats d'oci sedentàries sembla que no augmenta la pràctica d'exercici físic i que són activitats independents (Taveras, 2007). Fent tres cops setmanals 30 minuts d'exercici en les guarderies no es va modificat el pes final, però si van millorar les habilitats psicomotrius (Reilly, 2006).

En funció de la despesa de calories en exercici físic es valorava la reducció del risc de patir un event cardíac o cerebrovascular. Així per a 1500 calories era del 41%, entre 600-1499 calories era del 32% i entre 200-599 calories del 27%. Els beneficis de l'exercici a llarg termini comencen amb només fer una activitat moderada, com són dues hores setmanals (Mora, 2007).

6.6.3 Consulta Psicològica

En la taula 39 s'observen les associacions d'haver estat o estar en tractaments psicològic amb diferents variables relacionades.

Taula 39. Associacions consulta psicològica. Salt 1993-2005.

	Només col·legi		Tots els casos			
	Risc	No creient	Protector	Risc	Més edat	Protector
Cànnabis	3,82		0,57	2,77		
Altres drogues	2,77			2,50	Immigrant	0,71
TCA	2,41			2,06	No creient	0,4
Sexualitat	2,40			1,71		
Idees suïcidi	4,36			5,47		
Maltractes	5,31			2,97		
Abusos	4,16			4,48		
Família monoparental				2,0		
Tabac				1,85		
Hores de son				1,74		

Tenir més edat, ésser immigrant i no ésser creient són situacions de protecció en relació a haver estat en tractament psicològic. L'associació amb més risc hi és amb el consum de tabac, cànnabis i altres drogues, pertànyer a una família monoparental, la sexualitat, el dormir poques hores, els TCA i els aspectes relacionats amb la salut mental com el suïcidi, els maltractaments i els abusos sexuals.

Si es pretén, no només informar i detectar, sinó canviar conductes el consell assistit, també anomenat "counselling", és un mètode d'intervenció pràctica que utilitza per a diagnosticar/canviar conductes, diferents estratègies com són la informació, les actituds, les creences i els valors (factors predisposants), desenvolupar les habilitats, augmentar l'accessibilitat als mitjans i recursos (factors facilitadors) i per últim també reforçar/reconèixer els canvis de conducta tant individual com col·lectivament (factors reforçants) (Bimbela, 2001) (Bandura, 1977).

El 10% de joves de 15-24 anys tenien símptomes depressius i la prevalença de trastorns mentals s'estimaven entre el 15-20% (Report on the State of Young in de Europea Union, 2000). Alguns trastorns d'ansietat patits per adolescents, que suposen a més un factor de vulnerabilitat psicosocial per als futurs adults, estan associats a una carència d'atenció o a una *actitud excessivament protectora* per part de la mare durant la infantesa (Heider. ESEMeD, 2008).

L'adolescència és com una etapa de readaptació continua, amb crisis repetides, que permet superar-les, creant un nou equilibri. La *marginació i dependència* que tenen els adolescents en general en la família, el sistema educatiu i el sistema laboral contrasta amb la *permissivitat* en el temps de lleure, oferint espais de llibertat aparents i deixant en mans d'interessos comercials l'organització de la mateixa. Les necessitats personals i sexuals dels adolescents estan especialment negades, manipulades i desateses i mentre la publicitat invita a fer bogeries, tant els pares com el sistema educatiu i el sanitari guarden un silenci o donen una feble resposta, enfront dels poderosos interessos econòmics, com per exemple els de les companyies tabaqueres o alcoholerres. Es plantegen quatre eixos d'intervenció: identitat personal, control de la vida, relacions interpersonals i la salut (entenent que els tres apartats anteriors són temes de salut mental i social) i sis centres d'interès: *quien soy yo, los otros, las otras, controlo mi vida, relaciones interpersonales, me comunico mejor, me cuido* (Guia de Salud y Desarrollo Personal para Trabajar con Adolescentes, 1996)

Tant els 14 ítems del RSQ (Risk of Suicide Questionnaire) com els 30 ítems del SIQ (Suicide Ideation Questionnaire) van demostrar la seva validesa (sensibilitat, especificitat i valor predictiu positiu i negatiu) per a detectar el risc de suïcidi (Horowitz, 2001).

La taxa de mortalitat per suïcidi i autolesions és quatre vegades més alta en homes que en dones (11 i 3,9x100.000), mantenint-se estables des de l'any 1983. Els 12% dels intents de suïcidi ho van consumir i el 25% el van repetir (Tejedor, 1999). La incidència de suïcidi general de 7,5x100.000 era superior en els joves que feien el servei militar on pujava al 22,0 (Taracena del Pinal, 1991).

En els adolescents a Europa, en la dècada dels noranta, es poden atribuir als suïcidis el 15% de la mortalitat a aquestes edats, i els trastorns que més predisposen a ell són algunes formes de trastorns de l'estat d'ànim, amb o sense alcoholisme o altres abusos de substàncies i certes formes de trastorns d'ansietat. Els adolescents amb depressió tenen cinc vegades més possibilitats de fer un intent de suïcidi. Els intent són un acte premonitori, i els factors estressants de la vida com els problemes escolars, les ruptures sentimentals i les disputes amb la família o amb els amics no són causa suficient, però sí que poden abocar al suïcidi o a intentar-ho. Cal reduir en un 10% la taxa per suïcidi en menors de 25 anys fins el 2010 afirmant en les conclusions: "s'han de reduir les *desigualtats socioeconòmiques*, creant entorns urbans saludables, així com mesures legislatives, que garanteixin el respecte als drets, l'accessibilitat als serveis i la inserció laboral i social" (Pla de Salut 2002-2005)

Segons l'estudi SAMCAT que forma part del projecte europeu ESEMeD-Spain en població major de 18 anys i per la franja de 18-24 anys s'observa que per a depressió major al llarg de la vida i els 12 mesos anteriors són del 10,5% i 6,1% i per trastorns d'ansietat del 12,1% i del 7,5% (la taxa

més alta de tots els segments d'edat) i malgrat que els criteris són diferents, si se sumen el 6,1% i el 7,5%, aquest 13,6% seria semblant al trobat en el present estudi de 10,8%. En totes les edats per la depressió reben tractament farmacològic, psicològic i tots dos el 37,6%, el 9,2% i el 45,2% i per ansietat el 39,5%, el 2,8% i el 43,0%, la prevalença de "trastorn límit de la personalitat" és de 3-1 més alta en dones que en homes i amb una prevalença estimada del 2% (Haro, 2006).

Els joves que reuneixen criteris d'atracons tenien menys satisfacció amb el seu cos i més símptomes depressius, i el menjar molt estava associat amb *risc de suïcidi*. El 28,6% de les dones i el 27,8% dels homes amb aquest criteri van relatar haver tingut intents de suïcidi (Ackard, 2003).

La depressió en nens i adolescents està infradiagnosticada. Es considera que dos terços no estan reconeguts, la prevalença és del 2% en nens i del 4-8% en adolescents, i la relació home dona es $\frac{1}{2}$, però a partir dels 13 anys la depressió en nois és més greu i el tractament ha de ser psicofarmacològic. La depressió és una malaltia que cal tractar urgentment, la seguretat dels fàrmacs ha de ser estudiada i s'ha de fer un control rigorós durant les primeres setmanes dels antidepressius amb la fi de detectar ideació suïcida, perquè el benefici de fer-los servir és més alt. El 74% dels nens es recupera a l'any i el 92% als dos anys, però el símptomes poden reaparèixer en els adolescents en un 40-50% i en la vida adulta en un 30-50% (Rodríguez de Cossio, 2007).

Un metanàlisi de 8 estudis fets a cinc nacions europees confirma que entre els 4-19 anys la prevalença de patologia psiquiàtrica és del 14-20% (malgrat la diferència d'edats el 10,8% més un 4% de visita al psiquiatra les apropiaria a les dades del present estudi) (Brandenburg, 1990).

És important el concepte de *resiliència*, sobretot entre adolescents, un concepte físic que es refereix a la capacitat dels metalls o altres substàncies d'ésser deformades i ser capaces de recobrar la forma original i que en relació als humans seria la capacitat de poder re-endreçar la vida després d'haver viscut algun repte o aconteixement advers, amb el mínim d'afectació (Blum, 2000).

El 17,9% d'universitaris catalans reconeix haver patit abusos sexuals amb contacte físic quan eren menors (homes 15,5% i dones 19%) i més en els menors de 13 anys amb un 14,9% que entre els de 13-18 anys amb un 3%. L'agressor és un desconegut en menors de 13 anys el 23,7% en homes i el 29,3% en dones, i en majors de 13 anys el 54,5% i 20%, estimant que entre el 80-90% dels agressors sempre son homes (Pereda, 2008). La prevalença d'abús en dones visitades a un Centre de Salut Mental va ser del 13,2%, el 60% no ho havien dit mai i les que ho havien dit al 28% no les van creure (Polo, 2006), moltes havien patit maltractes físics per part de la parella. Es troba associació entre l'abús infantil amb els símptomes depressius, el risc de patir altres formes de victimització, el trastorn límit, els símptomes dissociatius i el suïcidi.

A França entre 40.000 i 80.000 nens creixen en un entorn sectari (p.e. l'Església de la Cienciologia, Sokka Gakkai budista o Tabitha Place) segons les conclusions de la Comissió

Parlamentaria a l'efecte presidida pel diputat Sr. Fenech i que denuncia la negligència dels serveis públics a l'afrontar aquest fenomen. Cal controlar les condicions d'escolarització dels nens, reforçar el seguiment mèdic i que no es puguin negar les vacunacions o les transfusions de sang. Els Testimonis de Jehovà que tenen 40.000 adeptes tenen un estatut d'associació de culte malgrat que els parlamentaris de la Comissió l'inclouen com a secta (Informe de la Comissió Parlamentaria de Investigación sobre Sectas, 2006).

6.6 Comentari/ reflexions finals

Dissenyar una intervenció sanitària envers els adolescents, amb el màxim apropament a la realitat implicaria idealment arribar a la població total. Com això és costós i feixuc, s'accepta habitualment una mostra el més ampla possible. Seria necessari un espai on poguessin anar *la majoria* dels adolescents i que fos accessible tots els dies de l'any a qualsevol hora. Caldria fer a més d'una entrevista un examen de salut. Seria convenient fer una intervenció individualitzada i saber si es podria fer un seguiment dels problemes detectats. Seria desitjable saber si es podria contactar amb els pares. En principi, semblen moltes premisses, massa utòpic el plantejament, i es fa difícil imaginar l'existència d'un lloc i uns professionals que complissin totes aquestes condicions.

La primera intenció d'aquest estudi va amb aquesta línia, demostrar i defensar que aquest espai existeix, des de fa molt de temps i que seria relativament factible des d'ell organitzar una intervenció preventiva adreçada als adolescents. Aquest espai no és altre que les *Consultes de Medicina General d'Atenció Primària del Sistema Públic de Salut* des d'on es garanteix l'equitat, universalitat, gratuïtat i longitudinalitat.

Potser era massa arriscat plantejar al 1993 un estudi com aquest, quan parlar, estudiar o investigar sobre adolescents era quelcom minoritari, més des de l'AP, des de la Medicina de Família, des del Sistema Públic i des de la pràctica clínica diària "real".

No es pot desapropiar un espai on tots els adolescents venen a partir dels quinze anys, com assenyalen les diferents enquestes, *en unes edats clau* en l'inici i experimentació de conductes i a partir de les què paradoxalment es deixa de fer el PANS, que els equips pediàtrics apliquen des del moment de néixer, sistemàticament a tots els nens i nenes. Programa preventiu que s'interromp quan passen a l'equip d'adults, quan més necessari seria continuar-lo. Caldria per tant, plantejar de fer una *transició programada* des de les consultes pediàtriques i continuar obligatòriament la tasca preventiva almenys dos anys més. Una coordinació entre el PANS i el PAPPS (Martín, 2005) estaria obligada però estudiant la inclusió d'un apartat específic sobre adolescència (15-24 anys).

Les consultes d'AP del Sistema Públic són *l'espai sanitari més adient* per a intervenir, però no són l'únic ni tampoc l'única forma de fer-ho, tant important és la intervenció des dels Centres Sanitaris, com les fetes a altres espais com els educatius o els comunitàries, que també aporten i "sumen" en la tasca preventiva i educativa a aquestes edats. Altres llocs on són atesos tenen greus problemes d'accessibilitat però poden ser alternatives que complementin les consultes d'AP, com serien els ubicats a centres privats i als hospitals, on no arriben *tots* els joves per haver una selecció econòmica prèvia, en un cas determinada pel NSE i en l'altre per l'accés aleatori i pels motius de consulta (els urgents aguts o descompensacions) i on mai consulta l'adolescent sà. Tampoc ho són les consultes pediàtriques que atenen adolescents fins als 18 anys, quan legalment al complir 15 anys han de passar a ser visitats per l'equip de medicina general/de família.

L'espai essencial són les consultes d'AP del Sistema Públic, per la seva *accessibilitat màxima* i perquè seran visitat sempre pels mateixos professionals, la mateixa *UBA de referència*, i en un CAP que ja coneixen, perquè des de fa 14 anys han estat visitats per l'equip pediàtric.

Alguns afirmen que els adolescents no venen gairebé mai a les consultes sanitàries o que estan sans, dos *mites falsos* que caldria definitivament desterrar, dos prejudicis que contribueixen a fer-los invisibles a les consultes, per a justificar o calmar consciències del perquè es fa tan poc en relació a la seva atenció. La realitat és que venen però no se'ls entén, tenen malalties però no es veuen, tenen riscos però no es detecten, resumint, no cal perdre temps en gent que està sana i que gairebé no ve o no tornarà.

Afortunadament, la majoria de joves, gaudeixen de bona salut en el moment *present*, però coexistent al mateix temps amb gravíssims riscos i conductes, que poden donar problemes i patologies en un *futur*, no se sap si llunyà o curt. Com al present gaudeixen de bona salut, les prioritats dels mateixos joves envers la mateixa tampoc és alta, l'habitatge o l'estabilitat a la feina o les possibilitats d'independitzar-se estan molt més endavant. Tampoc els professionals desbordats per la pressió assistencial dels malalts crònics o els pacients de més edat prioritzen la seva atenció. La realitat és que els adolescents venen a les consultes (en el primer any i mig havia consultat el 81,34% del total de joves del contingent). Majoritàriament gaudeixen de bona salut i aquesta va millorar en la dècada del vuitanta, però encara una part d'ells pateix importants riscos i diferents malalties, recomanant-se prioritàriament com a línies d'estudi: (Report on the State of Young People's Health in the European Union, 2000)

- *Millorar la qualitat de les dades sobre salut* que es disposen.
- Fer front als determinants econòmics, social i culturals del binomi salut-malaltia i prioritzar-lo a l'agenda sanitària dels diferents països.

- No fixar-se només en qüestions sobre estils de vida (tabac, abús alcohol o altres substàncies, nutrició, activitat física) sinó també fer èmfasi en *aspectes de Salut Mental* i també fa una crida a fer prevenció important envers les morts prematures provocades pels accidents de trànsit i els suïcidis.

Molts dels problemes observats venen de l'etapa pediàtrica, com el sobrepès, l'obesitat, el sedentarisme, els hàbits higiènics o la dieta, altres són específics d'aquesta edat com l'inici en la sexualitat, la conducció de vehicles o el consum de drogues (inici als 12-13 anys). Cal per tant una coordinació amb l'equip pediàtric, presentant a l'adolescent el nou equip de medicina general que l'atendrà, fent un informe amb els problemes crònics o riscos pels que cal fer seguiment. Aquest pas programat avui, és gairebé inexistent.

La intervenció preventiva que es fa en aquestes edats s'ha de valorar a mig i llarg termini. Aquells que volen a fi d'any fer balanç i publicar els beneficis sanitaris, han d'entendre que en salut és impossible i que el cost-eficiència s'ha de valorar amb prudència i cautela. Quan s'està davant d'una epidèmia com el tabaquisme, la primera causa de malaltia evitable i un dels primers problemes de Salut Pública, "raonablement controlat" o l'obesitat i el sobrepès com a epidèmia emergent "descontrolada", com se sap, associada directament a diabetis i HTA o dels problemes de salut mental, cada vegada amb més prevalença, els esforços en recursos per aturar-les hauria de ser una prioritat i "una inversió" de futur per part de les Polítiques de Salut Pública dels diferents Governos.

