Embaràs en l'adolescent

Antoni Martínez-Roig

Coordinador del Grup de Treball de Pediatria Social. Societat Catalana de Pediatria. Barcelona

drmartinezroig@gmail.com

El novembre del 2013 es va celebrar la IV jornada multidisciplinària de la Societat Catalana de Pediatria, que va tractar sobre l'embaràs en l'adolescent.

Aquest tema preocupa les societats industrialitzades, els països emergents i els països de renda baixa, tot i que de manera diferent, evidentment; en especial, la manera d'abordar la situació de la noia. Reflex d'aquest comentari és la publicació que el mateix mes de novembre van fer les Nacions Unides: el llibre titulat *Maternidad en la niñez*.

A l'Estat espanyol, temes de pediatria social com aquest han estat motiu de preocupació de les institucions de manera endarrerida en relació amb els estats europeus veïns. A França, l'any 1983, el professor M. Manciaux ja va publicar un llibre sobre l'adolescent i la seva salut; en quatre capítols parla dels comportaments en matèria sexual i les seves conseqüències, fet que demostra que ja anys abans hi havia inquietud pel tema.

L'embaràs en l'adolescent s'ha de veure des dels vessants biològic, psicològic i social, amb les dificultats que ha de resoldre l'adolescent mateix, principalment la noia, però sense oblidar el paper del noi, els pares i els diferents professionals.

Antoni Martínez-Roig.
Embaràs en l'adolescent.
Pediatr Catalana. 2014;74(3):119.

És un fenomen en què es contempla com la societat afavoreix la precocitat de les relacions sexuals, en un context general permissiu, de modificacions culturals, familiars i socials, a la vegada que rebutja o accepta malament els embarassos precoços.

És un fet que canvia radicalment el present i el futur dels adolescents, rarament per millorar. Pot finalitzar la seva escolaritat, minvar les perspectives laborals i augmentar la vulnerabilitat enfront de la pobresa, l'exclusió social i la dependència.

L'embaràs en aquestes edats comporta, en general, diferents possibilitats evolutives, com ara la continuació, la interrupció, l'avortament espontani, el naixement viu amb la posterior criança per part de la mare, el naixement viu amb posterior lliurament a adopció i la situació de mort.

Com es pot intuir per aquests comentaris introductoris, són moltes les preguntes que envolten la noia, el pare, els pares dels adolescents, els professionals i la societat, que no deixa de qüestionar-se com ha d'actuar davant d'aquestes situacions.

Aquestes i altres reflexions van ser la raó per la qual es va organitzar la jornada multidisciplinària i que són incloses en aquest tema monogràfic.

Prevenció de l'embaràs i característiques de l'adolescent embarassada

Itziar Martín

Servei de Pediatria. CAP La Mina. Sant Adrià del Besòs. Barcelona

33044imi@comb.cat

Quan una nena es queda embarassada, el seu present i futur canvien radicalment: pot acabar la seva educació, disminueixen les perspectives de treball i es multiplica la seva vulnerabilitat davant la pobresa, l'exclusió i la dependència.

Per aquests motius, és important incloure informació sobre la prevenció de l'embaràs a la consulta de l'adolescent a l'atenció primària. Des de la consulta, el pediatre i la infermera poden centrar la seva actuació en el camp de les recomanacions generals, el cribratge de la població de risc i la detecció precoç de problemes relacionats amb l'activitat sexual, ja sigui en les visites del Programa de Salut Infantil o en visites oportunistes.

Martín I.
Prevenció de l'embaràs i característiques de l'adolescent embarassada.
Pediatr Catalana. 2014;74(3):119-20.

S'estima que cada any donen a llum un milió de nenes de 10 a 14 anys, i 16 milions d'entre 15 i 19 anys a tot el món. La majoria dels embarassos en adolescents tenen lloc en països en vies de desenvolupament.

Segons dades de les Nacions Unides, cada any moren 70.000 adolescents per complicacions de l'embaràs i el part, i tenen lloc més de 3 milions d'avortaments insegurs entre adolescents.

En el nostre entorn, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística, l'any 2012 es van produir a Espanya 9.837 naixements de mares menors de 20 anys (Fig. 1), i cal destacar que 571 van ser de mares de 15

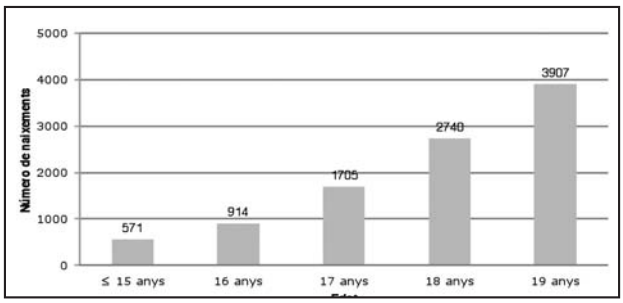

Fig. 1. Naixements de mares menors de 20 anys a Espanya l'any 2012.

anys o menys. A Catalunya, 128 nenes de 10 a 14 anys van iniciar una gestació l'any 2012, i hi va haver 29 naixements i 99 avortaments.

Respecte a la taxa d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) en adolescents, hi va haver una progressió ascendent tant a Espanya com a Catalunya fins l'any 2007, i després es va estabilitzar amb una xifra de 13,7 per mil en dones menors de 19 anys l'any 2011 (Fig. 2).

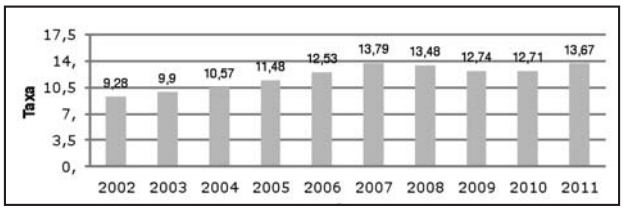

Fig. 2. Taxes d'interrupció voluntària de l'embaràs en dones menors de 19 anys a Espanya. Taxes per 1.000 dones menors de 19 anys.

S'ha de tenir en compte que entre el 60 i el 90% dels embarassos en adolescents no són desitjats, encara que hi ha variacions, segons l'entorn sociocultural analitzat. Les revisions fetes sobre conseqüències de l'embaràs no desitjat en l'adolescència posen de manifest que té, en general, risc d'efectes adversos sobre la salut de les adolescents i la seva descendència, així com repercussions socials, econòmiques i en educació.

La prevenció efectiva de les conductes de risc sexual en adolescents és el resultat de diferents accions des de l'àmbit familiar, l'entorn escolar, el grup d'iguals, els mitjans de comunicació, la comunitat, els professionals de la salut, els polítics, els grups religiosos, etc.

Per la nostra part, és important millorar la nostra formació per poder abordar millor la sexualitat en l'adolescència i totes les seves conseqüències, fomentant una actitud positiva i responsable de la sexualitat en aquesta etapa tan vulnerable. Un dels principals problemes d'una sexualitat immadura és l'embaràs no desitjat, resultat d'una educació sexual deficient i la no-utilització o la utilització incorrecta dels mètodes anticonceptius. Així mateix, és necessari conèixer els recursos existents al nostre medi i treballar juntament amb altres especialistes, com ara ginecòlegs, llevadores, treballadors socials, psicòlegs, etc.