Els adolescents de diferents cultures o països no son massa diferents entre ells, i en poc temps els estils de vida dels països occidentals aviat els uniformitzen, adoptant la moda, la cultura i les conductes que les grans multinacionals de l'oci juvenil han dissenyat per a ells. La segona generació dels milers d'immigrants nouvinguts al nostre país poden els propers anys, *sobretot relacionat amb el baix NSE i l'exclusió social*, generar problemes d'integració i caldrà per tant tenir previstos les intervencions i els recursos necessaris per a afrontar-les.

En la intervenció sobre promoció de la salut en aquestes edats adolescents hi ha diferents instàncies i caldria insistir en cada una d'elles diferenciadament: la dimensió mediàtica, *els mitjans de comunicació* (moda, models, publicitat), la dimensió grupal o horitzontal *entre iguals* (incidint en fer dels joves agents de salut i missatges des de l'associacionisme, amb donar espais propis autogestionats i escoltar-los), *la família* d'origen (bàsica i necessària per l'habitatge), el sistema educatiu (a través de les AMPAS) i el sistema sanitari (no només des de dintre a les consultes, sinó també amb una part comunitària) (Documentos Técnicos de Salud Pública nº 45, Madrid 1996). Un estudi com aquest pretén donar eines i obrir el camí al com s'ha d'intervenir sanitàriament en joves i on s'han de posar les prioritats, sempre des de dintre del CAP, on cada UBA hauria de

consensuar i fer la mateixa intervenció, al menys en els adolescents de 15-16 anys. En paral·lel i com a transició es podria organitzar una “*consulta específica per a adolescents*” que assegurés a tots els adolescents (a Salt serien uns 350 anuals) de totes les UBAs durant dos anys, la continuïtat del PANS, d’una manera programada i sistemàtica, dirigida per infermeria (Salut i Escola) o pels professionals més sensibilitzats, més experts, més competents i amb més tacte no importa de l’estament que siguin. Com una consulta de reforç de l’UBA de medicina de família/general, com a *punt de transició des de pediatria* i com a *punt de vigilància epidemiològica* per a recollir informació i homogeneïtzar la intervenció preventiva.

Aquest estudi volia en l’any 1993 anar més enllà dels aspectes clàssics quan es parla d’adolescents i salut com són la sexualitat de risc, el consum de drogues i els accidents de trànsit, i explorar altres qüestions com eren la salut mental, el dèficit d’hores de son, les característiques de la immigració, el paper de les creences religioses o més endavant l’impacte de les desigualtats en salut en la pressa de conductes de risc, com a punts forts d’aquest estudi.

Les creences religioses són un element de protecció sobretot en consum de risc de drogues on sobta la poca pràctica entre els autòctons (catòlics) comparat amb els immigrants (musulmans), creences que van més enllà de la religió i transcendeix als valors ètics universals (drets humans). On potser la protecció la dona la cohesió que hi ha en les famílies. L’educació en valors, en ciutadania, des de la laïcitat arriba al mateix punt. Cal en definitiva, educar en valors de convivència, amb el màxim respecte als diferents i sobretot als dèbils, no des de la tolerància sinó del respecte.

Criminalitzar o problematitzar tot lo referent als adolescents és injust. Els riscos que assumeixen són inherents a l’experimentació i inici en els hàbits i vida adulta, tant en consum de drogues legals com en la sexualitat o conducció, però també cal des del punt de vista sanitari estudiar altres riscos diferents del lleure o de la salut, com són els relatius a la parella, la feina o l’habitatge.

Com diu el Doctor Cornellà “L’adolescent vol ser ell, necessita guiatge, però no sermons ni imposicions”, l’adolescència no s’ha de medicalitzar ni psicologitzar, la majoria són adolescents normals. Cal acompanyar-los en aquesta etapa, tant els pares com els sanitaris. L’adolescent ha de adquirir les capacitats d’identitat (que té sentit la seva existència), intimitat (capacitat per a les relacions madures), integritat (saber el que està bé i el que està malament), independència psicològica (prendre decisions per sí mateix sense dependre dels altres), independència física (capacitat per a guanyar-se la vida i ser independent de la família). Serem bons metges d’adolescents, si sabem respondre amb lleialtat a la confiança dipositada, amb atenció a les necessitats globals i oferint continuïtat i ajudant a decidir sense acceptar la coacció moral i amb autocrítica. Crear una relació basada en la llibertat, orientar en la responsabilitat, sense imposar

valors i fomentar la reflexió, l'anàlisi i la trobada amb sí mateixos, sense manipular les consciències (Cornellà, 2002).

Cal un abordatge d'algunes qüestions polèmiques com el consum i abús de les drogues o la pràctica de la sexualitat des de l'evidència científica, amb prudència i calma, sense dogmes, amb criteris flexibles.

Cal estar més atent envers els nous riscos emergents (masclisme, Internet, bulling, mòbils).

Si els riscos continuen essent els accidents de trànsit (primera causa de mortalitat), el sedentarisme, l'obesitat (epidèmia descontrolada), la sexualitat o el tabac, potser caldria també plantejar-se millorar en l'aspecte comunitari l'accessibilitat d'alguns serveis, fent-los *gratuïts* o impedir-la a segons quins altres, com una inversió en salut a mig termini.

Algunes propostes comunitàries podrien anar en la línia següent:

Màxima accessibilitat:

Esport municipal gratuït i adient a les seves edats, fins als 25 anys. Afavorir la pràctica.

Transport públic gratuït fins als 25 anys i sobretot de nit. No utilitzar el vehicle privat.

Espectacles culturals gratuïts fins als 25 anys: cine, teatre, museus.

Preservatius i píndola d'emergència gratuïtes en els llocs adients (sanitaris o educatius).

Consulta psicològica gratuïta fins a cinc sessions en tots els centres sanitaris públics.

Mitjans per a deixar de fumar gratuïts fins als 25 anys.

Espais de lleure autogestionats pels mateixos joves, com a llocs de reunió (ateneus).

Mínima accessibilitat (sense prohibició):

Horaris de lleure (negociats amb ells) a partir de les 11 de la nit i no més enllà de les tres?.

(Cultura del dormir bé i suficient).

Venda de tabac (i alcohol?) només a les farmàcies o als estancs.

Limitar les calories de la bolleria industrial, begudes i lllaminadures, així com la qualitat de greixos i sucres dels establiments de menjar dirigits a joves.

Cap publicitat a esports o música sobre alcohol. Alternatives al consum d'alcohol en festes..

Control talles de roba i models estètics pre-anorèxics.

Postdata

L'adolescència no només és un tema que m'interessa sinó, que com molts altres, també m'apassiona, i la passió comporta emoció. Volia per tant, que la Tesi quedés impregnada en part d'aquesta emoció, que queda reflexada en expressions o comentaris a vegades al límit, en la frontera de el que és acadèmicament correcte.

Tampoc he volgut defugir d'arriscar a l'hora d'analitzar aspectes discutibles i he volgut entrar en la polèmica dient el què penso. Des de la crítica constructiva, des de la meva veritat. No volia passar pel món dels adolescents sense mullar-me, sense provocar i despertar un debat necessari. Sense dogmes ni doctrina prèvia, sense doble moral.

CONCLUSIONS

1- Sobre les prevalences:

- El *consum de tabac i alcohol* continuen essent dues de les conductes de risc amb més prevalença entre els adolescents.
- Els resultats en el control del *sobrepès-obesitat i el sedentarisme* són insuficients per a frenar les prevalences.
- Cal dedicar més recursos a l'atenció dels *problemes de salut mental, als TCA i al dèficit d'hores de son*, que formen un conjunt relacionat.

2- Sobre les associacions:

- S'observa que *la majoria de les conductes de risc* estan relacionades entre elles.
- *Els homes i les dones* estan exposats a riscos diferents, i aquests són majors en les classes socials baixes. Cal insistir en l'estudi de les *desigualtats en salut* a aquestes edats tant des de la perspectiva de classe social, com també de gènere o de país de procedència.
- *Les creences religioses* són una variable fortament protectora de les conductes de risc en relació al consum de drogues.
- *Esser immigrant* és una variable protectora en relació la majoria de riscos, aspecte que caldrà confirmar en estudis posteriors.
- *A les edats de 15-16 anys*, en relació a la resta d'edats, es troba més prevalença en TCA, obesitat i alteracions analítiques, i no varia en salut mental i sedentarisme.
- *Al comparar els períodes 1993-99 i 2000-05* s'observa una disminució de la prevalença en el consum de risc de totes les drogues i de salut mental, al contrari que en relació al sedentarisme i les alteracions analítiques.

3- Sobre la pràctica assistencial:

- La situació de salut dels adolescents de Salt es pot definir com d'elevada *vulnerabilitat, en raó del conjunt de les prevalences trobades així com dels condicionants sociodemogràfics* del poble, sobretot en quant a taxa immigratòria i nivell socioeconòmic. Cal per tant una actuació coordinada tant des del Municipi com des dels Serveis Sanitaris i Educatius.
- La realització d'una *Història Clínica* complerta que inclogui un qüestionari sobre activitats preventives (*PAPPS*), en el marc de les consultes, és l'instrument cabdal per a la detecció dels riscos. També seria aconsellable dissenyar una intervenció preventiva dels riscos diferenciada per sexes.
- Cal millorar des de l'AP la qualitat dels registres i de les dades epidemiològiques sobre la salut dels adolescents i joves.
- *Les Consultes d'AP dels Centres Sanitaris Públics* reuneixen les característiques més adients i són un dels espais més importants per a atendre als adolescents.
- Caldria obrir noves línies de recerca en relació a l'aparició de nous riscos emergents com són el *bulling* (assetjament escolar), la violència masculista entre joves o la correcta utilització de les noves tecnologies

BIBLIOGRAFIA

- Aburto M, Esteban E, Quintana JM et al. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *An Pediatr (Barc)* 2007;66(4):357-66.
- Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M and Perry Ch. Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics* 2003;111(1):67-74.
- Adler NE, Boyce T, Chesney MA. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994;49:15-24.
- Adriaanse M, Faixedas MT i De Puig M. Entorn social i salut en adolescents de 14-16 anys a les Comarques Gironines, 2006. Programa Salut i Escola. Generalitat de Catalunya.
- Agerbo E, Nordentolf M and Mortensen PB. Familiar, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 2002; 325: 74-77.
- Agudo A, González CA, Capella G et al. Proyecto EPIC en España. *Am J Clin Nutri* 2007;85:1634-42.
- Aguilar EM, Torres M, Torres R et al. Riesgos para la salud en la población adolescente de Guadalajara. *Semergen* 1999;25(2):145-151.
- Albarrán ME, Santiago A, Ruiz R et al. Intercepción postcoital: levonorgestrel, actualidad de un fármaco. *SEMERGEN* 2007; 33 (5):231-240.
- Albano J, et al. Cancer mortality in the United States by education level and race. *J Natl Cancer Inst* 2007;99:1356-57.
- Allison DB, Fontaine KR, Manson JE et al. Annual deaths attributable to obesity in the United States. *JAMA* 1999; 282:1530-38.
- Alonso J, Pérez P, Saez M. Murillo C. Validez de la ocupación como indicador de la clase social según la clasificación del British Registrar General. *Gac Sanit* 1997;11:205-213.
- Altisent R, Cordoba R, Delgado M et al. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en la Atención Primaria (EMPA). *Med Clin (Barc)* 1997; 109:121-124.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse and Council on School Health. *Pediatrics* 119 (3):627-630.

Ampliació del Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Andersen P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de Salud Pública. Reino Unido. Institute of Alcohol Studies, 2006.

Andrews JA, Hops H, Ary D et al. Parental influence on early adolescent substance use: specific and non-specific effects. *J Early Adolescence* 1993;13:285-310.

Ann Arbor MI: Institute for Social Research, 1991.

Ajuntament de Girona. Fem ciutat....fem esport. Programació 2007-2008.

Aranceta J, Serra L, Ribas L, Perez-Rodrigo C. Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem LL, Aranceta Bartrina J (eds.) *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid Vol 2*. Barcelona: Editorial Masson, 2000: 109-128.

Arias Abad LL. Tesina Master Salut Pública, 2006.

Ariza C i Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev Esp Salud Publica* 2002;76 (3):227-238.

Ariza C, Nebot M, Villabi JR et al. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). *Gac Sanit* 2003; 17 (3): 190-195.

Bachman JG, Johnston LD, O' Malley OM. Monitoring the Future: Questionnaire Responses from the Nation's High School Seniors 1988. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, 1991.

Baker JL et al. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007; 357: 2329-37.

Bailey SL, Pollock NK, Martin CS, Lynch KG. Risk sexual behavior among adolescents with alcohol use disorders. *J Adolesc Health* 1999; 25:179-181.

Ballester Blasco J, Gutierrez García JJ, López Rojo C y cols. Guía de Salud para jóvenes. Ministerio de Educación y Cultura. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia, 1997.

- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev* 1997;84:191-215.
- Barómetro de la Educación 2007. Internacional de la Educación IE. Declaraciones Fred van Leeuwen. Disponible en www.ei-ie.org/es.
- Barr-Anderson DJ, Van der Berg P, Newmark-Sztainer D and Story M. Characteristics Associated with Older Adolescents who have a television in their bedroom. *Pediatrics* 2008;121 (4):718-724.
- Bayes R. Sida y Psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
- BEC Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2005. Volum XXVIII Març 2007 numero 3:29-36.
- BEC Atenció a les Drogodependències 2005. Volum XXVIII Maig 2007: 53-57.
- BEC Característiques de la mortalitat per accidents de trànsit a Catalunya en el període 1999-2004. Volum XXVIII Juny 2007 (nº extraordinari).
- Bellis MC and Hughes K. Sex potions. Relationships between alcohol, drugs and sex. *ADICCIONES* 2004; 16 (4): 251-260.
- Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health* 2008;8:155 doi:10.1186/1471-2458-8-155.
- Benach J. Anàlisi bibliomètric de las desigualdades en salud en España (1980.1994). *Gac Sanit* 1995;9:251-264.
- Bercero A, Redondo C, Pelayo R et al. Consumo de los medios de comunicación en la adolescencia. *An Pediatr* 2005;63:516-525.
- Berenson GS, Srinivasan SR, Bao WB, Newman WP, Tracy RE, Wattigney WA for the Bogalusa Heart Study. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *N Engl J Med* 1998; 338:1650-1656.
- Berg-Kelly K. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in western Sweden. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80:844-851.

- Berg-Kelly K, Kullander K. Do adolescents' own intentions regarding healthy behaviours affect outcome? A two-year prospective study. *Acta Paediatr* 1999;88:983-9.
- Biddie L, Donovan J, Hawton K, Kapur N and Gunnel D. Suicide and the Internet. *BMJ* 2008;336: 800-812.
- Bimbela JL, Cruz MT. Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía, 1997.
- Bimbela JL. Cuidando al cuidador. Counselling para profesionales de la salud 3ª edición 2ª reimpresión. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001.
- Blanchard LT, Gurka MJ, Blackman JA. Emotional developmental and behavioral health of american children and their families: a report from the 2003 national survey of children 's health. *Pediatrics* 2006;117:1202-1212.
- Blum RW. Un modelo conceptual de salud del adolescente (Cap 90). Dulanto E. *El Adolescente*, 2000. McGraw-Hill Interamericana.
- Blum RW, Beuhring T, Shew ML, Bearinger LH, Sieving RE, Resnick MD. The effects of race/ethnicity, income and family structure on adolescent risk behaviors. *Am J Public Health* 2000; 90:1879-1884.
- Boatwright EA, Tozer BS, Verma DP et al. Health Care maintenance in female adolescents. *Mayo Clin Proc* 2005;80 (12):1641-1650.
- Bockeloo BO, Schamus LA, Cheng TL, Simmens SJ. Young adolescents' comfort with discussion about sexual problems with their physician. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150(11):1146-52.
- Borrell C, Rodriguez M, Perez MM, Cano G y Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit* 2006; 20 (1): 25-30.
- Borrell C. Les desigualtats socials en salut. Revisió de la bibliografia. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Col·lecció Estadístiques en Salut, 1998.
- Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud. Retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82:245-249.
- Botet JP. From children's cholesterol to cholesterol's children. *Med Clin (Barc)* 2007;128:538-539.

Boyle P, Veronesi U, Tubiana M, Alexander FE et al. European School of Oncology Advisory Report to the European commission for the "Europe Against Cancer Programme". European Code Against Cancer. Eur J Cancer 1995;9:1395-1405.

Brandenburg NA, Friedman RM, Silber SE. The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence, findings from recent studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990:29-76.

CADIME.(Centro Andaluz de Información de Medicamentos). Escuela Andaluza de Salud Pública. Contracepción en la adolescencia. SEMERGEN 2007; 33(5): 257-263.

Calafat A, Adrover D, Juan M i Blay NT. Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. Rev Esp Salud Pública 2008;82:323-331.

Calafat A, Fernández C, Juan M et al. Enjoying the nightlife in Europe: The role of moderation. Valencia, 2003 IREFREA.

Campanya: l' amor ha de ser lliure. Conselleria d' Acció Social. Generalitat de Catalunya, 2007.

Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. The Lancet 2008; 371:1595-1602 DOI: 10.1016/S0140-6736 (08)60692-3.

Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001-2003.

Cardús S y Tolosa Ll. Fundació Audiències de la Comunicació i la Cultura (FUNDACC). Barómetro de la comunicación y la cultura. Dades de Catalunya, 2007.

Carrasco A et al. Influencia de la edad de inicio del brote de crecimiento puberal en la talla adulta. Med Clin (Barc).2008;130:645-9.

Carrascosa A, Fernandez JM, Sanchez E et al. I Estudio Transversal Español de Crecimiento 2008.

Casas J i López JP. Patron de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. Med Clin (Barc) 1996;107: 544-548.

Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la adolescencia. Atención integral. Ed. Ergon, 2005.

Castillo M et al. Reportaje: Demasiados abortos juveniles. La educación sexual sigue siendo deficiente en plena era de la comunicación (Diario El País 22-12-07).

Catorce ciudades catalanas superan el 25% de alumnos inmigrantes en centros públicos. Departament d' Educació. Sección Catalunya. Diario El País 30-4-08.

Centers for Disease Control. Results from the National Adolescent Student Health Survey. Morbidity and Mortality Weekly Report 1989; 38: 147.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro marzo 2007.

Chen E, Martin AD and Matthews KA. Trajectories of socioeconomic status across children's lifetime predict health. Pediatrics 2007;120 (2): 297-303.

Chiolero A, Bovet P, Paradis G, Paccaud F. Has Blood Pressure Increased in Children in Response to the Obesity Epidemic?. Pediatrics 2007;119 (3):544-553.

Cibercentros i seguridad infantil en Internet. ONG PROTEGELES. Estudio para el Defensor del Menor. <http://www.protegeles.com/cibercentro.asp>.

Cirera L, Tormo MJ, Santiuste C et al. ¿Son la ocupación y la educación intercambiables como indicadores sociales en Salud Comunitaria?. Aten Primaria 2000;26: 614-619.

CJAS. Centre Jove d' Anticoncepció i sexualitat. 15 anys d' atenció als adolescents en el CJAS, 2006. http://www.ajuntament.gi/ssocials/docs/presentacio_cjas_2006t.pdf.

Clinica Dator. Encuesta, 2007. Reportaje: Los jóvenes practican sexo inseguro (El País 28-9-07) www.clinica-dator.com.

Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Vol 2/1984. Cuidado de los adolescentes,1984.

Cook CC, Goddard D, Westall R. Knowledge and experience of drug use amongst church affiliated young people. Drug Alcohol Depend 1991;46 (1-2): 9-17.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM and Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide international survey. BMJ 2000;320:1240-3.

- Comas D, Aguinaga J, Orizo F, Espinosa A y Ochaita E. (2000) Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Madrid FAD/INJUVE.
- Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo. Tabaco y publicidad en España. Atención Tabaco. Madrid, 2003.
- Committee on Pediatric Research. Race/ethnicity, gender, socioeconomic status-research exploring their effects on child health: a subject review. Pediatrics 2000;105:1349-51.
- Conde F et al. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Madrid, 1996. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.
- Conselleria de Salut. Es triplica en 14 anys el nombre d'adolescents embarassades. Diari de Girona 9-7-08.
- Consejo Europeo de Seguridad Vial. Comunicación de la Comisión titulada "Programa de acción europeo de seguridad vial. Reducir a la mitad el número de víctimas de accidentes de tráfico en la Unión Europea de aquí al 2010: una responsabilidad compartida". COM (2003)311.
- Cooper H, Smaje C and Arber S. Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey. BMJ 1998;317:1047-1051.
- Cornellà J. Entrevista presentación del seu darrer llibre "Parlem de l' adolescència. Butlletí de la COMG 2008;84: 22-24.
- Cornellà J i Llusent A. La relación médico-adolescente. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (2): 145-149.
- Cornellà J. Técnicas de entrevista con el adolescente. An Esp Pediatr 1999; Supl 124: 7-10.
- Cornellà J i Llusent A. La sexualidad como motivo de consulta: Homosexualidad. Concepto. Orientación y apoyo al adolescente homosexual. Medicina del Adolescente. Atención Integral. Edicion Ergon, 2005.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med 2000;50:1385-401.
- Cristakis N., Fowler J et al. The Spread of Obesity in a Large Social Network Over 32 years. N England J Med 2007; 357:370-9.

Cyrulnik B. Los patitos feos: la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Ed GEDISA, 2002.

D' Amico EJ, Fromme K. Health risk behaviors of adolescents and young adult siblings. *Health Psychol* 1997;16(5):426-32.

Davo MC, Gil D, Vives C, Alvarez C y La Parra D. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gac Sanit.* 2008;22 (1):58-64.

De Irala J, Cano-Prous A., et al. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Med Clin (Barc)* 2008;130 (13):487-91.

De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-salvany A et al. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos de futuro. *Rev Esp Salud Publica* 2006; 80 (5): 505-520.

Del Rio MC et al. Alcohol, illicit drugs and medicinal drugs in fatally injured drivers in Spain between 1991 and 2000. *Forensic Sci Int* 2002;127 (1-2):63-70.

Department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention Epidemiology Program Office. 2005 Division of health surveillance and informatics. CDC WONDER.

Devaud C, Jeannin A, Narring F et al. Eating disorders among female adolescents in Switzerland. Prevalence and association with mental and behavioral disorders. *Int J Eat Disord* 1998 ;24(2): 207-216.

Dexeus Institut Universitari. Memoria 10 anys. Unitat d'adolescents, 2002.

Diaz V, Gomez C. Alimentación, Consumo y Salud. Fundación La Caixa (El País 28-2-08).

Diaz R i Varea V. Declaración a El Confidencial el 21-11-06. Campaña organizada por l' Hospital Sant Joan de Deu per a reduir el sobrepes en nens.

Direcció General de Drogodependències i SIDA. Notificacions individualitzades tramades pels Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), 2001.

Documentos técnicos de Salud Pública 45. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid, 1996: 86-86 i 89-90.

Domenech E et al. Detecció precoç de transtorns d' ansietat en nens de 3-12 anys. Projecte FISS. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.

Douglas M. Pureza y peligro. Madrid . Siglo XXI, 1991.

Drukteinis JS, Roman MJ, Fabsitz RR et al. Cardiac and systemic hemodynamic characteristics of hypertension and pre-hypertension in adolescents and young adults. The strong heart study. Gener 2007. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.668921.

Drummer OH, Gerostamoulos J, Batziris H et al. The incidence of drugs in drivers killed in Australian road traffic crashes. Forensic Sci Int 2003; 134 (2-3):154-62.

Duberstein Lindberg L, Boggess S, Porter L, Williams S. Teen-risk-taking: statistical portrait. Washington: Urban Institute, 2000.

Dulanto Gutierrez E. El Adolescente. McGraw-Hill Interamericana, 2000.

Duncan SC, Strycker LA, Duncan TE. Exploring association in developmental trends of adolescent substance use and risky sexual behavior in a high-risk population. J Beh Med 1999;22 (1):21-34.

EAT .Universidad de Minnesota. Am J Prev Med 2007;32 (2): 147-150.

El consumo de cocaína se duplica entre los jóvenes catalanes en menos de una década. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Diari La Vanguardia 27-6-07.

Elster AB. Comparison of recommendations for adolescent clinical preventive services developed by national organizations. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:193.

Elster AB and Kuznets NJ. GAPS/GAPA. Guidelines for Adolescent Preventive Services. Recommendations and rationales. AMA. Baltimore. Williams&Wilkins, 1994. and 1997.

Elzo Imaz J et al. Jóvenes Españoles 2005. Madrid:Fundación Santa María 2006.

Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2005 y 2005-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

Encuesta Escolar sobre Drogas 1994. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.

Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad 2001.

Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Resultados provisionals. Butlletí de la Divisió d' Atenció Primària per a directius Aprop. Número 65 1^a setmana Maig 2007. ICS. Generalitat de Catalunya.

Energycontrol. Visitada 21-6-08. Disponible <http://www.energycontrol.org/> .

Enquesta a la Joventut de Catalunya 1998. Gabise SA (Aportacions 3). Secretaria General de Joventut. Generalitat de Catalunya, 1999

Enquesta de Convivència Escolar i Seguretat a Catalunya. Curs 2005-06. Departament d' Interior i Educació. Generalitat de Catalunya.

Enquesta de Consum i Actituds respecte al Tabac, l' Alcohol i Altres Drogues, 1982, 1986 i 1990. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

ESCA 1994. Servei Català de Salut, 1997. Generalitat de Catalunya.

ESCA 2002. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2004. Generalitat de Catalunya.

ESCA 2006. Departament de Salut, 2007. Generalitat de Catalunya.

Esteve J et al. Demanda universitària i manca d'infermeres, 2008. Directora de l'Escola Universitària de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona.

Estudi "Aethes" d' Investigació social dels joves de Salt. Art de recerca Social. Oct 96-Set 97. Ajuntament de Salt, 1997.

Estudio cualitativo sobre jóvenes y alcohol. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

Eurobarometro 2007. La realidad social en Europa. http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm.

Eurostat. Health Statistics. Key data on health 2002. European Communities, 2003.

Everett SA, Giovino GA, Warren CW, Crossett L, Kann L. Other substance use among high school students who use tobacco. *J. Adolesc Health* 1998;23:289-296.

Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature. *The Milbank Quarterly* 1993;71:279-322.

Feixa C. De jóvenes bandas i tribus. Barcelona Ed. Ariel, 1998.

Feldman W, Hogson C, Corber S, Quinn A. Health concerns and health-related behaviours of adolescents. *Can Med Assoc J* 1986;134: 489-93.

Feldman JJ, Mackuc DM, Kleinman JC, Cornoni-Huntley J. National trends in educational differentials in mortality. *Am J Epidemiol* 1989;129:919-933.

Feldman W, Harvey B, Holowaty P, Shortt L. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *J Adolesc health* 1999;24:48-58.

Ferrando J, Plasencia A, Oros M, Borrell C, Kraus JF. Impact of a helmet law on two wheel motor vehicle crash mortality in a southern European urban area. *Injury Preven* 2000;6:184-88.

Field AE, Camargo CA, Barr C et al. Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001; 107(1):54-60.

Flaquer Ll. et al. Monoparentalidad e Infancia. Fundació La Caixa, 2006.

Fletcher B, Berra K, Braun JL et al. Managing abnormal blood lipid. A collaborative approach. *Circulation* 2005;112:3184-209.

Fontaine KR, Redden DT, Wang G et al. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003; 289:187-93.

Ford CA, Millstein SG. Delivery of confidentiality assurances to adolescents by primary care physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151 (5):505-9.

Foster GD et al. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics* 2008;121:794-802.

Fowler A, Kahwati LC. Prevention and treatment of overweight in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2004;69: 2591-8.

Fredman DS, Khan LK, Dietz WH et al. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001;108:712-8.

Fuster Valenti. *La Ciència de la Salut. Els meus consells per a una vida sana. Capítol 2: Mai no es aviat: la prevenció comença a la infantesa.* Columna Edicions, 2006:24-37.

Gandarillas A, Febrel C. Trastornos del comportamiento alimentario, prevalencia de casos clínicos en adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Documentos de Salud Pública* 67. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad Madrid, 2000.

García J. Neonazis de fin de semana. Inmigrantes, gays y bandas rivales objetivo de medio millar de "ultras" sin ideología. (*Diari El País* 30-10-06)

García Mañas A. Reportaje: Los jóvenes practican sexo inseguro. Los falsos mitos perviven entre los estudiantes y la información sociosanitaria es muy escasa (*Diari El País* 28-9-07)

García S, Vara LA, Otero A. Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1985; 4: 213-8.

García-Tornel S. La entrevista al adolescente. *Jano* 1989;874:43-46.

García-Tornel S, Gaspa J. Control de salud de la población adolescente *Pediatría Integral* 1997;2:285-295.

- Gerrard M, Gibbons FX, Zhao L, Russell DW, Reis-Bergan M. The effect of peers' alcohol consumption on parental influence: a cognitive mediational model. *J Study Alcohol Suppl* 1999;13:32-44.
- Gil MI, Candela JP, Cecilia RM. Atención Primaria y trastornos de alimentación: nuestra actitud frente a ellos I i II. *Aten Primaria* 2003; 31: 248-51 i 178-180.
- Gilliland FD, Islam T, Berhane K, et al. Regular smoking and asthma incidence in adolescents. *AM J Respir Crit Care* 2006;174:1094-1100.
- Golberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care setting. *Epidemiol Rew* 1995;17(1):182-90.
- Gonzalez-Juarez C, Perez-Perez et al. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria* 2007;39 (4): 189-94.
- Goñi C, Vilches C, Ancizu E et al. Factores relacionados con los comportamientos alimentarios en una población juvenil urbana. *Rev Atención Primaria* 1999;23:32-37.
- Goodman E, Benjamin C, Amick C et al. Influences of gender and social class on adolescent's perception of health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:899-904.
- Goodman E, Adler NE, Kawachi I et al. Adolescents' Perceptions of Social Status: development and Evaluation of a New Indicator. *Pediatrics* 2001;108(2): 1-15.
- Goodman E, Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 2000;106 (4):748-55.
- Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explanation differences in US adolescents' health. *Am J Public Health* 1999;89:1522-28.
- Goodwin MA, Flocke SA, Borawski EA et al. Direct observation of health-habit counseling of adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 ;153 (4):367-73.
- Gordon Rouse KA, Ingersoll GM, Orr DP. Longitudinal health endangering behavior risk among resilient and nonresilient early adolescents. *J Adolesc Health* 1998;23:297-302.

Gregory AM, Van der Ende J, Willis T and Verhulst F. Prent-Reported Sleep Problems During Development and Self-reported Anxiety/Depression, Attention Problems, and Aggressive Behavior Later in Life. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162 (4): 330-335.

Green LW, Simons-Morton DG. Education and life-style determinants of health and disease. En: Holland WW, Detels R, Knox G (eds.). *Oxford textbook of public health*. Oxford University Press 1991;1:181-195.

Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S. Et al. Youth risk behaviour surveillance United States 2003. *MMWR Surveill Summ* 2004;53:1-98.

Grupo Cooperativo Español para el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en la Infancia y Adolescencia.. Factores de riesgo cardiovascular en la Infancia y la adolescencia en España. Estudio.

Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de clase social. *Aten Primaria* 2000;25:350-363.

Grupo de actividades Preventivas de la AEPap/PrevinfadPAPPS INFANCIA(SEMFYC). Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia, 2003.

Guía de Medicina Clínica Preventiva. U.S. Preventive Task Force. Edit Medical Trends SL, 1998. Duberstein Limberg L, Boggess S, Porter L, Williams S, Teen-risk-taking: a statistical portrait. Washington: Urban Institute, 2000.

Guía de Salud para Jóvenes. Consejería de Sanidad y política social de Murcia. 1997.

Guía de Salud y Desarrollo Interpersonal para trabajar con adolescentes. Departamento de Salud. Instituto de Salud Pública. Departamento de Educación y Cultura. Gobierno de Navarra, 1995.

Guía para la elaboración del Programa del Escolar y Adolescente en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria, 1986.

Guías de práctica clínica para el tratamiento de la HTA 2007. Grupo de Trabajo para el Tratamiento de la HTA de la Sociedad Europea de HTA (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología ESC, *Rev Esp Cardiol* 2007;60(9):968e1-e94.

Guxens M, Nebot M, Ariza C et al. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Dependence* 2007;88:234-243.