Bibliografia

1. Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. A: Recomendaciones PrevInfad 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 10-10-2013]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Maternidad en la niñez. Nova York, 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 10-10-2013]. Disponible a: https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf
3. Idescat. Anuari Estadístic de Catalunya. Naixements. Accessible a la xarxa [data de consulta: 10-10-2013]. Disponible a: http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=259
4. Instituto Nacional de Estadística. Fenómenos demográficos. Movimiento natural de la población. Estadística de nacimientos. Accessible a la xarxa [data de consulta: 10-10-2013]. Disponible a: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe304&file=inebase&L=
5. Lailla JM. La sexualidad en el adolescente en España comparada con otros estados europeos. A: García-Tornel S, Miret P, Cabré A, Flaquer L, Berg-Kelly K, Roca G, et al, editors. El adolescente y su entorno en el siglo XXI. Instantánea de una década. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2011; p. 121-34.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Salud Pública. Interrupciones voluntarias del embarazo, 2012. Accessible a la xarxa [data de consulta: 10-10-2013]. Disponible a: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm
7. Servei d'Informació i Estudis. Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs. Catalunya, 2012. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, juliol de 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 10-10-2013]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Dades%20de%20salut%20i%20serveis%20sanitaris/Interrupcio%20voluntaria%20de%20lembaras%20(IVE)/documents/ive2012.pdf

Mesures de prevenció de l'embaràs adolescent. Podem millorar-les?

Hildegard Mausbach

Consulta Jove. Unitat d'atenció a la salut sexual i reproductiva de Catalunya (ASSIR). Mataró. Barcelona
hmausbach@yahoo.es

Les relacions sexuals coitals s'inicien en el nostre entorn a una edat mitjana de 16 anys.

En general, els embarassos en les noies més joves no són conseqüència d'un procés d'elecció; segons Font-Ribera et al. (2008), el 82% dels embarassos en l'adolescència no es van planificar. Així doncs, la majoria d'embarassos que es donen en l'adolescència no són desitjats. Les causes són més complexes que la simple falta de coneixement, tot i que aquesta també n'és una, com han posat de manifest diversos estudis. L'adolescència és un període de gran vulnerabilitat, en què la sexualitat desperta un gran interès, i hi ha tres aspectes que cal tenir en compte: la sensació d'invulnerabilitat al perill, la gratificació immediata i el fet de viure el present, així com també la curiositat per experimentar noves vivències estimulants i arriscades.

Factors de protecció

Els factors de protecció són els que augmenten les conductes preventives i disminueixen les conductes de risc, les que poden derivar en un embaràs no buscat.

Per millorar les mesures de prevenció de l'embaràs adolescent es pot actuar tant des del vessant educatiu com des del vessant assistencial.

Educació sexual

La prevenció requereix un treball sostingut en el temps i de qualitat. Els programes d'educació sexual i afectiva han de ser globals i sostenibles, no basats en intervencions puntuals i erràtiques.

Una bona educació sexual ha d'incloure tota la comunitat educativa: famílies, professionals de l'educació, sanitaris i socials. L'enfocament educatiu s'ha d'adaptar a les diferències biogràfiques i fomentar la coresponsabilitat dels nois i les noies joves en les relacions sexuals i en la paternitat.

S'ha de millorar el coneixement de les habilitats i els recursos per a la prevenció d'embarassos no intencionats. L'educació només basada en la informació no és suficient: s'han de potenciar actituds i valors adreçats a modificar els estereotips de gènere i potenciar habilitats de comunicació en l'adolescència. L'educació afectivo-sexual ha de preveure, d'una banda, el caràcter científic d'aspectes reproductius i, de l'altra, la comunicació, el plaer, l'autoestima i la negociació.

Mausbach H.
Mesures de prevenció de l'embaràs adolescent. Podem millorar-les?
Pediatr Catalana. 2014;74(3):121-2.

S'ha demostrat que els programes adreçats a adolescents que faciliten el seguiment escolar, la planificació del futur professional, la pràctica de l'esport, de l'art i la cultura són més efectius que els que només prenen en consideració l'aspecte reproductiu i sexual.

S'ha observat que quan els adolescents han participat en programes d'educació en què es treballen les capacitats de comunicació i negociació hi ha un millor ús de l'anticoncepció en les primeres relacions sexuals També els estudis de Kirby, Laris i Rolleri (2007) i Diez et al. (2009) confirmen la importància de treballar les habilitats de negociació en els tallers d'educació afectivosexual.

I també es veu que els joves que tenen més intimitat amb la seva parella i que saben discutir i negociar són els que utilitzen més anticoncepció.

L'atenció als adolescents en l'àmbit sanitari

Cal augmentar els serveis específics, adaptats als joves, i oferir una atenció integral, amb l'objectiu d'afavorir les decisions informades, autònomes i no basades en un model autoritari i paternalista. Els joves volen serveis de proximitat, amb professionals ben formats, amb horaris amplis, amb garanties de confidencialitat i en què el fet administratiu no representi un obstacle.

Tots els professionals que tractem amb adolescents hem d'aprofitar qualsevol oportunitat per ajudar-los a adoptar conductes més saludables. Hem de preguntar i dialogar sobre si són sexualment actius en el present o ho han estat en el passat. Un aspecte molt important de la nostra feina és vetllar per la seva salut i la importància de mantenir relacions segures i saludables, potenciant els avantatges de l'ús de mètodes eficaços o la doble protecció. Cal eliminar les barreres per tal que els adolescents tinguin informació i els serveis que necessitin.

S'ha vist que si els adolescents poden parlar amb els seus metges o infermeres sobre aspectes íntims, també tindran més facilitat per parlar-ne amb la seva parella. En cada visita hem d'aprofitar per assenyalar que poden venir a consultar aspectes relacionats amb la sexualitat i explicitar que la relació entre metge i pacient és confidencial, excepte si la seva conducta els posa en perill a ells o als altres.

També cal explicar-los els mètodes més moderns i les taxes d'efectivitat. Els preservatius són útils, però no sempre són suficients, ja que no s'utilitzen sempre de manera correcta i consistent en totes les relacions i des del principi. Els adolescents i els joves tenen dret a una contracepció més eficaç. L'edat no és una contraindica-

ció per a la majoria dels mètodes contraceptius més eficaços, fins i tot els de llarga durada. Els criteris mèdics d'elegibilitat (CME de l'OMS) o els resums del CDC (Center for Disease Control) ens informen de les conclusions d'una revisió sistemàtica de la literatura mèdica, i confirmen que les adolescents poden fer servir amb seguretat pràcticament tots els mètodes contraceptius des de l'edat de la menarquia.

No és correcte només recomanar els mètodes de barrera. Els preservatius són eficaços, però és convenient parlar dels altres mètodes (anell vaginal, pegats transdèrmics o implants subdèrmics, per exemple).

Incrementar l'ús dels anticonceptius reversibles de llarga durada (ARLD) pot disminuir les taxes de l'embaràs adolescent. Per poder recomanar els ARLD hem de saber que els dispositius intrauterins també poden ser una bona opció. Per poder implementar aquests mètodes necessitem estar ben informats, i tenir preparació tècnica o professionals a prop ben entrenats.

En un centre d'atenció de la ciutat de Nova York es va fer un estudi sobre les experiències, les actituds i les creences sobre el consell contraceptiu i la provisió d'ARLD per a adolescents. En aquest estudi es demostra que el coneixement, les habilitats, l'entorn clínic i les actituds dels metges tenen gran influència per indicar els ARLD als adolescents.

Un altre aspecte de la prevenció és incloure també els nois adolescents; parlar de la seva responsabilitat com a parelles sexuals, contracepció i sexe segur. Animar-los a protegir-se ells i les seves parelles tant de les infeccions de transmissió sexual com de l'embaràs no desitjat. S'ha de difondre també el coneixement de la contracepció d'emergència com una segona oportunitat.

Factors de risc

Els factors de risc engloben diverses situacions i comportaments, per exemple: el fet de no usar una anticoncepció eficaç, les relacions sota els efectes de drogues, la mala utilització del mètode, la pressió de la parella per no utilitzar cap mètode segur, en cas d'agressió sexual o d'abús i altres. A mesura que els factors de risc augmenten durant la vida dels adolescents i/o el nombre dels factors protectors disminueixen, augmentarà la probabilitat de tenir relacions sexuals i que es produeixin embarassos o una infecció de transmissió sexual.