- Hansen ML, Gunn PW, Kaelber DC. Underdiagnosis of Hypertension in Children and Adolescents. *JAMA* 2007; 298:874-879.
- Hansen MD. Estrategias de la industria del tabaco en España: grupos de presión, marketing y publicidad al servicio de un producto adictivo. *Med Clin (Barc)* 2005;124 (6):220-22.
- Haro JM, Palacin C, Vilagut G et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006;126(12):445-451.
- Hastings G, MacFadyen L. A day in the life of an advertising man: review of internal documents from the UK tobacco industry's principal advertising agencies. *BMJ* 2000;321:366-371.
- Hawton K and James A. Suicide and deliberate self harm in young. *BMJ* 2005;330:891-894.
- Hawthorne G. Pre-teenage drug use in Australia: the key predictors and school-based drug education. *J Adolesc Health* 1997;20:384-395.
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001-2002. Ministerio de Sanidad y Consumo. WHO Europe. 2004.
- Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J et al. Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008; 43(4):266-272.
- Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychosis symptoms in young people. *BMJ* 2005;330:14.
- Henríquez P, Alonso JL, Beltran R, Doreste J. Tabaquismo en Gran Canaria. Consumo y actitudes en adolescentes. *Gac Sanit* 2000;14:338-345.
- Hernan M, Ramos M, Fernandez A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75:491-504.
- Hernandez M, Rios M, Lopez B. *Revista Pols a pols. Col·legi d' Infermeria de Girona*, 2007:15-16.
- Hernandez M, Castellet J, Narvalza JL et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto sobre crecimiento y desarrollo. Fundación F Orbeago. Madrid. Editorial Garsí, 1988.

Hingson R, Heeren T, Winter MR and Wechsler H. Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking. *Pediatrics* 2003;111 (1):34-41.

Higson, Ralph W et al. Age at drinking onset and alcohol dependence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:739-746.

Holinger PC, Offer D. *Adolescent suicide*. Nueva Jersey: Gilford Press,1993.

Hodgkinson HL. *All One System: Demographics of education. Kindergarten through Graduate School*. Washington DC. Institute for Educational Leadership, 1985.

Höfler M, Lieb R, Perkonning A et al. Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents:a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction* 1999;94:1679-94.

Hops H, Duncan TE, Duncan SC. Parent substance use as a predictor of adolescent use: a six-year lagged analysis. *Ann Behav Med* 1996;18:157-64.

Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP et al. Detecting Suicide Risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a Brief Screening Tool. *Pediatrics* 2001;107 (5):1133-1137.

Huang Z, Willet WC, Manson JE et al. Body weight, weight change, and risk for hypertension in woman. *Ann Intern Med* 1998; 128:81-8.

Huertas I, Pereiro I, Chover JL et al. Fracaso escolar en una cohorte de adolescentes. *Aten Primaria* 1999;23: 289-295.

Igra V, Irwin CE. Theories of adolescent risk-taking behavior. A:RJ DiClemente, WB Hansen, LE Ponto (Eds) "Handbook of adolescent health risk behavior .New York: Plenum Press,1996.

II Encuesta Regional de Salud de Castilla la Mancha, 2006. Consejería de Sanidad. Gobierno Regional de Castilla la Mancha.

Informe Petras. *Revista Ajoblanco*,1996.

Informe de la Comisión de Investigación Parlamentaria sobre Sectas. Francia. Presidente George Fenech. Informe sobre sectas: reflexiones sobre el fenómeno de las sectas hoy, 19-12-06.

<http://infosectas.zoomblog.com/archivo/2006/12/19/al-menos-80-mil-ninos-son-educados-por.html>

Informe de la Inclusión Social 2008. Obra Social de Caixa Catalunya.

Informe sobre el Consum i l' Economia Familiar 2006. Obra Social de Caixa Catalunya.

Informe sobre la desafecció política. Actituds polítiques i comportament electoral a Catalunya, 2008. Conselleria d'Interior, Relacions Institucionals i Participació. Generalitat de Catalunya.

Informe sobre la situación de las drogodependencias en España. 2006. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (remès a la comision mixta Congreso-Senado).

Informe PISA 2003. OCDE.

Informe Vivienda y Juventud. INJUVE, 1996:36.

INFO SIDA. Els adolescents i la SIDA, Comunicat 12, 1994. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Informes de la Comisión Clínica. Informe sobre Alcohol. Febrero 2007. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Instituto para la evaluación de los indicadores educativos. Apuntes 10, 2006. Ministerio de Educación y Ciencia.

Institut Municipal de Salut Pública (IMSP). Ajuntament de Barcelona. La Salut a Barcelona, 1999.

Instituto Nacional de Toxicología. Observatorio Nacional sobre las Drogas, Madrid 2002.

Jackson C, Brown JD and L' Engle KL. R-rated Movies, Bedroom Televisions, and Initiation of Smoking by White and Black Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:260-268.

Javaloy F. Bienestar y felicidad de la juventud espanyola. INJUVE, 2006.

Jelalian E, Spirito A, Rasile D, Vinnick L, Rohrbeck C, Arrigan M. Risk taking, reported injury, and perception of future injury among adolescents. *J Pediatr Psychol* 1997;22(4):513-31.

Jimenez Gumez A. XII Taller Teórico Práctico Básico sobre Trastornos Respiratorios del Sueño. Burgos 2008 (Diario Médico 18-4-08).

Jimenez JJ, Lardelli-Claret P. ¿Cómo puede ayudar la medicina? Epidemia de los accidentes de tráfico (editorial). *Med Clin (Barc)* 2007;128 (5):178-180.

Jimenez JJ, Lardelli-Claret P, Luna JD et al. Efecto de la edad, el sexo y la experiencia de los conductores de 18-24 años sobre el riesgo de provocar colisiones entre turismos. *Gac Sanit* 2004; 18(3):166-176.

Jimenez S. El móvil puede convertirse en una adicción peligrosa para los niños de 10 a 14 años. Coordinadora de la Unidad de juego patológico del Hospital de Bellvitge. Declaracions a la secció Ciudadanos del Diari La Vanguardia 14-3-07.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S et al. Eating disorders during adolescence and the risk for psysical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(6): 545-52.

Johnson TJ and Stahl C. Sexual experiences associated with participation in drinking games. *The Journal of General Psychology* 2004; 131:304-320.

Jornades d' estudi i reflexió sobre la població de Salt. Edita Ajuntament de Salt. Salt-Girona ,1995.

Jóvenes Andaluces de los 90. Escuela Pública de Animación sociocultural, 1991. Dirección General de Juventud. Junta de Andalucía.

Jóvenes del siglo XXI. Documentación social. Cáritas Española Editores, 2001.

Jover E. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia. Fundación Jimenez Díaz. Enfermedades cardiovasculares. Nutrición, genética y epidemiología. Ed Doyma SL, 2000:5-28.

Joves i participació a Catalunya. Aportacions 4, 1999. Fundació Francesc Ferrer i Guàrdia. Secretaria General de Juventut. Generalitat de Catalunya..

Kimm SY, Barton BA, Obarzanek E et al. Obesity Development during Adolescence in a Biracial Cohort: The NHLBI Growth and Health Study. *Pediatrics* 2002; 110:e54. DOI: 10.1542/peds.110.5.e54.

King A, Wold B, Tudor-smith Charel Y. The health of youth. A cross-national survey. Copenhagen WHO Regional Publications, European series n°69, 1996.

Klein JD, Elster AB, Cohn SE. Adolescents and access to health care. Bull N Y Acad Med 1993; 70(3):219-35.

Klein JD, Allan MJ, Elster AB et al. Improving Adolescent Preventive Care in Community Health Centers. Pediatrics 2001;107(2): 318-327.

Kleinert S. Adolescent Health: an oportunyty not to be missed. The Lancet 2007;369:1057-1058.

Kvaavik E et al. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood. Follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:1212-18.

L' Aula. L' institut Vallvera de Salt forma els estudiants com a mediadors per resoldre conflictes. Suplement Educació (Diari de Girona 10-6-08).

La Situación de la educación en el mundo. Curso 2004-05. OCDE. Education at a glance 2006. www.oecd.org/document/52/0,3343,en_2649_39263238_37328564_1_1_1_1,00.html.

La Universidad en cifras 2007. Ministerio de Educación y Ciencia.

Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decisions to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis o virginity among youth aged 13 to 18 years. J Adolesc Health 2000;26(1):42-8.

Landhuis CE, Poulton R, Welch D and Hankox RJ. Does Chilhood Television Viewing lead to Attention Problems in Adolescence?. Results from a prospective longitudinal study. 2007; 120 (3):532-37.

Landrigan PhL, Trasande L, Thorpe L et al. The National Children's Study: A 21-Year Prospective Study of 100.000 American Children. Pediatrics 2006;118:2173-2186.

Langer LM, Tubman JG. Risky sexual behavior among substance-abusing adolescents: psychosocial and contextual factors. Am J Orthopsychiatry 1997;67 (2):315-22.

Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ and Story M. Family Meals during Adolescence Are Associated with Higher Diet Quality and Healthful Meal Patterns during Young Adulthood. *J Am Diet Assoc* 2007;107 (9):1502-1510.

Las juventudes del PSOE defienden el voto a los 16 años y la eutanasia. 23º Congreso de las Juventudes Socialistas. *Diario El País* 16-7-07.

Lauer RM, Clarke WR. Use of cholesterol measurements in childhood for the prediction of adult hypercholesterolemia. The Muscatine Study. *JAMA* 1990;264:3034-8.

Lee MC, Liao CF, Lee SH et al. Characteristics of adolescent patients and their health problems at an adolescent health clinic. *Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Ta Chih* 1997; 13 (9):548-55.

Lee JM, Appugliese D, Kaciroti N et al. Weight Status in Young Girls and the Onset of Puberty. *Pediatrics* 2006; 119 (3):624-630.

Les Activitats Preventives en la Xarxa Reformada d' Atenció Primària-Pla Salut” *Quadern nº 9*, 1995. Generalitat de Catalunya.

Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género *BOE núm 313,29/12/2004*.

Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *BOE núm 71, 23/3/2007*.

Liberatos P, Link PG, Kelsey J. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiology Rev* 1988:87-121.

Lieshout EV, Van der Veer NS, Hensbroek R et al. Interference by new-generation mobile phones on critical care medical equipment. *Critical Care* 2007, 11:R98 doi: 10.1186/cc6115.

Linares Gómez V, Serrano Vázquez A, De Frutos Hernansanz MJ et al. Motivos de consulta en adolescentes. *Aten Primaria* 1994;13(8):442-5.

Llibre Blanc: Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona, 1993. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Lopez-Silvarrey A, Liñan S, Moreno et al. Estudios realizados a los niños asmáticos. Resultados del estudio SANE. Comunicación oral presentada a la III Reunión de la AEPap Asociación Española de Pediatría. Mayo 2007.

Lopez-Silvarrey A. Premio de Investigación 2007 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Mapa de prevalencia de las enfermedades alérgicas infantiles en Galicia.

Lowry R, Kann L, Collins JL and Kolbe LJ. The effect of socioeconomic status on chronic disease behaviors among US adolescents. *JAMA* 1996;276:792-797.

Lumeng JC, Gannon K, Cabral HJ et al. Association between Clinically Meaningful Behaviour Problems and Overweight in Children. *Pediatrics* 2007; 112 (5):1138-1145.

Lurbe E, Álvarez V, Liao Y et al. The impact of obesity and body fat distribution on ambulatory blood pressure in children and adolescents. *Am J Hypertens* 1998;11:418-424.

Lurbe E. La HTA en niños es más frecuente en hijos de padres hipertensos y en niños obesos. *Revista Sistole* Marzo, 2001: 34-35

Lurbe E. Programa de educación física en el niño y el adolescente obeso. Servicio de Pediatría Hospital General Universitario de Valencia, 2007.

McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP and Comerci GD. *Medicina del Adolescente* 1994. Editorial Médica Panamericana.

McCann D, Barrett A, Cooper A et al. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community : a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *The Lancet* 2007; 370: 1560-1567.

MacFarlane A, Mcpherson A. Primary health care and adolescence. *BMJ* 1995;311:825-828.

MacKenzie RG. Influence of drug use on adolescent sexual activity. *Adolesc Med* 1993; 4(2):417-22.

McMilan H. El Reino Unido ocultó por interés hace 50 años (1956) el peligro del tabaco. Tapó la relación para no mermar los ingresos de Hacienda. *Archivos Nacionales. Diario el Periodico* 31-5-08.

- Makni H, O'Loughlin JL, Tremblay M et al. Smoking Prevention Counselin Practices of Montreal General Practitioners. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:1263-1267.
- Mar M, Solano L, Pontiles M. Prevalencia de hiperlipidemia e hipertrigliceridemia en niños obesos ¿riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular? *Nutr Hosp* 2006; 21 (4): 474-483.
- Marks Andrea. Asistencia del adolescente sano. McAnarney et al. *Medicina del Adolescente*, 1994: 232-240 Ed Panamericana.
- MarksA, Fischer M. Health assessment and screening during adolescence. *Pediatrics* 1987; 80 (Supl): 135.
- Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Ann Rev Public Health* 1987;8:111-135.
- Martin Zurro A, Kloppe P, Fores D. Sobre el futuro de las actualizaciones y la página web del PAPPS. *Aten Primaria* 2005;36 (Supl 2):1.
- Martinez MA et al. Estudio SUN seguimiento Universidad de Navarra. *Eur J Clin N* 2007; DOI;10.1038/sj.ejcn.1602833.
- Martinez V, Sanchez M et al. Evidencia científica en la prevención del sobrepeso en escolares: estudio de Cuenca. Centro Estudios Sociosanitarios. Universidad de Castilla la Mancha, 2004-06.
- Martinez V, Salcedo F, Gutierrez R et al. Prevalencia de obesidad y tendencia de los factores de riesgo cardiovascular en escolares de 1992-2004: estudio de Cuenca. *Med Clin* 2006 (Barc);126:681-685.
- Maruit SS, Willet WC, Fescanich D, Rosner B and Colditz GA. A prospective study of age-specific physical activity and premenopausal breast cancer. *Journal of de National Cancer Institute* 2008 (advance online publication).
- Maselko J and Stephen Buka. Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008; 43 (1): 1-86.
- Masia R, Sala J, Marrugat J. Estudi transversal de factors de risc cardiovasculars 1994-95 a Girona: grup d' estudi REGICOR. Girona 1996.
- Megias E. Los adolescentes ante el alcohol. La mirada de padres y madres. Fundación La Caixa, 2007.

- Mendoza R, Sagraera, MR y Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
- Meredich A, Goodwin, Susan A, Flocke, Eleaine A, Borawski, Stephen J, Zyzanski, Kurt C, Strange. Direct Observation of health-habit counseling of Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153: 367-373.
- Michaud PA, Narring F, Dubois-Arber F, Paccaud F. Recherche romande sue la santé des adolescents de 15 à 20 ans. Schweiz Med Wochenschr 1993;123:1883-1895.
- Michaud PA, Delbos-Piot I, Narring F. Silent dropouts in health surveys: are nonrespondent absent teenager different from those who participate in school-based health surveys?. J Adolesc Health 1998; 22(4): 326-33.
- Millor sense risc 2003. La anticoncepció d' emergència amb levonorgestrel a la xarxa de salut de Catalunya. Departament Salut. Generalitat Catalunya. www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/anticoncep.pdf.
- Millstein SG, Irwin CE, Brindis C. Sociodemographic trends and projections in the adolescent population . In Hendee WR (ed): The Health of Adolescents. San Francisco, Jossey-Bass1991, pp1-15.
- Millstein SG, Irwin CE, Adler NE, Cohn LD, Kegeles SM, Dolcini M. Health-risk behavior and health concerns among young adolescents. Pediatrics 1992;89:422-428.
- Millstein SG, Moscicki AB. Sexually-transmitted disease in female adolescents: effects of psychosocial factors and high risk behaviors. J Adolesc Health 1995;17:83-90.
- Molina JA, Barbero E. El desempleo Juvenil en Europa y España. Acciones e Investigaciones Sociales. 21 (diciembre 2005):137-155.
- Montgomery LE, Kiely JL, Pappas G. The effects of poverty, race and family structure on US children's health: data from the NHIS, 1978 through 1991. Am J Public Health 1996; 86:1401-1405.
- Montiel L y Porras I (coords). De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del pacient en la prevención de la enfermedad. Doce Calles Ed. Madrid, 1997.
- Moens V, Baruch G and Fearon P. Opportunistic screening for chlamydia at a community based contraceptive service for young people. BMJ 2003;326:1252-1255.