És important posar atenció a la vulnerabilitat específica de l'adolescent i si aquesta es pot veure agreujada per altres situacions: noies amb alguna discapacitat, noies immigrades o filles d'immigrants –així com noies d'ètnies especialment tradicionalistes–. Aquestes adolescents o joves es troben en situacions més complexes i requereixen també formes d'intervenció i respostes adequades a aquesta complexitat. El fet d'una gran diferència d'edat entre els membres de la parella (noia molt jove amb noi més gran) també pot constituir un factor de risc. Segons un estudi de Males del 2004, la incapacitat per parlar de temes com la contracepció és més freqüent entre els joves de les classes socials més desfavorides.

Hi ha evidència de la relació entre pobresa i embaràs adolescent i és freqüent en els països amb més desigualtats. En els països on les desigualtats són menors (com els del nord d'Europa), amb una educació sexual de qualitat i una societat més oberta amb la sexualitat, els embarassos adolescents són més fàcils de prevenir.

Un dels motius principals per prevenir-los és que aquestes joves finalitzin la seva educació i adquireixin els coneixements fonamentals que els permetin assolir el seu creixement personal.

Hi ha una vulnerabilitat especial si les noies no tenen cap projecte vital. En aquesta situació es pot donar que hi hagi una elecció conscient de l'embaràs per fer de la maternitat el seu projecte de vida. Com a professionals, cal tenir en compte a quin tipus de família d'origen pertanyen (si vénen d'entorns desestructurats, conflictius, de pobresa, etc.) i, en cas d'haver-hi hagut embarassos previs de la noia o algun familiar molt jove, com s'han resolt.

Com a conclusió, és necessari incrementar les polítiques d'accés econòmic a la contracepció per tal de disposar de serveis amb atenció específica cap als adolescents, i per poder dispensar els mètodes anticonceptius de manera gratuïta. Així es reduirien les desigualtats socials en la prevenció dels embarassos no desitjats.

Bibliografia

1. Díez E, Juárez O, Nebot M, Cerdà N, Villalbí JR. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviors of an AIDS prevention program targeting secondary school adolescents. Promotion & Education. 2000;7(3):17-22.
2. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. J Urban Health. 2008;85(1):125-35.
3. Juárez O, Díez E. Agència de Salut Pública de Barcelona. Parlem-ne; no et tallís! Programa Escolar de Salut Sexual i Comunicació. Barcelona: Edicions de la Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010.
4. Kirby, D. Emerging answers: Research findings on programs to reduce teenage pregnancy and sexually transmitted diseases. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and unplanned Pregnancy; 2007. Accesible a la xarxa [data de consulta 25-5-2014]. Disponible a: http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_full.pdf.
5. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV educations programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health. 2007;40(3):206-17.
6. Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. A: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R, De Pablo Lozano JL, editors. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción. Wyeth-Lederle; 2001. p. 705-28.
7. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Syst Rev. 2009; (4):CD005215.bl
8. Rodríguez Jiménez MJ, García Cervera J. Protocolo. Contracepción en la adolescencia. Adolescere. 2013;I(3):68-80.
9. Rubin SE, Davis K, McKee MD. New York city physicians' views of providing long-acting reversible contraception to adolescents. Ann Fam Med. 2013;11(2):130-6.
10. Smith JL, Skinner SR, Fenwick J. How Australian Female Adolescents Prioritize Pregnancy Protection: A Grounded Theory Study of Contraceptive Histories. J Adolesc Res. 2011;26(5):617-44.
11. Swann, C, Bowe, K, McCormick, G, Kosmin M. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. Evidence briefing. Londres: Health Development Agency; 2003.
12. Villalbí JR. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviors of an AIDS prevention program targeting secondary school adolescents. Promot Educ. 2000;7(3):17-22, 45.

Atenció de l'adolescent embarassada a primària: quins especialistes hi han d'intervenir i quan

Graciela Perkal Rug

Hospital de Santa Caterina. J.A.S. Girona. Servei de Pediatria. Consulta d'Adolescents i ABS Cassà de la Selva
gperkal@hotmail.com

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'adolescència com el «període de la vida en què l'individu adquireix la capacitat reproductiva, transita els patrons psicològics de la infantesa a la vida adulta i consolida la independència socioeconòmica», i en fixa els límits entre els 10 i els 20 anys.

En general, aquesta etapa es considera lliure de problemes de salut, però des del punt de vista de la salut reproductiva, l'adolescent és, en molts aspectes, un cas especial.

Conèixer i considerar els canvis físics i de desenvolupament psicosocial d'aquest període permet comprendre els riscos als quals està exposada l'adolescent embarassada, i dóna l'oportunitat de posar en marxa programes per promoure conductes saludables.

El protocol d'actuació davant una adolescent embarassada ha d'incloure l'adolescent i el seu entorn (família, parella), a més d'un equip de professionals multidisciplinari que pugui donar una assistència integral a la salut d'aquesta adolescent (Fig. 1).

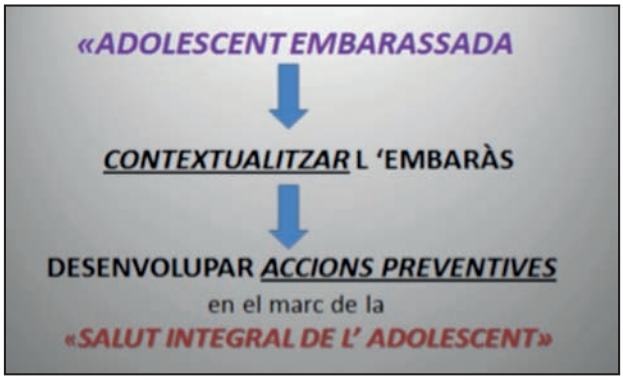

Fig. 1. Seguiment de l'adolescent embarassada.

Contextualitzar l'embaràs

S'ha de tenir en compte el moment del desenvolupament cognitiu, emocional i biològic en què es produeix l'embaràs.

Desenvolupament cognitiu i emocional

«L'embaràs en l'adolescent és una crisi que se superposa a la crisi de l'adolescència. Comporta profunds canvis somàtics i psicosocials, amb un increment de l'emotivitat i una accentuació dels conflictes no resolts amb anterioritat.» (J. Issler)

Perkal-Rug G.
Atenció de l'adolescent embarassada a primària: quins especialistes hi han d'intervenir i quan
Pediatr Catalana. 2014;74(3):123-5.

És important considerar en quina etapa de l'adolescència ens trobem en aquest embaràs:

- Primerenca (10 -14 anys)
- Mitjana (15-17 anys)
- Tardana (18-20 anys)

Cadascuna d'aquestes etapes té unes característiques pròpies de comportament en relació amb els pares i els amics, i d'acceptació dels canvis i la imatge corporals.

Una adolescent embarassada es comportarà com correspon al moment de la vida en què està transitant. L'embaràs no la fa madurar a etapes posteriors.

Per tant, és important preguntar:

- Quin tipus d'informació utilitza per prendre les decisions relacionades amb el seu embaràs.
- Com pensa que canviarà la seva vida després del naixement del seu fill o filla.
- Si viu aquest embaràs com un triomf o com un error.
- Com afecten els canvis físics i l'augment de pes la seva imatge corporal.
- Dins de quin tipus de relació se situa aquest embaràs.
- Quins mètodes anticonceptius utilitzava i amb quina regularitat.
- Quins plans futurs té en relació amb els seus estudis.
- Amb qui viu i amb qui viurà després del naixement del seu fill o filla.
- Com obtindrà ajuda econòmica.

Desenvolupament biològic

La maduració física comença i acaba abans que la maduració cognitiva i psicosocial.

Talla

- En l'adolescència es guanya entre el 15 i el 25% de la talla final de l'adult.
- L'estirada puberal en les noies s'inicia entre els 9,5 i 14,5 anys; té una durada de 2-3 anys, i finalitza als 16 anys. En total, poden créixer entre 20 i 25 cm.
- El 50% de les adolescents continuen el creixement després dels 16 anys.