- Montalto NJ. Implementing the guidelines for adolescent preventive services. *Am Fam Physician* 1998; 57 (9):2181-8, 2189-90.
- Moore THM et al. Cannabis use and risk of psychosis or affective mental health outcome: a systematic review. *Lancet* 2007; 370:319-28.
- Mora S, Cook N, Buring JE. Physical Activity and Reduced Risk of Cardiovascular Events. Potential Mediating Mechanisms. *Circulation* 2007; 116: 2110-2118.
- Moran A, Jacobs DR, Steinberger J et al. Changes in insulin resistance and cardiovascular risk during adolescenc. Establishment of differential risk in males and females. *Circulation* 2008;117:2361-2368.
- Morandé G, Casas J. Transtornos de la conducta alimentaria en adolescentes, anorexia nerviosa, bulimia i cuadros afines. *Pediatr Integral* 1997; 2 (3): 243-260.
- Moreno LA, Sarria A, Fleta J et al. 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 Relat Metab Disord* 2000;24:925-31.
- Must A.J, Dallal GE et al. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N England J Med* 1992;327:1350-5.
- Navarro V, Benach J y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health. The Johns Hopkins University,1996.
- Navarro V i Quiroga A. *La protección social a Catalunya*. Publicat pel Consell Econòmic i Social de Catalunya. Generalitat de Catalunya, 2003.
- Nebot M, Cabezas C, Marques F et al. Prioridades en promoción de la salud segun los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Aten Primaria* 2007;39 (6): 285-90.
- Nebot M, Gimenez E, Ariza C, Tomas Z. Tendencia en el consumo de tabaco alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Med Clin (Barc)* 2006;126 (4):159.
- Nelson BV, Patience TH, Mac Donald DC. Adolescent risk behavior and the influence of parents and education *J Am Board Fam Pract* 1999;12(6):436-43.

Nenstein LS et al. Salud del Adolescente. JR Prous, 1991.

Newacheck P, Starfield B. Poverty and childhood chronic illness. Arch Pediatr Adolesc Med 1994;148:1143-1149.

Newacheck PW. Improving access to health services for adolescents from economically disadvantaged families. Pediatrics 1989; 84:1056.

Nicoll A, Harners FF. Are trends in HIV gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe?. BMJ 2002;324:1324-1327.

Nuevas infecciones 2003-2005. Ministerio de Sanidad (Diario El Pais 12-9-07).

Nutt D, King LA, Saulsbury W and Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet 2007;369:1047-53.

Ochoa C. Estudio de casos y controles sobre la influencia de diversas mutaciones y el estilo de vida en el riesgo de obesidad. Tesis doctoral no publicada. (Diario Médico 18-7-07).

Ochaña E, Múgica E et al. Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria 1999-2006). Defensor del Pueblo. UNICEF, 2006.

OED. Ministerio del Interior. Encuesta Nacional sobre Drogas. Informe nº 5, Julio 2002.

OED Informe 2004 (Encuesta EDADES 1995-2005 y ESTUDES 1994-2004) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

OED .Subdirección General de Drogodependencias, 2006. Ministerio de Sanidad y consumo.

OEDT. Informe anual 2006 sobre el problema de la drogodependencia en Europa.

Oglivie D, Gruer L, Haw S. Young people's access to tobacco, alcohol and other drugs. BMJ 2005;331:393-398.

Ojembarrena E, Fernández de Pinedo R, Gorostiza E et al. Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados. An Esp Pediatr 2002;56:416-424.

Oosterloo M, Lammers GJ, Overeem S, Noord I and Kooij S. Possible confusion between primary hypersomnia and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research* 2006; 143 (2-3): 293-297.

Ortega F, Ruiz J, Hurtig-Wenl6f A, Sjostrom M. Los adolescentes fisicamente activos presentan una mayor probabilidad de tener una capacidad cardiovascular saludable independientemente del grado de adiposidad. The European Youth Heart Study. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(2):123-129.

Ortigosa L. Screening de Salut en los Adolescentes. En Taula Rodona sobre Pla de Salut del Nen Canari XXI Reunion Conjunta de la Sociedad Canaria de Pediatria. Lanzarote, Junio 1992. *Canarias Pediatrica* 1992; 2 (1):52-58.

Padró Municipal d' Habitants del poble de Salt, 1991/2002. Estadística sobre el nivell d' estudis de la població de Salt a 12-6-91 i 12-12-02. Ajuntament de Salt.

Pallardó VJ, Jannone N, Esteve S et al. Monogràfic Setiembre 2006: Mercado de Trabajo. Observatorio de Coyuntura Economica Internacional, 2006:23.

Paniagua H and Garcia S. Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Rev Esp Salud Publica* 2003;77 (3):441-442.

Pardell H, Salto E, Tresserras R, Villalbi JR et al. Consejo antitabaco en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (supl 1):101-05.

Parikh NI, Pencina MJ, Wang TJ et al. Increasing trends in incidence of overweight and obesity over 5 decades. *Am J Med* 2007;120:242-50.

Patel V, Fisher AJ, Hetrick S et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet* 2007 DOI 10.1016/50140-6736(07)60368-7.

Patton GC, Selzer R, Coffey C et al. Onset of adolescent eating disorders: population-based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999;318: 765-768.

Pepe Rodriguez . Las sectas hoy y aqui. Tibidabo Ediciones SA, 1985 (Pag 161-175).

Pereda N, Fornis M. Prevalència i característiques de l' abús sexual infantil en estudiants universitaris espanyols. *Child Abuse&Neglect*, en prensa, 2008.

Perez Gaspar M, Gual P, de Irala-Estevez J et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (barc)* 2000; 114:481-486.

Perez-Milena A, Martinez-Fernandez ML, Perez-Milena R et al. Tabaquismo y adolescentes ¿buen momento para dejarde fumar?. Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria* 2006;37(8): 452-456.

Persson E, Hanson BS, Rastam AS. Alcohol habits among teenagers in Sweden: factors of importance *J Stud Alcohol* 1994;55:719-725.

Petridou E, Zavitsanos X, Dessypriss N et al. Adolescents in high-risk trajectory: clustering of risky behavior and the origins of socioeconomic health differentials. *Prev Med* 1997;26(2):215-9.

Pierce JP, Gilpin EA, Choi WS. Sharing the blame: smoking experimentation and future smoking-attributable mortality due to Joe Camel and Marlboro advertising and promotions. *Tob Control* 1999;8: 37-44.

Pietschmann T. Informe Mundial sobre drogas. Oficina de la ONU contra la droga y el delito ONUDD, 2007.

Pino A i Delgado M. Artículo: Una de cada 10 adolescentes que abortan lo hace por segunda vez. (Diari El Pais 27-9-07).

Pla de Salut de Catalunya 1993-95. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1993.

Pla de Salut de la Regió Sanitària Girona 1996-98. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1996.

Pla de Salut. Quadern nº 9. Les activitats preventives en la xarxa reformada d'Atenció Primària. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya,1998.

Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1999.

Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2003.

Plasencia A, Ferrando J, Accidentes de tráfico. En : Navarro C, Cabases JM, Tormo MJ (eds). La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores, 1995.

Plasencia A. Epidemiología de las lesiones por accidentes de tráfico en Barcelona 1990,1991. Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona, 1995.

Plasencia A. Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva. Adicciones: revista de Sociodrogalcohol ISSN 0214-4840, 2002; 14(1): 279-290.

Polanco I et al. Libro Blanco de la Alimentación Escolar. Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación, 2007.

Polo C, Lopez M, Escudero A et al. abuso sexual infantil: coexistencia con otros tipos de maltrato en edad infantil y adulta. Arch de Psiquiatr 2006;69 (2):133-144.

Pombo M. Depart Pediatría Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. Declaraciones al diario El País 14-4-07 Suplemento Salud pag 28.

Portero P, Cirne R Mathie G. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud Rev Esp Salud Pública 2002; 76-5:577-584.

Poulin C and Graham L. The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. Addiction 2001;96:607-621.

Powell LM, Szczypka G, Chaloupka FJ et al. Nutritional content of television. Food Advertisements seen by children and adolescents in the United States. Pediatrics 2007; 120 (3):576-583.

Powell LM, Szczypka G, Chaloupka FJ. Exposure to Food Advertising on Television Among US Children. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161:553-560.

Prada C, Prada R et al. Accidentes de tráfico en la población española. Med Clin (Barc) 1995;105:601-604.

Primack BA, Switzer GE and Dalton MA. Improving measurement of normative beliefs involving smoking among adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161:434-439.

Professió-Quaderns de la Bona Praxi. El consentiment informat. La pressa de decisió informada del pacient. Nº 25. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (Maig 2008).

Professió-Qüestions polemiques i consells practics. L'atencio a adolescents,salut sexual i reproductiva. N° 23. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (Abril 2007).

Programa Salut i Escola. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2006.

Prohibido el cachete para corregir a los hijos. Sociedad. Diario el País 1-11-07.

Protocol d'Actuacions per a Prevenir la MGF, 2007. Departament d' Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració. Generalitat de Catalunya.

Protocol d'Atenció Integral i Específica en TCA 2006. Atenció Primària i Xarxa de Salut Mental de la provincia de Girona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Protocols de medicina preventiva a l' edat pediàtrica: PANS, programa de seguiment del nen sa. Barcelona, 1995. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Quaderns de projecte educatiu ciutat de Barcelona. Guia per a l' elecció i l' us de viodejocs. Qui posa les regles del joc?. Ajuntament de Barcelona:Institut d' Educació. Agència Catalana de Consum, 2006.

Rabinoff M, Caskey N et al. Pharmacological and Chemical Effects of Cigarette Additives. Am J Public Health. 2007; 97:1981-1991.

Rajmil L, Roset M,Segura A. La salut mental a Catalunya (ESCA 1994). L' Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996 (Informe ISP-13/95).

Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud en la infancia i la adolescencia: revisiÓn de la literatura y de los instrumentos adaptados en España. Gac Sanit 2001;15 (supl 4):31-43.

Rajmil L, Pantzer K. Qualitat de vida relacionada amb la salut i immigració en adolescents escolaritzats de Lloret de Mar. AATRM informatiu, 2005 n° 30 13-15.

Rebollo G, Ndown M, Sumare K et al. Mutilacion Genital Femenina. Propuesta de una consulta preventiva en un Centro de Salud. Libro de Comunicaciones, 2007: 208. V Congreso sobre la Inmigración en España.

Redon J and Lurbe E. Hipertensión arterial y obesidad. Med Clin (Barc) 2007;129: 655-657.

Reilly JJ. Obesity in childhood and adolescence:evidence based clinical and public health perspectives. Postgrad Med J 2006;82:429-437.

Reilly JJ, Kelly L, Montgomery C et al. Physical activity to prevent obesity in young children:cluster randomised controlled trial. BMJ 2006; 333:1041-1043.

Report on the state of young people's health in the European Union . European Commission-Directorat General Health and Consumer Protection Unit F3,2000.

Revuelta E, Godoy P, Farreny M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. Aten Primaria 2002; 30 (2):112-8.

RICARDIN I: objetivos,diseño y resultados del estudio piloto. RICARDIN II: valores de referencia. An Esp Pediatr 1995;43:5-17.

Riedijon ND, Shoostari S,Moghadasian MH. The influence of Sociodemographic Factors on Patterns of Fruit and Vegetable Consumptionin Canadian Adolescents. J Am Diet Assoc 2007; 107 (9):1511-1518.

Rivera-Rivera L, Allen B, Rodriguez Ortega G et al. Violencia durante el noviazgo, depresion y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años) Salud Publica Mex,2006 ;48 (2): 288-196.

Rocandio AM, Ansotegui L, Arroyo M. Relacion entre el desayuno y la obesidad en escolares. Rev Clin Esp 2000;200: 420-423.

Rodriguez de Cossio A, Granada Jimenez O. Trastornos depresivos en la infancia y en la adolescenci. Rev Clin Med Fam.2007;1 (6):270-276.

Rodriguez Artalejo F, Lopez Garcia E, Gutierrez Fisac JL et al. Changes in the prevalence of overweight and obesity and their risk factors in Spain. Prev Med 2002;24:72-81.

Rodriguez P. El Drama del menor en España.Ediciones B. SA, 1993.

Rodríguez I, Torres D, Castillo I. La violencia intrafamiliar y su repercusión en la salud mental del niño i el adolescente. Revista de Psiquiatria y Psicología del Niño y del adolescente 2007 7(1): 20-33.

Romani i Alonso O. (Director) La Salut dels Joves a Catalunya. Un estudi exploratori (e-quaderns2). Univ Rovira i Virgili. Grup Igia, Barcelona. Departament de la Presidència. Secretaria General de Joventut. Generalitat de Catalunya.

Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza Rev Psiquiatria Infanto-juvenil 1998;(3):148-62.

Russell MH, Ellison C, Taylor C et al. Effect of general practitioner's advice against smoking. BMJ 1979;2:231-235.

Russell Viner. Provision of age appropriate health services for young people has been ignored. Letter. BMJ 2000;321:1022.

Ryan SA, Millstein SG, Greene B, Irwin CE Jr. Utilization of ambulatory health services by urban adolescents. J Adolesc Health 1996; 18(3):192-202.

Saxena S, Eliahoo J and Majeed A. Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study. BMJ 2002;325:520-525.

Sainz M. Presidenta de l' Asociación de Educación para la Salud, ADEPS. Servicio Medicina Preventiva Hospital Clínico San Carlos, Madrid. (Diario Médico Noviembre 2006).

Saiz I, Rubio J, Espiga I y cols. Grupo de Trabajo. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Rev Esp Salud Pública 2003;77:441-473.

Salcedo F, Rodríguez FM, Monterde ML et al. Hábitos de dormir y trastornos del sueño durante la adolescencia: relación con el rendimiento escolar. Aten Primaria 2005; 35 (8):408-414.

Salleras L. Calendario de vacunaciones sistemáticas. A: Salleras L. Vacunaciones preventivas. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2003: 91-103.

Salut Jove. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1999.

Salut per a tots l'any 2000. Departament Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Sanchez Echenique M. Obesidad infantil: situación actual en Navarra y estrategias de actuación. Sección de Evaluación y calidad asistencial de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, 2008.

Sanchez JJ, Ortigosa L, Prieto A et al. Salud del Adolescente. BSCP Can Ped 2002; 26 (2-3):129-147.

Sanchez A. et al. PACE Project . Am J Prev Med 2007;32 (2): 124-130.

Sanmartin J. Los registros solo recogen el 10% de la cifra real de menores maltratados. Director del Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Declaraciones al Diario de Sevilla el 9-3-08.

Santamaria J. Coordinador de la Unitat de la Son. Hospital Clínic de Barcelona (Diari El Periòdico 7-08-07).

Sargent JD and Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers?. Pediatrics 2001;108 (6):1256-1262.

Sargent JD, Beach ML, Adachi-Mejia AM et al. Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. Pediatrics 2005; 116 (5): 1183-1191.

Sargent JD, Tanski SE, Gibson J. Exposure to movie smoking among US adolescents aged 10 to 14 years: a population estimate. Pediatrics 2007;119 (5): 167-176.

Sayag S, Latzer Y. The role of the family physician in eating disorders. Int J Adolesc Med Health 2002;14:261-267.

Séculi E, Brugulat P, Medina A et al. La detección de factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de atención primaria en Cataluña. Comparación entre los años 1995 y 2000. Aten Primaria 2003;31 (3):156-62.

Segui-Gómez R, Navarro C, Martínez MA. Accidentes de tráfico y uso de medidas preventivas: resultados preliminares del cuestionario basal de la cohorte SUN. XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología 2002.

¿Se lo vas a dar todo? Campaña de prevención del consumo de cocaína. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J et al. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)* 2003; 121(19):725-732.

Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit* 2003;17 (3):181-189.

Serra-Sutton V, Herdman M, Rajmil L et al. Adaptación al espanyol del cuestionario Veçu et Santé. Perçue de l'adolescent (VSP-A): una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev Esp Salud Public* 2002;76:701-712.

Silber TJ. Mitos acerca de la adolescencia. Capítulo 30. El Adolescente. Enrique Dulanto GutierrezMcGraw-Hill Interamericana, 2000: 229-31.

Silber TJ, Munist M, Magdaleno M et al. Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de Salud, 1992.

Smaldone A, Honing JC, Byrne MW. Sleepless in America: Inadequate Sleep and Relationships to Health and Well-being of Our Nations's Children. *Pediatrics* 2007;119:29-37.

Song AV, Ling PM, Neilands TB et Glantz SA. Smoking in Movies and Increased Smoking Among Young Adults. *Am J Prev Med* 2007; 33 (5): 396-403.

SOS Racisme. Làzaro A. et al. Informe sobre la situació a Salt (Girona), 2000.