Pes

- En l'adolescència es guanya entre el 25 i el 50% del pes final de l'adult.
- En les noies, el pic de guany ponderal es produeix 6 mesos després del pic de creixement (a una edat mitjana de 12,5 anys), i poden guanyar aproximadament 8,3 kg/any.

  L'augment de pes continua després més lentament durant l'adolescència mitjana i tardana, etapes en què es poden guanyar en total 6,3 kg més.

Composició corporal

- Disminueix la massa magra del 80% al 74%.
- Augmenta la massa de greix del 15,7% al 26,7%. Es guanya aproximadament 1,140 kg de massa de greix/any i s'arriba al pic entre els 15 i els 16 anys.

Massa òssia

- Als 18 anys es completa el 90% de la massa òssia.
- Un terç del total s'acumula en els 3-4 anys posteriors a l'inici de la pubertat.

Tots aquests canvis biològics continuen en un percentatge de les adolescents embarassades, i això condicionarà el desenvolupament tant del fetus com de la mare.

Característiques de l'adolescent embarassada en creixement

Els requeriments d'energia i de nutrients de l'adolescent competeixen directament amb els del fetus.

El creixement matern continua durant l'embaràs en el 50% de les adolescents, i pot tenir efectes negatius sobre el creixement fetal si no s'associa a un guany ponderal acceptable.

Les adolescents amb una edat ginecològica < 2 anys i/o edat cronològica < 16 anys continuen el seu creixement lineal, el seu guany ponderal i els canvis en la seva composició corporal. Per tant, requereixen un guany ponderal correcte i una aportació de nutrients adequada: proteïnes, ferro, calci, vitamina D, vitamina B6 i zinc. En aquest grup d'adolescents s'ha comprovat que:

- El greix corporal augmenta, especialment en el tercer trimestre (període de màxim creixement fetal). Tenen nadons amb menys pes de naixement (una mitjana de 130 g menys), i guanyen més pes durant l'embaràs (una mitjana de 2,5 kg més respecte a la resta d'embarassades).
- Hi ha una disminució del flux placentari en l'últim trimestre de l'embaràs, situació que afavoreix un guany ponderal fetal més baix.
- La massa de greix central augmenta en el postpart, i solen quedar amb un sobrepès residual.

El guany ponderal durant l'embaràs influeix en el creixement fetal, en el pes de naixement i en la durada de la gestació:

- Un guany ponderal < 4,3 kg a les 24 setmanes duplica el risc de baix pes per l'edat gestacional (BPEG).
- Un guany ponderal < 0,4 kg/setmana després de les 24 setmanes augmenta el risc de prematuritat.

El pes o l'índex de massa corporal (IMC) previs a l'embaràs modifiquen la relació entre el guany ponderal i el pes de naixement. Com més baix és l'IMC pregestacional, més pes es necessita guanyar durant l'embaràs (Taula I).

Taula I

Recomanacions de guany ponderal per a adolescents embarassades

IMC pregestacional	Total (Kg)	1r trimestre (Kg)	2n i 3r trim. (Kg/setm.)
Baix pes	12,7 - 18	4,2	0,45
Pes normal	11,3 - 15,8	1,3	0,45
Sobrepès	6,8 - 11,3	0,9	0,3
Obesitat	> 6,8	0,7	0,23

Accions preventives

S'han de desenvolupar dins d'una perspectiva psicosocial i somàtica.

Psicosocial

S'han de conèixer els factors predisposants i determinants de l'embaràs en les adolescents.

Factors predisposants:

- Menarquia primerenca.
- Inici precoç de les relacions sexuals.
- Família disfuncional.
- Més tolerància del medi a la maternitat adolescent.
- Baix nivell educatiu.
- Migracions recents.
- Pensaments màgics.
- Fantasies d'esterilitat.
- Mancança o distorsió de la informació.
- Controvèrsies entre el seu sistema de valors i el dels seus pares.
- Factors socioculturals.

Factors determinants:

- Relacions sense protecció.
- Abús sexual.
- Violació.

Somàtica

Cal reconèixer els factors de risc obstètric i perinatal.

Alt risc:

- Edat ginecològica < 2 anys i/o cronològica< 16 anys.
- Alçada < 1,50 m.
- Baix pes o sobrepès previs a l'embaràs.
- Escàs o excessiu guany ponderal durant l'embaràs.
- Nàusees o vòmits persistents.
- Anèmia sideropènica o altres deficiències nutricionals.
- Infeccions recurrents.
- Malaltia crònica.
- Tabaquisme i/o consum d'alcohol i altres substàncies.
- Embaràs previ.
- Interval intergestacional curt.
- Antecedent de retard del creixement intrauterí.
- Antecedent de trastorn de la conducta alimentària.
- Embaràs no desitjat.
- Antecedent d'abús sexual.
- Parella inestable o absent.
- Baix nivell socioeconòmic.

La salut integral de l'adolescent

Aquest terme inclou un abordatge biopsicosocial de l'assistència a l'adolescent i l'actuació d'un equip multidisciplinari.

És important treballar tenint en compte els factors protectors i els factors de risc.

Factors protectors

- Família continent.
- Comunicació fluïda amb un adult referent.
- Rendiment escolar satisfactori.
- Grup d'amics amb conductes adequades.

Factors de risc

- Psicosocials
- Biològics

Característiques de la consulta amb adolescents

Involucren tant l'adolescent com el professional.

Característiques de l'adolescent que la diferencien de la dona adulta:

- Poca consciència de salut.
- Manca d'elaboració de la identitat de gènere.
- Pensament màgic.
- Por als procediments invasius.
- Manca d'informació.

Dificultat en el vincle amb el fill:

- Dificultat per discriminar-se del fill.
- Prioritza les seves necessitats a les del seu fill.
- Tolera poc les frustracions.

Perfil del professional que visita els adolescents:

- Tenir idoneïtat: no tan sols en perinatologia, sinó també en les característiques biopsicosocials particulars de l'adolescència.
- Saber escoltar.
- Saber respectar.
- Ser capaç d'enregistrar la informació.

Context de la maternitat adolescent

Objectius de l'equip de salut

- Ajudar la noia a acceptar el seu embaràs.
- Enfortir els vincles familiars.
- Supervisar els hàbits alimentaris i valorar la necessitat de suplements nutricionals.
- Oferir atenció perinatal integral.

Estratègies de l'equip de salut

- Equip interdisciplinari: ginecòleg, llevadora, pediatre, psicòleg, treballador social.
- Atenció al pare i als familiars propers.
- Seguiment postpart.

Bibliografia

1 Alton I. Exercise in pregnancy. A: Story M, Stang J, editors. Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota; 2012. p. 119-22.

2. Alton I. Nutrition-related special concerns of adolescent pregnancy. A: Story M, Stang J, editors. Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota; 201. p. 89-93.

3. Alton I. Weight gain: issues and management. A: Story M, Stang J, ed. Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota; 2012. p. 81-3.

4. Andrés Domingo P. El embarazo adolescente. Riesgos biológicos. A: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, editors. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Madrid: Ergon; 2012. p. 249-59.

5. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra VI de Medicina; 107:11-23.

6. Rodríguez Molinero L, Vaquerizo Pollino MJ. Maternidad en la adolescencia. Factores de riesgo. A: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, editors. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Madrid: Ergon; 2012. p. 261-5.

7. Sieving R, Stevens AB. Adolescent psychosocial development: implications for pregnancy and prenatal care. A: Story M, Stang J, editors. Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota; 2012. p. 23-9.

8. Stang J. Adolescent physical growth and development: implications for pregnancy. A: Story M, Stang J, editors. Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota; 2012. p. 31-6.