Starfield B, Bergner M, Ensminger M et al. Adolescent health status measurement: development of the child health and illness profile. *Pediatrics* 1993;91:430-5.

Starfield B, Riley AW, Witt WP and Robertson J. Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:354-61.

Staton M, Leukefeld C, Logan TK et al. Risk sex behavior and substance use among young adults. *Health & Social Work* 1999;24:147-154.

Steward-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2006.

Stein RA, Zitner LE and Junsen PS. Interventions for adolescents depression in Primary Care. *Pediatrics* 2006;118:660-682.

Stimson G. Presidente de la International Harm Reduction Association IHRA. Declaracions al XIX Congreso Internacional de Reduccion de Riesgos asociados al Consumo de Drogas. (La heroína sigue conduciendo al sida en España. *Diari El País* 13-5-08).

Strasburger VC et al. *Medicina en adolescentes (edición española)*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. México: McGraw –Hill Interamericana, 1997.

Striegel-Moore RH, McMahom RP, Biro FM et al. Exploring the relationship between timing of menarche and eating disorder symptoms in Black and White adolescent girls. *Int J Eat Disord* 2001;30(4):421-433.

Subias P, Garcia-Mata JR, Pérula de Torres L. Efectividad de las intervenciones preventivas en el marco del programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS) de la SEMFYC. *Aten Primaria* 2000; 25:383-389.

Sultan Charles. Conferència “Canvi Climatic i Patologies Femenines”. Programa de les Nacions Unides per al Medi Ambient (PNUMA), 2008.

Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Library*. Issue 3. Oxford: Update software, 2005.

Sun Shumei S, Grave GD, Siervogel RM, et al. Systolic Blood Pressure in Childhood Predicts Hypertension and Metabolic Syndrome Later in Life. *Pediatrics* 2007 ;119 (2):237-246.

Suris JC, Garcia-Tornel S. Adolescent medicine among pediatricians in Catalonia. *J Adolesc Health* 1991;12(6):430-3.

Suris JC, Parera N, Puig C. Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona 1993. Barcelona: Unitat d' Adolescents de l'Institut Universitari Dexeus, 1994.

Surís JC. Problemas de Salud del adolescente normal. *Anales Españoles de Pediatría* 1999; Supl 83: 345-346.

Suris JC. Identificació de factors predictius de les conductes de risc en adolescents en l' àmbit de la consulta. Universitat Autònoma de Barcelona. Tesi Doctoral, 2003.

Suris JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2000.

Stronski SM, Ireland M, Michaud PA, Narring F, Resnick MD. Protective correlates of stages in adolescent substance use: a Swiss national study. *J Adolesc Health* 2000; 26:420-427.

Taheri S. Shorted nightly sleep in childhood may help explain obesity epidemic. Universidad de Bristol (Regne Unit). *Arch Dis Child* 2006; 91:881-884.

Tamarit F, Rebollo G i altres. Què piensen, què les interessa i què hacen los adolescentes/jóvenes de Salt. Aproximación a partir de una encuesta. *Anales Españoles de Pediatría* 1994; Monográfico: 58.

Tamarit F, Rebollo G, Iglesias F i Fabregas A. El suicidio y los adolescentes/jóvenes, un tema inquietante: hay que intervenir des de las consultas. Comunicación al III Congreso de la Medicina General Española, 1996. Premio a la mejor comunicación.

Tamarit F, Iglesias F, Sala R. Programa d' Alimentació. Ajuntament de Salt, 1998.

Taracena del Pinal B et al. *Revista Medicine. Monografic Pediatría IV. Adolescencia*, 1991.

Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Oken E et al. Short Sleep Duration in Infancy and Risk of Childhood Overweight. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162 (4): 305-311.

Taveras EM, Berkey C, Rifas-Shiman SL et al. Longitudinal relationship between television viewing and leisure-time physical activity during adolescence. *Pediatrics* 2007;119 (2):314-319.

Tebe C, Berra S, Herdman M et al. Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(17):650-4.

The Alan Guttmacher Institute. Facts in Brief: Teenage Sexual and Reproductive Behavior. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1992.

The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2004;114:555-576.

The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

The Health of Youth- A cross - National Survey- WHO Regional Publications, European Series N° 69, 1996.

Timlin MT, Pereira MA, Story M and Neumark-Sztainer D. Breakfast Eating and Weight Change in a 5-Year Prospective Analysis of Adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics* 2008;121: e638-e645.

Titus-Ernstoff L et al. Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children. *Pediatrics* 2008; 121:15-21.

Toro J, Castro J, Garcia M et al. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology* 1989; 62: 61-70.

Toro J, Gila A, Castro J et al. Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eat Weight disord* 2005;10 (2):91-97.

Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:543-4.

Torrubia R et al. *Projecte Família i Educació a Catalunya*. Fundació Jaume Bofill 2006.

Tot sobre les drogues. DVD elaborat per la FAD, Fundació d' Ajuda contra la Drogadicció. i l' Obra Social de Caja Madrid, 2007.

Towey K and Fleming M. *AMA Healthy youth 2010. Supporting the 21 critical adolescent objectives 2007*

Townsend J, Roderick P and Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income and health publicity. *BMJ* 1994;309:923-927.

Thompson D. et al. Childhood Overweight and Cardiovascular Disease Risk Factors: The National Heart, Lung and Blood Institute Growth and Health Study. *Journal of Pediatrics* 2007;150 (1):18-25.

Toumbourau JW, Stockwell T, Neighbors C et al. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet* 2007. DOI 10.1016/50140-6736 (07) 60369-9.

Townsend P, Davidson N, Whitehead M. *Inequalities in Health: the Black Report and The Health Divide*. London: Penguin Books, 1988.

Traeen B and Kvalem IL. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction* 1996; 91: 995-1006.

Tratado de Medicina Interna MEDICINE. IDEPSA (5ª ed.) Pediatría (VI). Abril 1991.

Tri JL, Severson RP, Hyberger LK and Hayes DL. Use of Cellular Telephones in the Hospital Environment. *Mayo Clin Proc* 2007;82 (3):282-85.

Tripp JH and Cockett M. Parents, parenting and family breakdown. *Arch Dis Child* 1998;78(2):104-108.

Tubman JG, Windle M, Windle RC. Cumulative sexual intercourse patterns among middle adolescents: problem behavior precursors and concurrent health risk behaviors. *J Adolesc Health* 1996;18:182-191.

Tylee A, Haller DM, Graham T et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done. *The Lancet* 2007 DOI:10.1016/50140-6736(07)60371-7.

US Bureau of the Census: Age and sex-poverty status in 1985 of persons, by family relationship, type of family, race and hispanic origin. Table 7. *Current Population Reports Series P60, N° 158*. Washington DC. US Government Printing Office 1987a.

US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation . A report of the Surgeon General* Rockville: Office on Smoking and Health, 1990.

US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010. Understanding and improving Health*, 2nd. Washington, DC: US Government Printing Office, November 2000.

US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2ª ed. Baltimore: Williams&Wilkins, 1996.

USDHHS (1989) *National Adolescent Student Health Survey: A report on de Health on America's Youth*, USDHHS, PHS, Washington, DC.

Valcarce A. (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacitados. *La infancia en cifras*. 2006. Instituto Infancia y Mundo Urbano (CIIMU).

Valencia M, Lorenzo J, Galan I and Rodríguez-Artalejo F. Binge Drinking in Madrid, Spain. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 2007; 31 (10):1723-1730.

Van Dam RM, Willet WC, Manson JE et al. The relationship between overweight in adolescence and premature death in women. *Ann Intern Med* 2006;145:91-98.

Van Lieshout EJ, Van der Veer SN, Hensbroek R et al. Interference by new-generation mobile phones on critical care medical equipment. *Critical Care* 2007;11: R98.

Vicente Aldea MT, Buñuel JM et al. Anticoncepción de emergencia en un Centro de Salud urbano de Atención Primaria. *Salud Rural* 2007;24:31-35.

Vigilancia epidemiológica del VIH en España: valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de la CCAA. Período 2003-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III, 2007.

Villa G. Premio Nacional de Investigación en Medicina del Deporte. Universidad de Oviedo, 2008.

Villalví JR, Perez C. Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1):79-87.

Viner RM, Backer M. Young people's health: the need for action. *BMJ* 2005;330:901-903.

Wang YC et al. Increasing caloric contribution from sugar-sweetened. Beverages and 100% fruit juices among US children and adolescents. 1998-2004. *Pediatrics* 2008;121:e1604-14.

Wardle J, Henning N, Cole TJ et al. Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain. *BMJ* 2006;332:1130-1135.

Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR and Winiickoff JP. The Extent to Which Tobacco Marketing and Tobacco Use in Films Contribute to Children's Use of Tobacco. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:1285-1296.

Werner MJ, Walker LS, Green JW. Screening for problem drinking among college freshmen. *J Adolesc health* 1994;15:303-310.

Winkleby MA, Fortmann SL, Barret DC. Social class disparities in risk factors for disease: eight-year prevalence patterns by level of education. *Prev Med* 1990;19:1-2.

Witaker RC, Wright JA, Pepe MS et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997;337:869-73.

45 World Health Organization. *Targets for All*. Copenhagen: WHO, 1985.

Yancey AK, Fielding JE, Flores GR et al. Creating a Robust Public Health Infrastructure for Physical Activity Promotion. *Am J Prev Med* 2007; 32 (1):68-78.

Yancy W S. Pràctica en el consultorio. *Medicina del Adolescente* 1994. McAnarney et al. Ed Panamericana:186-189.

Young Sylvia NY, Hansen CJ, Gibson RL and Ryan Margaret AK. Risk alcohol use, age at onset of drinking, and adverse childhood experiences in young men entering the US Marine Corps. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:1207-1214.

Youngblade LM, Theokras C, Schulenberg J, et al. Risk and Promotion Factors in Families, Schools, and Communities: A Contextual Model of Positive Youth Development in Adolescence. *Pediatrics* 2007;119:S47-S53.

Zador PL. Alcohol-related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex. *J Stud Alcohol* 1991;52 (4):302-310.

Zaleski EH, Schiaffino KM. Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to college. *J Adolesc* 2000;23(2):223-7.

Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of physician Offices by Adolescents in the United States . *Pediatrics* 1999;104 (1):35-42.

Ziv A, Boulet JR and Slap GB. Emergency department utilization by adolescents in the United States. *Pediatrics* 1998;101 (6):987-994.

Zuckerbrot RA, Jensen PS. Improving recognition of adolescent depression in primary Care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:694-704.

ANNEXES

9.1 ANNEX-1

ESTRUCTURA DEL QÜESTIONARI UTILITZAT

1- Recull de dades sociodemogràfiques

Estat. Sexe. Estudis acabats (màxima titulació assolida). Estudis actuals. Situació laboral.
Creences religioses. Tipologia família. Nucli de convivència. N ° germans.

2- Antecedents de salut familiars i personals.

3- Dades Conducció: Disposició de carnet de conduir i antecedents d'accidents de trànsit.

4- Dades de salut:

Compliment del calendari vacunal vigent .

Alimentació: Dèficits o excessos en relació a les recomanacions (Vegetals. Llet-Derivats. Bolleria-Pastisseria).
Seguiment d' algun tipus de dieta.

Consum/Abús de drogues legals i il·legals.

Sexualitat: Pràctiques sexuals de risc (IVE, No preservatius, Prostitutes, MTS)

Salut Mental: Idees o intents de Suïcidi.

Haver estat en tractament psicològic o psiquiàtric.

Sectes: Influència o militància en alguna secta destructiva.

Maltractaments/Abusos: Antecedents de maltractaments/abusos físics o psíquics.

5- Nivell satisfacció (de 0 a 3): Família. Feina. Amics. Estudis. Propi cos

6- Hàbits higiènics: Hores de Son. Freqüència Bany/Dutxa. Hàbits higiene buco-dental

7- Activitats de lleure.

8- Qüestionari de Conductes de Risc: Positiu o negatiu

9- Conjunt de Problemes o conductes detectades.

10- Pla de seguiment i/o derivacions

11 -Examen de salut:

Exploracions : Pes/Talla (IMC). TA.

Analítica: Hemograma i Bioquímica General. Glicèmia. Colesterol/Triglicèrids. Hemoglobina. Funció hepàtica.

Marcadors HVB. Serologia Rubèola (només en dones).

CONSULTA JOVE

DADES

Núm _____ Data _____ Edat _____ Sexe _____

Estudis _____

Treball:

- Atur Eventual Pràctiques Nís Cadena +10 nores Fix

Amb qui viu:

- Pare Sol Parella Amics/Amigues Altres

Núm. germans Lloc que ocupa _____

Família:

- Monoparental Nuclear No biològica

Carnet de conduir: Moto Cobxe

MOTIU DE LA CONSULTA

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____

INTERVENCIÓ

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____

VALORACIÓ PROFESSIONAL

ANTECEDENTS FAMILIARS:
 Pare: HTA _____ DISLIPEMIA _____ TABAC/EX _____ ALCOHOL DIARI _____
 Mare: HTA _____ DISLIPEMIA _____ TABAC/EX _____ ALCOHOL DIARI _____

ANTECEDENTS-HABITS PERSONALS:
 Malalties: Infància _____ Actuals _____
 Medicació: Habitual _____ Sovint _____
 Accidents trànsit: Moto-Lleus/Greus _____ / Colxe-Lleus/Greus _____
 Vacunes _____

ALIMENTACIÓ/DIETA:
 Has fet algun cop dieta per oprimir-te? _____
 Menges a diari: Fruita _____ Amonides _____ Uet/Derivats _____
 sovint: Verdura _____ Botelleria/Pastisseria _____ Fasi/Fasad _____
 Estes d'acord amb el teu cas? (1 a 3) _____
 Prim/Anorexia _____ Obes/Bulímia _____

DROGUES:
 Tabac _____ Dies _____ Cafeina diària _____ Coles _____
 Alcohol: diari _____ Caps setmana _____ Esporàdic _____ Abstemi _____
 Il·legals _____

EXERCICI FÍSIC:
 Fas exercici físic regular (3 cops setmana) Què _____

SEXUALITAT/MTS/EMBARAS:
 Tens parella? _____ Des de quan _____
 Has tingut relacions sexuals _____ Amb penetració _____
 Edat primera relació _____ En tens ara _____
 Fas servir preservatius en tota relació _____
 Fas servir mètodes anticonceptius _____
 Avortaments _____ Rev. ginecològiques periòdiques _____
 Pràctiques/Has anat amb prostitutes _____ Has tingut cap MTS _____

HABITS:
 Càries/N.òsturodes/Pendents _____ / _____
 Revisions odontològiques 1-2 anys _____ Raspallat diari _____
 Dutxa/Bany 1-2 dies _____
 Hores de son _____
 Temps lliure/Oci/Hobbies _____
 TV Sol/Acompanyat _____

ALTRES:
 Idees suïcidi Quan/Per què _____ Intent suïcidi/Quan/Per què _____
 Tractament Psicòleg/Psiquiatre Quan/Per què _____
 Saps/Coneixes/Simpatitzes/Milites en cap secta destructiva _____
 Has patit maltractaments físics,psíquics,agressions o abusos _____

GRAU SATISFACCIÓ (1 a 3) FAMÍLIA _____
 ELL MATEIX _____
 ESTUDIS _____
 TREBALL _____

QÜESTIONARI DE RISC:

Prostitutes _____ MTS _____ Sexe sense preservatiu _____
Tobac diari _____ Alcohol diari/Abus cap de setmana _____
Porros/Extasi/LSD Habitual _____ Cocaïna/Heroina a vegades _____
Idees Suïcidi _____ Intent Suïcidi _____ Tractament Psico/Psiqui _____
Sectes Destructives _____ Maltractaments, Agressions, Abusos _____

PROBLEMES DETECTATS/INTERVENCIO:

Drogues _____
Vacunes _____
Exercici Físic _____
Alimentació/Sobrepes _____
Hobits Higienics _____
Sexualitat/Risc _____
Solut Menor/Suïcidi _____
Malalties _____
Altres _____
Altres _____

9.2 ANNEX-2

ASSOCIACIÓ AETHES. ESTUDI POBLACIÓ JOVE SALT

S' han seleccionat algunes dades de l'estudi que l'Ajuntament va encarregar a l'Associació Aethes com a base per elaborar un Pla Integral sobre la Joventut de Salt. Es va fer a una mostra aleatòria de 367 joves de 15- 27 anys al Maig-Juny del 1997.

La població de Salt al 1997 era de 21.483 persones de les quals havien nascut a Salt només 2.490. Els de fora de Espanya eren 653, el 3% (al 2001 era del 11.5% i avui al 2003 es supera el 19%), de Gàmbia el 0'75% i del Marroc el 0'53%.

El nivell d'estudis superiors va ser del 2'69%.

Els joves de 15-23 anys eren 3.368, dels que el 86'4% vivien amb els pares i estaven casats el 7%. Estudiaven el 36'7% dels que un 43% eren dones i un 30'5% homes als 20 anys només el 32'3 %. Treballaven el 34'8 (26'2% eren dones i el 42'9% homes), estaven a l'atur el 11'2% (10'6% dones i 12'9% homes) i estudiaven i treballaven l'11'2% (13'1% dones i 9'4% homes).

El 15'4 % de la mostra tenien com a màxim nivell d'estudis assolits el Certificat (Primària incompleta), el 33% Graduat Escolar, el 7'9% el BUP, el 13'9% el COU, el 2'7% una Diplomatura Universitària i el 2'1% una Llicenciatura Universitària.

Del 45'9% que estudiaven, només el 6'4% són llicenciats i 5'8% diplomats.

Les dones tenen un nivell estudi superior: dels que no tenen Graduat Escolar el 9'3% són dones i el 21 % homes, tant a BUP com a COU predominen les dones amb 8 punts més i amb estudis universitaris el 6'8% son dones i el 2'9% homes.

Parlen català a casa el 50%.

Temes que els preocupen: Violència 47%. SIDA 43%. Trobar feina 36'1. Drogues 10'9%.

Dels que treballen el 57'3% tenen un contracte temporal i el 27'8% fix.

Practiquen esport el 50% de la mostra.

Han tingut relacions sexuals el 53'3%, inici als 15 anys, El 83'4% utilitzen algun mètode anticonceptiu: el 65'5% els preservatius, el 22'7% la píndola i el 16'6% cap.

Fumen tabac el 37'9% < 1 paquet dia i el 5'4% > 1 paquet. No fumen el 53'3%. Inici als 16 anys.

Consum d'alcohol: el 41,2% són abstemis, l'han tastat el 67%. En fan un consum habitual el 4'8% i consum els caps de setmana el 50'9%.

Han tastat algun cop el tabac el 67%, els porros el 36'7%, les drogues de disseny el 10%, la cocaïna el 7'6% i l'heroïna el 1'5%.

9.3 ANNEX-3

DADES DE L' ENQUESTA FETA A L' ANY 1993 ABANS D'INICIAR EL PRESENT ESTUDI.

Comunicació presentada al Congrés de Medicina de l'Adolescent. Alacant 1994.

QUE PIENSAN, QUE LES INTERESA Y QUE HACEN LOS ADOLESCENTES/JOVENES DE SALT
 APROXIMACION A PARTIR DE UNA ENCUESTA

F. Tamarit *, G. Rebollo **, A. Fabregas ***, R. Sala ****

* Médico CAP Salt, ** ATS CAP Salt, *** Asistente Social Ayuntamiento Salt
 **** Técnica Cultura Ayuntamiento Salt

OBJETIVOS: Conocer lo que piensan, les interesa y hacen los adolescentes/jóvenes de 15 a 24 años del pueblo de Salt (Girona) y, a partir de los resultados, planificar una intervención, en el contexto de un Programa de Salud interdisciplinar.

MATERIAL Y METODOS: Se diseñó una encuesta que se pasó a 577 jóvenes: 361 de 2º, 3º y COU del Instituto de Salt, 105 de Formación Profesional y 111 que acedieron aleatoriamente a una consulta del CAP.

Global por edades y sexos: El 6,4% tenían 15 años, el 62,5% 16 y 17 años y el 31,1% 18 o más años. Los hombres eran el 39,4% y las mujeres el 60,6%.

Hemos dividido los resultados en: I (Instituto), FP (Formación Profesional) y CAP (Centro de Salud).

RESULTADOS:

Temas de interés: I - Sida, Sexo, Drogas, Salud y Mili
 FP - Sida, Drogas, Sexo, Salud y Mili
 CAP - Salud, Sida, Drogas, Sexo y Mili

Fuentes de información: I - Maestros, Amigos y Revistas, Padres y CAP
 FP - Maestros, Amigos y Padres, Revistas y CAP
 CAP - Amigos y Revistas, Padres, Maestros y CAP

No hacen ejercicio físico regular: I -57,89% FP -59,04% CAP -65,55%

No quieren hacer la Mili: El 81,23%

No comen fruta, verduras y ensaladas a diario el 23,74% y leche o derivados el 28,07%

Identifican como sectas destructivas: 141 a Niños de Dios, 132 al Opus Dei, 106 a T. Jehová, 81 a Hare Krishna, 56 al Patriarca, 51 a Gnosis y a otros inferior a 50.

Reconocen haber conducido bajo los efectos de drogas: I -13,85% FP -10,47% CAP -21,49%

No se ponen siempre el casco o cinturón de seguridad: I -19,39% FP -27,61% CAP -25%

Tabaco diario/ esporádico: I 19,11/16,34% FP 27,61/18,09% CAP 56,8/7,3%

Alcohol diario: Total 2,07% Alcohol fin semana: I -38,5% FP -36,19% CAP -40,54%

Han probado alguna vez: Cannabis: I -26,86% FP -20 CAP -34,23 LSD: I -4,15 FP -0 CAP -2

Heroína: I -2,2 FP -1,9 CAP -2,7 Cocaína: I -2,2 FP -0,9 CAP -6,3 Extasis: I -0 FP -0,9 CAP -3,1

Han tenido relaciones sexuales: I -33,24% FP -13,59% CAP - 76,57%

Han tenido relaciones sexuales con coito: I -17,20% FP -12,12% CAP - 67,05%

Han pensado alguna vez en el suicidio: I -39,88% FP -41,90% CAP - 13,51%

Han sufrido maltrato físico/psíquico: I -8,31/18% FP -7,6/20,95% CAP -9,90/12,61%

CONCLUSIONES:

Parece evidente que es entre los 15-20 años las edades donde se inician los jóvenes en la adicción a drogas legales o ilegales, en la sexualidad y en el sedentarismo.

Consumo de tabaco alrededor del 40% y de alcohol/fin de semana también el 40%

Consumo de cannabis del 30%. Sedentarismo del 60%. No a la Mili 80%

Desconocimiento de sectas destructivas muy peligrosas. Dieta deficiente en el 25%

Casi el 35% han pensado en el suicidio. Solo el 15% ha recibido información del CAP.

- Creemos urgente una intervención preventiva dirigida por los Centros de Salud.
- Sería deseable una coordinación entre pediatras y médicos generales para unificar criterios de actuación.
- Es a través de Programas de Salud interdisciplinares, con objetivos claros y priorizando los problemas detectados, el método para actuar científica y eficazmente.
- Los adolescentes/jóvenes son el futuro.

9.4 ANNEX-4 (1)

ALTRES ENQUESTES

ENQUESTA A LA JOVENTUT DE CATALUNYA 1998

A l'Enquesta a la Joventut de Catalunya de 15-29 anys, dels joves que treballen només el 36,7% tenen feines amb contracte fix i en cap segment d'edat arriba al 50%, viuen amb ingressos propis als 15-17 anys el 12,4%, als 18-21 anys el 29,4%, als 22-25 anys el 53,2% i als 26-29 anys el 61%. Sobre les ETT quasi el 75% opina que se n'aprofiten dels joves d'alguna manera i només un 11% que son útils. El 41% no té ordinador, el 8% no té televisió, el 82% no té Internet. En relació a la família: el 74% viu amb els pares, entre 26-29 anys és del 43,7%, viu en parella el 14,2%, que entre 26-29 es del 39,7%. El 61,5% volen tenir 1-2 fills i el 15,8% en volen 3 o quatre. El grau de satisfacció amb la vida familiar actual és del 91,6%. Entre les raons per a no emancipar-se, estan els pocs ingressos (feina precària) i l'habitatge, el deixar un entorn còmode com la llar maternal només en el 28,4%. En relació a les activitats en el lleure, les tres primeres són estar amb els amics (els iguals) tant els feiners com en festa en el 61,9% i 75,4% respectivament, la segona és veure la televisió amb el 47,2% i el 48,5% i en tercer lloc, en dies feiners estudiar 33,8% i els dies de festa passejar 43,2%. Més del 60% no pertanyen a cap associació i el 37% (al 1990 era del 27%) està afiliat a associacions esportives, el 14,5% a excursionistes, a esplais el 5,8% i a associacions culturals el 5,2%. El 51,4% està satisfet amb la seva situació personal i el 20% insatisfets; sobre la percepció que tenen del seu propi col·lectiu juvenil és regular i bastant dolenta en el 74,4% i sobre la situació general del país la troben regular o negativa el 81,98%. Pensen que *els principals problemes que afecten als joves son la manca de feina 1381 mencions, les drogues 815, les dificultats per independitzar-se 264. El 39,4% es defineixen com a creients catòlic*, comparant amb l'Enquesta Sociològica de la Joventut de Catalunya 1990, on no arribava al 30%. En la definició dels valors més importants per a ells i que superin el 90% estan per ordre, el respecte als altres 96,6%, la solidaritat amb el 96%, l'honradesa amb el 94,4%, la tolerància amb el 94,2%, l'educació i la cultura el 93,2%, el seny amb el 92,1% i les bones maneres amb el 91,3%. Gran tolerància a relacions homosexuals 85,9%, divorci 93,4%, l'eutanàsia 83,4%, l'avortament 85,8% i per grau de rebuig eutanàsia 12,3%, l'avortament l'11,9%, les relacions homosexuals el 9,7% i el divorci el 4,8%. Estan en acord/desacord: en conduir amb alguna copa de més el 10,6%/ 77,2% respectivament, en prendre drogues en algun moment 10,3%/ 74,5%, en que els immigrants acostumen a portar problemes 9,3%/ 73,6%, en castigar físicament als nens alguna vegada 3,4%/ 91,7%, en determinades circumstàncies maltractar animals 2,8%/ 92,4% i en algun moment la violència física en les relacions de parella 1,4%/ 96,1%. En relació amb la salut. consideren que el

consum de drogues suaus està molt estès o estès el 81% i el consum de drogues dures el 50,6%, els problemes psicològics (estrès, depressió) que estan molt estès o estès el 54,7%, en relació a la manca de prevenció en les relacions sexuals el 45,6% la considera com molt estesa, sobre els hàbits alimentaris és del 59,4% i en relació a l'exercici físic el 53,9% què és insuficient. En relació a la llengua el 88,2% parla català sense problemes, el 85,6% l'escriu be i el 91,9% el llegeix, pel que fa a l'ús del català només el 30% parla més castellà que català (Enquesta a la Joventut de Catalunya, 1998).

9.4 ANNEX-4 (2)

ENQUESTA DE SALUT ALS ADOLESCENTS ESCOLARITZATS DE CATALUNYA 1999, 2001

A una enquesta feta al 1999 en joves de 14-19 anys viuen a *famílies nuclears el 86%*. El 93% dels pares treballen i el 65% de les mares. El 41% dels pares i el 30% de les mares fumen, el 46% dels pares i el 26% mares consumeixen alcohol. El 37% dels pares i 26% de les mares fan esport de manera regular. El 15 % son fills únics, els 56% tenen 1 germà, el 20% dos i només *el 6% tenen tres germans o més* . El 21% de les noies i el 35% dels nois no els agrada poc o gens anar a l'escola. Treuen notes Excel·lent i Insuficient en els nois el 4% i 15%, i en les noies el 7% i el 9%. Han repetir curs el 25% dels nois i el 19% de les noies. Les noies tenen més intenció d'estudiar que els nois 33,3% i 29% i estudien i treballen el 56% i 47% respectivament. La percepció de salut és major en nois que noies, entre 1-10 puntuen de 8,04 i 7,56. *El 80% de les noies i el 73% dels nois han vist el seu metge el darrer any*, el 61% de les noies i el 52% dels nois tenen un Metge de Família assignat, el 18% i 19% un pediatra i el 16% de noies i el 26% dels nois no ho saben. El 70 % de les noies i el 63% dels nois declaren que no poden parlar amb el seu metge de qualsevol tema i la raó és que no li tenen prou confiança amb el 40%, que els acompanya un adult el 30%, quasi el 20% creuen que ho explicaria als seus pares o “només parla de medicina” i en un 10% “no parla mai de res”. *El 79% dels nois ha visitat algun especialista el darrer any i en les noies del 69%* (oculista 40%, traumatòleg 25%, dermatòleg el 18% i ginecòleg el 15%). El 44% de les noies i el 17% dels nois estan poc o gens orgullosos del seu cos. El 50% de les noies i el 60% dels nois pensen que tenen el pes adient. *El 33% de les noies i l' 11% dels nois han fet dieta el darrer any*. El 33% de les noies fan esport fora de l'escola més d' una vegada a la setmana i un 3% no fa cap i en nois 66% fa exercici i el 17% no en fa cap. Prop de 7% noies i el 5% nois no esmorzen mai. *L'inici en el consum de tabac és als 13,4 anys*; el 82% de les noies i el 71% dels nois han fumat tabac alguna vegada; si se suma les respostes: alguna vegada+bastant sovint+cada dia+ cap setmana, en nois es del 55,6% i en noies del 68,7%, fumen a diari en nois el 21,2% i en noies el 32%. El 89% de les noies i el 84% dels nois han consumit alcohol i el 30% de les noies i el 26% dels nois ho fan habitualment els caps de setmana. *L' edat d' inici en el consum d'alcohol és als 14 anys*. El 57% de les noies i el 52% dels nois s'ha emborratxat algun cop. El cànnabis l'han tastat el 50% de tots dos sexes, si se suma bastant sovint+cada dia+cap setmana en els nois és del 16,5% i en les noies del 11,2%, *l' edat d'inici és als 14,8 anys*. El 8% de les noies i el 10% dels nois han

tastat la cocaïna (destaca el consum important a Terres de l'Ebre), drogues de síntesi el 9% de noies i el 12% dels nois (també més a Terres de l'Ebre). Entre les noies la darrera vegada que va sortir de marxa 1 de cada 16 va fumar >1 paquet (6% del total), 1 de cada 9 >cinc copes (11% del total) i 1 de cada 10 >5 porros (10%) i referent als nois van ser el 8%, 20% i 25% respectivament. El 22% dels nois i el 9% de les noies han conduir sota l'efecte d'alguna droga i el 40% han pujat a algun cotxe on el conductor anava intoxicat. Només el 50% fan servir el cinturó de seguretat (a les comarques gironines el 36%) i el 66% porten casc a la moto. *Només la meitat dels nois i el 60% noies creuen que sempre és perillós beure i conduir.* En el resum planteja que en referència a l'escola la percepció que tenen els joves són: el 80% pensen que alguna vegada alguns alumnes prenen drogues, fan actes de vandalisme o roben, el 90% pensen que hi han baralles i el 68% que es consumeix alcohol. Sembla que el sistema sanitari no acaba de respondre a les seves necessitats, no saben qui es el seu metge un 21%. I acaba ***“potser caldria fer la transició del pediatra a l'adult als 15 anys d' una manera coordinada*** i donar un tipus d'atenció més adient a les seves necessitats”, també destaca molta més prevalença en relació a la mala imatge corporal, control de pes, fer dieta, manca d'exercici físic o més consum de drogues legals. Els amics com font principal per a explicar els seus problemes. En relació a risc en seguretat vial el percentatge molts més alt en nois. (Suris & Parera. Enquesta de Salut als Adolescents Escolaritzats de Catalunya 1999, 2001).