9. Story M, Stang J. Nutrition assessment of pregnant adolescents. A: Story M, Stang J, editors. Nutrition and the pregnant adolescent. A practical reference guide. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota; 2012. p. 63-76.

Infeccions de transmissió sexual en els adolescents

Clàudia Fortuny Guasch

Servei de Pediatria. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues de Llobregat. Barcelona

cfortuny@hsjdbcn.org

Introducció

L'adolescència és una etapa fonamental en el desenvolupament de l'esser humà, marcada per importants canvis físics, cognitius, emocionals i socials. Ocupa la transició entre la infància i la vida adulta, període en què té lloc la maduració del sistema reproductiu amb la consecució dels caràcters sexuals secundaris, la identificació sexual i l'interès pel sexe i les relacions sexuals.

Tot i que a través dels mitjans de comunicació i de manera generalitzada es té la idea que la majoria dels joves inicien les relacions sexuals completes cap als 15-16 anys en el nostre medi, les dades disponibles no permeten demostrar-ho. De fet, és així als Estats Units i als països del nord d'Europa, però a Espanya l'edat en què s'inicien les relacions coitals coincideix amb la mitjana mundial i és de 17,3 anys. Cal destacar, però, que un 12% inicia les relacions de manera molt precoç, abans dels 15 anys. L'edat d'inici de les primeres relacions és lleugerament inferior en les noies i en els joves immigrants.

Tot i que la majoria de joves refereixen utilitzar mètodes anticonceptius, les dades de l'enquesta més recent indiquen que l'ús del preservatiu ha disminuït en els darrers 4 anys i fins el 17% manifesten relacions no protegides. Cal destacar que 1 de cada 3 joves amb educació bàsica i entre els joves immigrants no nacionalitzats, no utilitza cap mètode anticonceptiu o protecció en les relacions sexuals. És en aquest grup on el percentatge de gestacions no desitjades és més elevat.

Pel que fa a la identificació sexual, la taxa global d'homosexualitat i de bisexualitat reconeguda entre els joves espanyols és del 3,5% (4,0% dels nois i 3,0% de les noies). Aquestes xifres, però, es consideren més baixes que les reals, ja que molts joves tenen dificultats per reconèixer la seva identitat sexual, i s'estima que deuen estar al voltant del 6% per als nois i del 7% per a les noies.

Determinades pràctiques sexuals (sexe anal), l'ús d'alcohol i d'altres drogues i l'absència de mesures de protecció en les relacions coitals (ús del preservatiu) representen un risc més alt d'adquirir infeccions de transmissió sexual (ITS) i el virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Fortuny C.
Infeccions de transmissió sexual en els adolescents.
Pediatr Catalana. 2014;74(3):126-9.

El diagnòstic de les ITS, algunes amb característiques especials quan afecten els adolescents, representa una oportunitat per poder-les tractar precoçment i evitar complicacions tardanes, noves infeccions o gestacions no desitjades.

Infeccions de transmissió sexual (ITS)

Les infeccions de transmissió sexual representen un important problema de salut pública, tant per la morbiditat com per les potencials complicacions si no es diagnostiquen i tracten.

Actualment, a Catalunya, la vigilància epidemiològica de les ITS es fa a través del sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO), en què el professional sanitari notifica un cas per sospita clínica fent servir els criteris consensuats de les malalties sotmeses a declaració. Les MDO poden ser de declaració urgent, numèrica o individualitzada. Pel que fa a les ITS, la infecció genital per clamídia, el condiloma acuminat, l'herpes genital, la tricomoniasi, l'oftalmia neonatal i l'agregat d'altres ITS són MDO numèriques, mentre que la sífilis infecciosa, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri es declaren com a MDO individualitzades des de l'any 2007 i la sífilis congènita des del 1997. La infecció pel VIH també és una MDO, amb una important interacció amb les ITS, ja que aquestes incrementen el risc d'infecció i transmissió del VIH.

Els joves són més susceptibles de presentar ITS. Les noies presenten una ectòpia de l'epiteli cervical durant els primers anys de l'adolescència, i fins a completar la pubertat, de l'epiteli columnar i no escamós. Alguns estudis, no de forma concloïen, han postulat que aquesta ectòpia determina més susceptibilitat de les adolescents sexualment actives a la infecció per *Chlamydia trachomatis*, virus del papil·loma humà (VPH) i *Neisseria gonorrhoeae*. D'altra banda, l'augment del nombre de parelles sexuals al llarg de la vida està associat amb la maduració de l'epiteli cervical. Un altre fet que afavoreix les infeccions és la IgA secretora, amb un paper protector de les infeccions. Els nivells d'IgA secretora s'eleven en la fase secretora del cicle menstrual de les noies, que no està present en els cicles anovulatoris, freqüents durant la primera etapa de l'adolescència.

Els darrers anys hem assistit a un increment dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri que han afectat predominantment homes, i en especial la població homosexual i infectada pel VIH.

Epidemiologia, clínica, diagnòstic i tractament de les ITS més freqüents

Epidemiologia

L'epidemiologia de les ITS varia segons el país consultat. Al revisar les dades de Catalunya per a les infeccions de declaració obligada, trobem que en les dades del 2012 el 2,5% i el 4,9% dels casos declarats de sífilis i gonocòccia, respectivament, corresponien a menors de 19 anys.

Als Estats Units, un estudi fet entre el 2003 i el 2004 pel National Health and Nutrition Survey (NHANES) indicava que el 24% de les joves entre 14 i 19 anys van presentar proves de laboratori que confirmaven la presència d'alguna ITS –VPH 18%, C. trachomatis 4%, *Trichomonas vaginalis* 3%, herpes virus tipus 2 (VHS) 25%, o *N. gonorrhoeae*–, però entre les que van manifestar que eren sexualment actives el percentatge va ser del 40%.

El fet més preocupant és que tenim evidència que les ITS representen un factor de risc inequívoc per a la infecció pel VIH. Així, un estudi, fet també als Estats Units, demostra que la infecció pel VIH va ser tres vegades més freqüent entre els estudiants de secundària amb antecedents d'infecció gonocòccica en relació amb els que no tenien aquest antecedent. De fet, la dada més interessant de l'estudi va ser que hi havia gairebé un any de diferència entre la primera ITS i el diagnòstic de la infecció pel VIH.

Manifestacions clíniques

La majoria de les ITS són asimptomàtiques i les manifestacions clíniques, quan es presenten, són inespecífiques, tret de les lesions o la secreció anòmala als genitals. En el nostre medi, molts dels adolescents consultaran el pediatre i és imprescindible tenir un alt índex de sospita per tal d'orientar el diagnòstic.

Per tal de poder fer el diagnòstic és fonamental avaluar els adolescents, idealment en serveis o unitats especials per a joves:

- La història clínica ha d'incloure la història sexual (orientació sexual, inici de relacions, tipus de relacions, ús de preservatiu, etc.), garantint la confidencialitat i evitant prejudicis.
- L'examen ginecològic s'ha de fer només quan la clínica orienti a una ITS, malaltia inflamatòria pelviana..., fent que la noia col·labori en la recollida de les mostres.
- L'examen de les lesions en genitals externs és obligat: ulceres genitals, herpes i sífilis (menys freqüent).