9.5 ANNEX-5

TOTES LES DADES DE PREVALENCIA RECOLLIDES A L' ESTUDI

- 1-Dades sociodemogràfiques: globals (a) i tres períodes de temps (b)
- 2-Habits higiènics,alimentaris, conducció i sedentarisme
- 3-Consum de drogues
- 4-Problemes Salut Mental
- 5-Sexualitat
- 6-Dades examen de salut i analítica
- 7-Qüestionari de risc
- 8-Malalties cròniques
- 9-Salut buco-dental
- 10-Intervencions fetes

Taula I. Dades sociodemogràfiques globals. Salt 1993-2005

N 967				
ANYS FETS	1993-1996	392	40,5%	
	1997-2000	298	30,9%	
	2001-2005	277	28,6%	
EDATS	15-16	307	31,7%	140 homes/167 dones
	17-19	243	25,1%	138/105
	20-24	417	43,1%	210/207
SEXE	HOMES	50,4%		
	DONES	49,6%		
NACIONALITAT	AUTOC	429	Hom/422	Don87,9%
	MAGRI	34	26	6,2
	SOTSA	14	14	2,9
	SUDA	9	12	2,2
	ALTR	2	6	0,8
				classe baixa est/pares
				66,36/74,11
				83,33/85,71
				92,30/58,82
				50,00/80,00
				66,66/83,33
ESTUD ACABA	PRIMARIS NO ACAB	231	39,2%	141 HOM/90 DON
N 589	PRIMARIS ACABATS	234	39,7 %	119 115
	SECUNDARIS	93	15,8%	55 38
	UNIVERSITARIS	31	5,2	8 23-74,19%
SITU ACTUAL	ESTUDIS	371	38,4	163 HOMES/208 DONES
	TREBALLA	414	38,4	
	ATUR	138	14,3	69
	SUS LABOR	26	2,7	AUTOC/IMMI 8/18-69,23%
	ALTRES	16	1,7	
AMB QUI VIU	PARES	762	78,7%	HOME/DONA- CLASALT/BAI
	PARELLA	140	14,5	412/350 197/350
	SOL/A	17	1,8	35/105 (75%) 27/109
	AMICS	9	0,9	11/6 5/12
	ALTRES	40	4,1	7/2 3/6
				23/17 8/29

Taula I. Dades sociodemogràfiques globals. Salt 1993-2005

TIPUS FAMILIA	MONOPAR 167 17,3% NUCLEAR 792 80,8% NO BIOLO 19 2,0%	NACIONA CLASSE 148/19 35/94 (56,28%) 202/397 3/15
Nº GERMANS	FILL UNIC 63 6,6% 2 GERMANS 350 36,5% 3 O MES 545 56,9%	CLASE ALTA/BAIXA 129 (46,2%)/ 150 0,000 108 (21,6)/350
LLOC GERMANS	EL PRIMER 410 42,8% SEGON O MES 57,2%	
FEINA PARE/MARE	PARE/MARE CLASE I 6,2% 5,0% CLASE II 16,3 12,2% CLASE III 40,8 27,1% CLASE IV 36,6 55,7%	
CREENCES N 519	NO 239 46,1% CATOLIC 184 35,5% MUSULM 84 16,2% JEHOVA 6 1,2% ALTRES 6 1,2%	AUTOC 411 NO PRAC 224 MAGRIB 60 2 SOTSAHA 27 3 SUDAMERI 15 8 ALTRES 6 2 NOMES 103 PRACTICANTS DE 280 CREIENTS TOTALS NOMES 7 DE 194 CATOLICS I 96 IMMI DE 103
TABAQUISME PARE-MARE	601 (62,1%)/ 251 (25,9%)	
CLASSE ESTUDIS/FEINA PARES	8,3% 22 6,4% 23,9 62 18,1% 35,0 135 39,5% 245 32,8 123 36,0	BIVARIAT CLASSE ESTU/PARES 0,000
MEDICACIO CRONICA	SI 18,9% ANOVU 5,4% ALTRES 13,5%	
MALALTIES CRONIQUES	15-16 17-19 20-24 SI 95 71 114 26 ACNE 17 4 5 60 ALERGI 19 19 22 55 ASMA 24 18 13 38 SIQUIAT 6 10 22 101 ALTRES 29 20 52	CLASE 0/1 HomeDona 29,1% 2,7 8 7 14-12 6,2 21 28 29-31 5,7 8 24 33-22 4,0 10 20 20-19 10,4 34 46 43-58 CLASSE SOCIAL p<0,030 EDAT p<0,002 SEXE p<0,441

**Taula II. Prevalences de les dades sociodemogràfiques en tres segments de temps.
Salt 1993-2005**

N 967	93-96 N 392	97-2000 N 298	2001-2005 N 277
EDAT	15-16- 75 18,7% 17-19 118 30,3% 20-24 199 51,0%	104 34,9% 74 24,8% 120 40,3%	128 46,2% 51 18,4% 98 35,4%
SEXE	54,9% 45,1 DONA	49,2 50,8	45,5 54,5
NACIONALITAT	ESPANYA 100%	ESPANYA 89,6% MAGRIBINS 6% SOT-SAHAR 3,0% SUDAMERI 1,3%	ESPANYA 69% MAGRIBIN 15,2% SOTSAHAR 6,9% SUDAM 6,1% ALTRES 2,9%
TIPUS FAMILIA	NUC 79,7 20,2	80,9 19,1	81,9 18,1
CREENCES N 519	NO 46,3 N 294 CATOLI 52% JEHOVA 1,7	NO 3,4 N 29 CATOLI 93,1% ALTRES 3,4	NO 52 N 196 CATOLI 15,8 MUSULMAN 29,1 JEHOVA 0,5 ALTRES 2,6
NIVELL ESTUDIS N745	UNIV 8,2 SECUND 27,0 PRIM ACABA 33,0 PRIM NO AC 31,8	7,1 22,3 35,3 35,3	10,1 18,9 39,0 32,0
SEXUALITAT	NO 91,3 SI 8,7%	82,6 17,4	91 9
CONDUCCIO	89,5 10,5%	91,6 8,4	92,8 7,2
TCA	90,5 9,5%	91,1 8,9	91 9
SALUT MENTAL	74,6 25,4%	77,9 22,1	83,8 16,2
TABAC	52,3 47,7%	58,1 41,9	70,4 29,6
OH	86,2 13,8%	95 5	96,4 3,6
CANNABIS	92,3 7,7	94,3 5,7	97,5 2,5
ALTES DROGUES	91 9,0	94 6	96 4
SEDENTARISME	48,8 51,2	37,9 62,1	33,3 66,7
HORES SON	84 16	85,6 14,4	87 13
SOBREPES	82 18	83,2 16,8	87,3 12,7
OBESITAT	96 4	88,8 11,2	94,2 5,8
HTA	94,7 5,3	96,3 3,7	98,6 1,4
ALTER ANALISI	71,2 28,8	54,5 45,5	49 51
QUESTIO RISC	39 61	41,9 58,1	54,9 45,1

Taula III Prevalences hàbits higiènics, alimentaris i de conducció. Salt 1993-2005

N 967		
CARNET MOTO/COTXE	TENEN CARNET 506 52,7%	38,56 dones 65,14 baixa 6,52 immi 15-16, 17-19 i 20-24 moto 66 101 49 cotxe 0 37 252
ACCIDENTS TRANSIT	>=2 88 9,1% 1 accid 215 22,2%	30,68 dones 77,01 baixa 5,88 immi Edat 45 49 111 >=2 13 27 47 4,23 11,52 11,29%
DIETA	HAN FET 186 19,3%	Dones 68,81 baixa 63,19 immi 5,37 edat 65 46 75 21,17 18,93 18,07%
DEFICIT DE FRUITA DIA	NO FRUITA DIARIA 441 45,69%	46,03 dona 67,48 baixa 4,30 immi edats 52,4% 49,5 38,3
CARIES ARREGLADES	451 46,9%	50,99 dones 71,64 baixa 6,65 immi
CARIES PENDENTS	338 35,1%	51,18 dones 74,31 baixa 9,17 immi
RASPALLAR DIARI DENTS	SI 645 66,8%	si 61,86 dones 61,75 baixa immi 5,91 edat no 33,22 39,50 39,63
DUTXA DIARIA	SI 60%	52,5 dones el 68,96 dels immi si edat 47,94 40,39 29,59
HORES DE SON	6 o MENYS 141 14,6% 7 220 22,8% >=8 62,6%	47,71 dona i 73,43 baixa
SEDENTARISME	No en fan 569 58,9%	Dones no 73,90% Clas baixa no 71,44% Immigrant s no 80,34% Autòctons no 56,01%
No Exercici fora del col·legi mínim 1 hora 2 dies a la setmana		

Taula IV Prevalences de consum de drogues. Salt 1993-2005

N 967		dona 49,6% baixa 67,8%
TABAC	NO 525 54,23% dona 53,14% DIARI 358 36,98% dona 44,97% ESPORADIC 53 5,5 EX 32 3,3 auctoc si 49,70 immi 17,09	> 1 PAQ 28 7,8 dona 43,3 > 1 PAQ 127 35,5 dona 28,7 MIG PAQ 145 40,5 < MIG PAQ 58 16,2
EDAT INICI TABAC	<= 14 33,4% <= 16 39,4% <=18 18,3% >=19 8,6%	dona 55,63%baixa85,95%
CONSUM CAFE	UNITATS 0 515 (53,20%) 1-2 332 >=3 121 (12,5%)	>3 42,97% dona 74,13% baixa
CONSUM BEGUDES COLA I TE	0-1 749 2-3 114 (11,8%) >=4 104 (10,8%)	TE >=3 3,6%
ALCOHOL	ABSTEMI 361 37,3% DIARI 19 2,0 ESPORADIC 406 41,9 CAP SETMANA182 18,8	56,78% 10,52% 73,68% 54,18% 29,12% 68,96%
CANNABIS	NO 694 71,7% ESPORADIC 220 22,7 SOVINT 54 5,6%	40% 25,92% 76,92%
COCAINA	46 4,8%	32,60% 73,91%
HEROINA	13 1,3%	23,07% 84,61%
DISENY	45 4,6%	28,88% 75,55%
S' HA EMBORRATXAT N 311	211 SI 32,1%	45,97% 70,58%
OFERTA DROGUES N 314	CANNABIS 21,6% ALTRES 17,4%	
PREN LA COLLA N 314	CANNABIS 13,5% ALTRES 6,7%	

Taula V Prevalences problemes de salut mental. Salt 1993-2005

N 967		SEXE/EDAT/CLASSE
TRAC PSICOLEG	NO 80,7% 781 COLE NOMES 8,5- 82 ALTRES 10,8- 105	390- dona391 15-16 >17 51- 31 (37,80%) 38 - 44 47- 58 42- 62
TRAC PSIQUIATRA	4,4% 43	17-26 (60,46%) 7 - 35
IDEACIO SUICIDI	9,5% 92	34-58 (55,23%) 19 - 72
INTENT SUICIDI	3,0% 29	7-22 (75,86%) 5 - 24
SECTES	3,4% 33	15-18 7 - 26
MALTRACTE	7,9% 76	35-41 (53,94%) 17- 58
ABUS	2,2% 21	2- 19 (90,47%) 5- 16

Taula VI Prevalença dades sexualitat. Salt 1993-2005

N 967				dona 46,9% classe baixa 67,8%	15-19 56,99%
TE PARELLA	SI	439	45,4%	dona 46,71% cl baixa 69,84% 15-19 33,25%	FA 1-5 ANY >5 64 56,2% 241 14,9% dona 63,60% 6 MES -1 ANY < 6 MESOS 36 8,4% 88 20,5% dona 39,51%
INICI PRIMERA RELACIO	<= 14 ANYS <=16 <=18 >=19	34 94 96 69	11,6% 32,1% 32,8% 19,6%		<= 16 128 dona 60 46,87% baixa 85,21% 15-19 65 50,78% autoc 12,23% immi 20,51%
EN TE ARA?		352	36,4%	dona 210 baixa 73 15-19 73 autoc 34,58/ immi 49,57%	59,65% 72,56% 20,73% 49,57%
US PRESERVATIVU	No correcte	39	4,0%	dona 14 baixa 13 15-19 13 auto 3,64 immi 6,83%	35,89% 82,05% 33,33% 6,83%
ANOVULATORIS	SI	122	12,62%	baixa 15-19	66,95% 20,49%
IVE		28	2,89%	baixa 66,28 5,02% de totes del dones 10,71 autoc 2,23 immi 7,69	
GINE	NO VA	110	36,18%	35,64 de totes les dones baixa 59,13% 36,31 autoc 34,84 immi 45%	
US PROSTITUCIO		23	2,4%	baixa 13,04 autoc 2 immi 5,12	86,95%
PATIR UNA MTS		26	2,7%	dona 65,38% baixa 69,23% 15-19 23,07% autoc 2,23 immi 5,98	
NOMBRE DE FILLS		73	7,5%	dona 78,08% baixa 90,1 11,11 autoc 49 de 850 immi 24 de 117	5,76% 20,51%
RELACIONS SEXUALS COMPLERTES	si	498	51,5%	dona 50,40% cl baixa 71,42% edat 28,31% autoc 50,47 immi 58,97%	

Taula VII Resultats de l' examen de salut i l' analítica. Salt 1993-2005

N 967			dona 49,6% immi	baixa 67,8% 12,08%
SOBREPES	148	16,1%	44,59 dones immi 13,27 i	68,29 baixa 16,52 autoct
OBESITAT	62	6,8%	50 dona 4,42 immi i	79,59 baixa 7,08 autoct
HTA LIMIT	34	3,7%	14,70 dona immi 2,65 i	66,66 baixa 3,64 autoct
ANALISI FETES	FETES PER MI 489 AL		18,60 immi 47,44 dona	
ALTERACIONS ANALITIQVES	NO	503 59,6%	Dona	Classe Baixa
	DISLIPEMIA	57 6,8	54,47%	65,92%
	SUCRE	9 1,1%	50,87%	
	Hb BAIXA	41 4,9	82,92%	
	FETGE ALT	104 12,3%	30,77%	
	ALTRES	130 15,4%		
			Alguna alteració:	
			Immigrant	61,32%
			Autòcton	37,39%

Taula VIII Prevalença del qüestionari de risc. Salt 1993-2005.

N 967	QUEST(+)	55,4%	dona 47.10%	baixa 88,65
	QUEST(-)	44,5%	dona 46,49%	baixa 90,52
SEXUALITAT	11,5 %	111	dona	clas baixa
			56,75%	91,93%
CONDUCCIO	8,9 %	86	29,06%	
				93,02%
TCA	9,1%	85	68,23%	
				86,84%
SALUT MENTAL	21,8%	211	56,39%	
				87,03%
TABAC	40,6 %	393	46,31%	
				90,27%
OH	8,2 %	79	17,72%	
				89,74%
CANNABIS	5,6 %	54	24,07%	
				84,00 %
ALTRES DROGUES	6,6 %	64	28,12%	
				89,18%

Taula IX Prevalença malalties cròniques. Salt 1993-2005

MALALTIES CRONIQUES	15-16 17-19 20-24			CLASE 0/1 HomeDona			
	SI	95	71	114	29,1%		
26 ACNE	17	4	5	2,7	8	7	14-12
60 ALERGI	19	19	22	6,2	21	28	29-31
55 ASMA	24	18	13	5,7	8	24	33-22
38 SIQUIAT	6	10	22	4,0	10	20	20-19
101ALTRES	29	20	52	10,4	34	46	43-58
					CLASSE SOCIAL		p<0,030
					EDAT		P<0,002
					SEXE		P<0,441
MEDICACIO CRONICA	SI	18,9%					
	ANOVU	5,4%					
	ALTRES	13,5%					

Taula X Dades sobre salut buco-dental. Salt 1993-2005.

CARIES ARREGLADES	451	46,9%	50,99 dones immi 6,65	71,64 baixa
CARIES PENDENTS	338	35,1%	51,18 dones 9,17 immi	74,31 baixa
RASPALLAR DIARI DENTS	SI 645	66,8%	si 61,86 dones immi 5,91	61,75 baixa
			edat no 33,22 39,50 39,63	
DUTXA DIARIA	SI	60%	52,5 dones el immi si	68,96 dels
			edat 47,94 40,39 29,59	

Taula XI Descripció de les intervencions, derivacions i la mortalitat. Salt 1993-2005

N 967		dona 49,6% baixa 67,8% immi 12,08
INTERVENCIO VACUNES	NO 566 59,6% REV CALEND 139 14,4 VAT 104 10,8% HVB 66 6,8% MCC 88 9,1% ALTRES 4 0,4%	47,52 58,99 60,57 30,30 47,72 immi el 88,88 alguna int el 62,5 per calendari autoct 32,94 del total baixa el 71,33
DERIVACIONS	TORNAR CAP 726 75% GINE 69 ODONTOLEG 250 SIQUIATRA 3 PSICOLEG 127 DERMATOLEG 10	48,34 dona baixa 71,11 immi el 74,50 i autoc 78,63 47,20 dones 74,28 baixa immi 10,8 33,33 62,20 69,56 6,20 imm 50
MORTALITAT	n 4 1 SUICIDI 1 SOBREDOSI HEROINA 1 ACCIDENT TRANSIT 1 ACCIDENT TRANSIT	4 homes i 4 autocons i 3 clase alta