Entre els quadres clínics que hem de considerar, perquè poden ser resultat d'una ITS, trobem:

- **Secrecions (flux, exsudat uretral), disúria.** Cal recordar que en joves sexualment actius amb disúria i piúria, amb urinocultiu negatiu cal descartar infecció cervicovaginal amb afectació del meat uretral en les noies o uretra en els nois. Entre els microorganismes responsables són freqüents: *C. trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas*, i només en noies: candida i anaerobis. Menys freqüents: *Ureoplasma, Mycoplasma hominis* i *genitalium*, VHS 1 i 2.
- **Proctitis, proctocolitis o enteritis.** La presència de secrecions anorectals amb dolor i tenesme, amb sang o sense, ens ha de fer descartar que estem davant una ITS. Les dones poden presentar proctitis en absència de sexe anal, però no els nois. Les proctitis en aquests són resultat de sexe anal receptiu. La proctocolitis presenta la mateixa clínica afegint dolor abdominal, diarrea i rectorràgia. Entre els microorganismes que cal tenir presents són freqüents: *C. trachomatis, N. gonorrhoeae, Treponema*, VHS 1 i 2. Menys freqüents: *Shigella, Campylobacter, Salmonella, Giardia*.
- **Úlcera genital + adenopatia.** En adolescents, la presència de lesió ulcerada a genitals ha de ser considerada sempre com una ITS. Freqüents: VHS 1 i 2, *Treponema pallidum*. Menys freqüents: *Haemophilus ducreyi,* limfogranuloma veneri*, Calymmatobacterium granulomatis*.
- **Dolor pelvià: malaltia inflamatòria pelviana.** Secundari a la infecció. Freqüent: *C. trachomatis, N. gonorrhoeae*. Menys freqüents: *Mycoplasma hominis* i *genitalium*, bacteris aerobis-anaerobis.
- **Dolor escrotal: epididimitis.** Secundària a la infecció: Freqüent: *C. trachomatis, N. gonorrhoeae*. Menys freqüent: *Ureoplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium.*
- **Faringitis.** La infecció per *N. gonorrhoeae* es produeix en mucoses amb epiteli columnar i inclou: cèrvix, uretra, recta, faringe i conjuntiva. La infecció a la faringe pot ser asimptomàtica o manifestar-se només amb un eritema lleu, però constitueix la porta d'entrada del gonococ a la sang. La faringitis per VHS-1 i 2 se sol manifestar com odinofàgia, febre, miàlgies, limfadenopaties i mal de cap. La sífilis oral també pot produir lesions ulcerades (xancre) doloroses a la mucosa de la cavitat oral. Els microorganismes implicats més freqüents són: *N. gonorrhoeae*, VHS 1 i 2, i VIH. Menys freqüents: *Treponema pallidum*, VPH.
- **Manifestacions dermatològiques.** Berrugues genitals o condilomes acuminats resultat de la infecció pel VPH, que cal diferenciar dels condilomes plans de la sífilis i amb mol·lusc. Prurigen genital, per sarna o *Pediculosis pubis*. Exantema, alopècia: sífilis. Artritis-dermatitis, que fan pensar en *N. gonorrhoeae*, i sífilis. Icterícia, virus de la hepatitis (possible transmissió sexual), en especial VHB, VHC i VHA.
- **Sífilis.** Infecció generalment asimptomàtica en què es diferencien tres fases. La *sífilis primària* o *estadi*

primari es caracteritza per la presència d'una o més úlceres indolores i indurades (xancres) al lloc d'inoculació (genitals), però no sempre són identificades. Després d'1 o 2 mesos s'inicia l'*estadi secundari*, en què les manifestacions clíniques són l'exantema maculopapulós (rosèola sifilítica) que afecta els palmells i les plantes, les lesions mucocutànies papuloses (condilomes plans) a la regió genital, i les limfadenopaties. Alguns pacients presenten febre, odinofàgia, mal de cap, malestar, esplenomegàlia i artràlgies. Aquest període és seguit d'una fase asimptomàtica, la *sífilis latent* (pacients asimptomàtics, però amb proves serològiques positives). La *sífilis latent precoç* és aquella en què el temps des de la infecció primària és inferior a un any, i la *sífilis latent tardana* quan el període de temps és superior a un any o desconegut. L'*estadi terciari* es caracteritza per la formació de gomes amb afectació de pell, cardiovascular, articular i d'altres vísceres, molts anys després de la infecció primària.

- **Gonocòccia.** En el sexe femení és una infecció asimptomàtica, tot i que pot manifestar-se com a vaginitis, uretritis, endocervicitis o salpingitis. Per contra, en els nois la infecció és gairebé sempre simptomàtica i es localitza a la uretra. La infecció també pot afectar el recte i la faringe, de forma aïllada o associada a la infecció genital.
- **Herpes genital.** La primoinfecció herpètica és simptomàtica i requereix tractament. El diagnòstic clínic és relativament fàcil i cal fer el diagnòstic diferencial amb les berrugues genitals o el mol·lusc. Alguns dels pacients, en especial durant la primoinfecció, poden manifestar febre, mal de cap, miàlgies, fotofòbia i malestar, i sobretot dolor provocat per les lesions. Les lesions evolucionen des de màcules fins a vesícules i ulceres, molt doloroses. Els pacients presenten adenopaties regionals. Cal recordar que, en la primoinfecció, almenys durant els 12 dies següents i fins a 3 setmanes poden excretar virus. En cas de recurrències, que són relativament freqüents, el període d'excreció viral és més curt.
- **VIH.** Els joves són una de les poblacions més vulnerable a la infecció pel VIH. Les dades d'ONUSIDA mostren que, cada any, més de la meitat de les noves infeccions es produeixen en joves. De fet, també en el nostre medi moltes de les persones infectades es van infectar durant l'adolescència.

  Tot i que la majoria de persones infectades no poden recordar el moment exacte de la infecció, ja que les manifestacions de la primoinfecció se solen confondre amb un procés viral banal, una mononucleosi o una faringitis. Cal recordar que davant un adolescent sexualment actiu, amb una síndrome febril perllongada, una síndrome mononucleòtica, amb manifestacions d'una altra ITS o que refereix ús de drogues, cal descartar que presenti una infecció pel VIH. Els adolescents amb primoinfecció pel VIH simptomàtica presenten sovint adenopaties, faringoamigdalitis i febre, i poden presentar també alteracions en l'hemograma (anèmia, trombopènia, leucopènia), elevació dels enzims hepàtics i una hipergammaglobulinèmia.

Diagnòstic

Actualment disposem de proves diagnòstiques sensibles i específiques per a totes les ITS. Per tal d'obtenir la màxima rendibilitat és important orientar el diagnòstic amb la història clínica, les dades epidemiològiques i l'exploració.

- **Sífilis.** Les proves reagíniques (RPR o VDRL) són les primeres a positivitzar-se, no detecten anticossos específics i constitueixen un marcador excel·lent per determinar la resposta al tractament, es negativitzen quan la infecció està curada. Les proves treponèmiques determinen anticossos específics, i després de la infecció sempre persisteixen positives. Actualment es disposa d'ELISA, i també de proves de biologia molecular.
- **Gonocòccia.** El cultiu de les secrecions constitueix el millor mètode de diagnòstic, ja que facilita la identificació de *Neissèria*. Actualment també estan validades per al diagnòstic les tècniques de biologia molecular, sensibles i específiques, però no són útils en mostres rectals i de faringe (falsos positius).
- **Virus del papil·loma humà.** Es poden utilitzar la citologia, per tal de determinar els canvis secundaris que produeix la infecció pel VPH. Així mateix, es disposa de tècniques de biologia molecular (reacció en cadena de la polimerasa) que faciliten la identificació i permeten determinar el tipus de VPH responsable de la mateixa.
- **VIH.** Per al cribratge de la infecció són útils les tècniques serològiques (ELISA); es disposa també de proves ràpides, que permeten un diagnòstic d'urgència però que cal que siguin confirmades. En cas de risc, després del contacte amb una persona infectada podem utilitzar les tècniques de biologia molecular, que faciliten la identificació del genoma del virus en el període en què encara no es detecten els anticossos específics.
- ***Chlamydia trachomatis.*** En l'actualitat es disposa de cultiu, proves serològiques i també de proves de biologia molecular (PCR).
- **Virus herpes simplex (tipus 1 i 2).** Es poden utilitzar la citologia i proves serològiques que poden diferenciar la situació immune enfront el VHS-1 o VHS-2. El cultiu viral ha quedat totalment desplaçat per les tècniques de biologia molecular, que permeten identificar el tipus de virus responsable de la infecció i quantificar la càrrega viral.

Tractament

- **Infecció gonocòccica.** El tractament antibiòtic és obligat:
  - **Ceftriaxona.** Si el pes és < 45 kg, 125 mg intramuscular en dosi única, i si és superior, 250 mg. Associada a azitromicina (20 mg/kg, màxim 1 g) en dosi única.
- **Sífilis.** El tractament està determinat pel temps d'evolució. Cal descartar sempre l'afectació del SNC, i és necessària la detecció de VDRL a LCR.
  - **Penicil·lina.** En cas de no afectació del SNC:

    Sífilis precoç (< 1 any infecció). Penicil·lina G benzatina 50.000 U/kg intramuscular en dosi única (màxim 2.400.000 U).

    Sífilis tardana (> 1 any infecció). 3 dosis repetides de 2.400.000 U (1/setmana).
  - **Alternatives.** No es disposa d'alternatives segures. En cas d'al·lèrgia demostrada, s'aconsella dessensibilització.
- **Herpes genital**
  - **Primoinfecció.** Aciclovir en < 12 anys: 40-80 mg/kg/dia en 3-4 dosis durant 5-10 dies; dosi màxima: 1 g/dia. En adolescents > 12 anys: 1.000-1.200 mg/dia repartits 3-5 cops/dia (no en el descans nocturn), durant 5-10 dies.
  - **Recurrències.** < 12 anys: 80 mg/kg/dia, repartit en 4 dosis durant 5 dies. En > 12 anys: 1 g, repartit en 4-5 preses al dia (no durant el descans nocturn). Altres possibilitats: 800 mg dos cops al dia x 5 dies, 400 mg tres cops al dia x 5 dies, o 800 mg, tres cops al dia x 2 dies. També es pot indicar valaciclovir: 500 mg dos cops al dia, durant 3 dies, o 1 g/dia durant 5 dies.
- ***Chlamydia trachomatis.*** El tractament és:
  - **Azitromicina:** 1 g, dosi única.
  - **Alternatives:** doxiciclina (> 8 anys): 100 mg cada 12 hores durant 1 setmana.
- **Infecció VIH.** Actualment, la infecció aguda pel VIH és una de les indicacions d'iniciar tractament antiretroviral combinat (TAR) al més aviat possible. En el cas que no es tracti d'una infecció aguda, i que el pacient estigui asimptomàtic, la indicació de tractament antiretroviral combinat estarà determinada per la seva situació immunològica. Els adolescents i els adults amb infecció crònica asimptomàtica iniciaran el tractament si el seu recompte de limfòcits CD4 és inferior a 500 cèl·lules/mm^3, o en les dones en cas de gestació independentment de la seva situació immunològica.
  - **Profilaxi postexposició.** En cas de relació sexual no protegida amb una persona infectada pel VIH, cal considerar la indicació de profilaxis postexposició. Aquesta estaria indicada sempre que la relació fos amb una persona infectada, i el temps des de l'exposició fos inferior o igual a 72 hores. La profilaxi no s'ha mostrat útil quan el temps d'inici és superior a les 72 hores següents a l'exposició. En cas de font desconeguda, l'inici de la profilaxi sempre abans de les 72 hores s'ha d'individualitzar segons el risc de l'exposició. El TAR només està disponible en centres hospitalaris on caldrà remetre el pacient de manera urgent, per tal d'avaluar la necessitat o no d'iniciar el tractament.

    La profilaxi es mantindrà durant 4 setmanes, i les combinacions de TAR més utilitzades són: 2 anàlegs dels nucleòsids (zidovudina + lamivudina o emtricitabina + teneofovir) sols amb exposicions de risc baix o junt a un inhibidor de la proteasa potenciat (lopinavir-ritonavir o atazanavir-ritonavir) o junt amb efavirenz (sempre que no hi hagi risc de gestació ni malaltia psiquiàtrica de base) o un inhibidor de la integrasa en cas d'intolerància: raltegravir, en cas de risc elevat.

Bibliografia

1. Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. Actualització de febrer de 2012. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/DocTARNsAdolescentes26.
2. GLOBAL REPORT UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013.
3. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: http://msc.es.
4. Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julian E: Informe Juventud en España 2012. Madrid: Instituto de la Juventud, 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf.
5. Newbern EC, Anschuetz GL, Eberhart MG, Salmon ME, Brady KA, Dels Reis A, et al. Adolescent sexually transmitted infections and risk for subsequent HIV. Am J Public Health. 2013;103(10):1874-81.
6. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS. Red Book 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases 29th. American Academy of Pediatrics AAP Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village, IK: American Academy of Pediatrics; 2012.
7. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: http://ine.es
8. SIVES 2012. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: www.ceeiscat.cat
9. Vigilància epidemiològica sentinella de les infeccions de transmissió sexual (ITS) a Catalunya, any 2013. Actualització a 20 de març de 2014. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: http://www.ceeiscat.cat/documents/2013_ITS_sentinella.pdf.

Fets diferencials de l'atenció a la gestant adolescent

Eva Vela Martínez
Presidenta de l'Associació Catalana de Llevadores
llevadores@llevadores.cat

Introducció

L'embaràs no desitjat representa un repte per a la salut pública mundial. Quan l'embarassada és una adolescent, pot esdevenir un problema que afecta no tan sols la jove i la seva criatura, sinó societats senceres. L'Organització Mundial de la Salut defineix el rang de l'adolescència entre els 10 i els 19 anys. Dels gairebé 300 milions d'adolescents de tot el món, 16 milions entre els 15 i els 19 anys pareixen cada any, cosa que representa una onzena part de tots els naixements mundials1. Les conseqüències negatives d'una maternitat precoç han fet incorporar la reducció dels naixements de mares adolescents al 5è objectiu de Desenvolupament del Mil·lenni de l'Organització de les Nacions Unides [2].

És a l'adolescència i els primers anys de joventut quan acostumen a iniciar-se les relacions sexuals coitals vaginals (RSCV). Segons diferents estudis, la mitjana d'edat de l'inici d'RSCV en els nois a Espanya és dels 16,3 als 16,5 anys, i en les noies dels 16,5 als 17,2 anys [3-4], i més de la meitat de noies i joves fins als 24 anys manifesten haver tingut relacions sexuals els 6 mesos previs en ser preguntats [3, 5].

L'avortament és un bon indicador dels embarassos no desitjats. Els darrers anys ha disminuït el nombre total d'avortaments (un 12% acumulat l'any 2012 des de l'any 2008). Malgrat aquesta disminució, que li ha permès abandonar la primera posició, Catalunya continua sent una de les comunitats d'Espanya amb la taxa més alta d'avortaments (14,28 per cada mil dones entre 15 i 44 anys durant l'any 2012) [6]. Per edat, entre els 20 i els 24 anys és la franja en què es duen a terme més interrupcions d'embaràs [7-8]. Quant als naixements, l'any 2012 van néixer 77.548 nadons a Catalunya. D'aquests, 1.330 (l'1,7%) eren nascuts de mares de 19 anys o menys. Com a característica destacable, el 51,9% dels naixements de mares de 14 a 17 anys corresponen a dones estrangeres [9].

Objectius de l'atenció a la gestant adolescent

L'evidència científica mostra que hi ha una relació clara entre la qualitat de l'atenció prenatal i la prevenció de determinats problemes, com la mortalitat perinatal, la prematuritat o el baix pes en néixer i també en la detecció precoç de certes malalties. El seguiment de l'embaràs des de les primeres setmanes de gestació permet detectar els possibles riscos i prevenir les conseqüències per a la mare i la criatura [10].

Els objectius del seguiment i l'acompanyament de l'embaràs adolescent són:.

- Oferir a la gestant una atenció sanitària adequada al seu nivell evolutiu, i atendre-la tant en els aspectes orgànics com en els aspectes emocionals.
- Proporcionar informació i atenció a l'adolescent, a la seva parella i a la seva família sobre necessitats sanitàries especials, en particular sobre el risc per a la salut que representa l'embaràs a edats molt joves.

Trets diferencials en la gestació adolescent

L'adolescència és per si mateixa una etapa complexa, caracteritzada per la immaduresa física i psicològica i per la gran quantitat de canvis físics, psicològics i socials que hi conflueixen. Les adolescents embarassades són una població heterogènia, amb subgrups de riscos diversos. És per això que l'atenció a l'embaràs implicarà necessàriament una valoració individual i integral de l'adolescent i del seu entorn. L'embaràs adolescent presenta trets diferencials que cal conèixer i tenir en compte per tal de poder donar aquesta atenció integral.

Risc obstètric

El Protocol de Seguiment de l'Embaràs de Catalunya preveu l'edat materna fins als 17 anys (≤17 anys) com un factor de risc mitjà. Així, considera que l'edat, tot i que no ocasiona de manera segura patologia en la gestació, sí que la fa més probable que en la població sense risc conegut i, per tant, ha d'implicar un tipus específic de control afegit. Aquest seguiment no requerirà d'entrada una atenció altament especialitzada, de manera que tant l'atenció medicosocial com l'educació sanitària es pot oferir en el primer nivell assistencial [10].

Per tant, cal tenir en compte si es tracta d'una adolescent d'edat extrema (entre 10 i 14 anys), mitjana (entre 15 i 17 anys) o tardana (de més de 17 anys), ja que les implicacions físiques i psicològiques són diferents tant a l'inici de l'embaràs com en el moment de ser mares. Aproximadament el 25% de les mares adolescents a Catalunya es troba en la franja d'edat extrema o mitjana [11]. Així doncs, tres de cada quatre noies embarassades tenen 17 anys o més, i en el protocol la seva edat no es considera per se un motiu de risc.

Vela-Martínez E.
Fets diferencials de l'atenció a la gestant adolescent.
Pediatr Catalana. 2014;74(3):130-2.

L'edat extrema (per sota dels 14 anys) representa només l'1%, però és la que presenta més característiques específiques quant a la necessitat de l'abordatge pel risc psicosocial associat i l'augment de patologia obstètrica. L'embaràs adolescent s'ha associat a un augment de probabilitat d'anèmia materna, baix pes per l'edat gestacional, hipertensió induïda per l'embaràs, prematuritat, distòcies i mort materna [12-13].

Un índex de massa corporal baix en el moment de la concepció i l'augment ponderal insuficient doblen les probabilitats de baix pes i prematuritat. L'11% dels nadons de mares adolescents a Catalunya van néixer l'any 2012 amb baix pes en relació amb l'edat gestacional, enfront del 7,8% dels nascuts de mares de 20 anys o més [9]. Les necessitats nutricionals de les adolescents embarassades són més altes perquè han de sustentar el seu propi creixement juntament amb les necessitats fetals. Per tant, és imprescindible la valoració del pes i la talla i els antecedents de desordres alimentaris, l'assessorament nutricional, el consell antitabac, alcohol i drogues i el control de l'augment de pes durant l'embaràs. Els controls analítics per detectar l'anèmia materna, el seguiment ecogràfic i la determinació de l'alçada uterina permeten valorar paràmetres de creixement i detectar signes d'alarma.

Els programes integrals de control prenatal dirigits a adolescents poden reduir en més d'un 40% la freqüència d'hipertensió induïda per l'embaràs14. L'atenció, a més del control de la tensió arterial i la detecció de proteïnúria en orina, ha d'incloure informació clara sobre els signes d'alarma i els motius de consulta.

L'any 2012, el 8% dels parts de mares adolescents van ser preterme (nadó de menys de 37 setmanes de gestació). Aquest índex està per sobre dels resultats en dones entre 20 i 34 anys, però per sota de les dones que són mares a partir dels 35 anys [9]. El risc de part distòcic només augmenta en edats extremes i amb patologia sobreafegida, i el percentatge de part normal en gestants adolescents en el nostre entorn està per sobre del 73% [9, 11].

Risc psicosocial

La maternitat adolescent té més efectes econòmics que socials i efectes més seriosos en adolescents d'un nivell socioeconòmic baix. Les mares adolescents tenen més probabilitats de ser aturades, abandonar els estudis i viure en la pobresa. Els seus fills o filles tenen més probabilitats de tenir un desenvolupament cognitiu més pobre que altres criatures, amb més fracàs escolar, situacions d'abús i comportament problemàtic o delinqüència juvenil [12-13].

Els embarassos en l'adolescència tenen influència sobre el nombre de membres de la família i són causa de famílies més nombroses, i també sobre el tipus de família, que és amb més freqüència monoparental. També impliquen la transmissió d'un model de maternitat, per la qual cosa les mares adolescents «engendren» futures mares adolescents. Si es produeix deserció escolar, la dificultat per reintegrar-se posteriorment a la formació tindrà un efecte en la posterior inserció laboral i, per tant, en la situació socioeconòmica de la dona i la seva família [15].

L'adolescent es veu empesa socialment a un ajustament d'identitat. L'embaràs es converteix en un temps i un espai per recuperar el valor perdut i guanyar acceptació social. En el breu transcurs d'un embaràs es veurà empesa a assumir el rol i la identitat d'adulta: decidir continuar o no l'embaràs, generar canvis en si mateixa i en la seva manera de viure i preparar-se per ser mare [16].

El pare adolescent, quan és present, s'enfronta també a conseqüències en la seva vida futura. Davant la paternitat, l'adolescent s'enfronta també a assumir el rol i la identitat d'adult, als mandats personals i socials sobre la seva responsabilitat i a les seves mancances. Com ja hem vist, més de la meitat de les maternitats adolescents a Catalunya corresponen a noies estrangeres. En cultures on és més freqüent la maternitat adolescent, és comú que l'home es deslligui del seu paper de pare i els fills i filles es considerin responsabilitat de les dones. Les dificultats i conseqüències de la paternitat adolescent no s'han d'obviar i és imprescindible potenciar la inclusió de la parella, sempre que sigui possible, en les intervencions [17-18].

Atenció a la gestació adolescent

El control de la gestació és una oportunitat per establir una relació d'ajuda amb l'adolescent [19] i acompanyar-la en el seu procés personal. És necessària l'atenció individualitzada i un abordatge integral biopsicosocial, tenint en compte el comportament, les circumstàncies de vida, la maduresa i els trastorns seriosos d'aprenentatge o altres factors que puguin dificultar la comprensió i la presa de decisions [19-20].

L'atenció i el seguiment es beneficien de la implicació i la coordinació dels professionals i l'entorn familiar. La relació i l'acompanyament es veuen afavorits quan s'utilitza l'escolta activa i l'empatia, s'assegura i es manté la confidencialitat, s'informa amb claredat i d'acord a les necessitats i circumstàncies de la jove i la seva parella i família i s'afavoreix i es respecta la presa de decisions informades [19-20].

A Catalunya, l'atenció pública al seguiment de l'embaràs es duu a terme dintre dels serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) i a les maternitats hospitalàries. Les llevadores són el professional de referència en aquests serveis per a les activitats de promoció i prevenció de la salut, i de diagnòstic i atenció en els processos normals i fisiològics, com el seguiment de l'embaràs de baix risc o l'atenció al part normal. Els i les ginecobstetres són referents per a les activitats de diagnòstic i atenció a la patologia i al risc

obstètric. La relació de l'ASSIR com a suport dels equips d'atenció primària ha d'afavorir la coordinació amb altres professionals de referència per a l'adolescent, com pot ser l'equip de pediatria. El vessant de l'atenció psicològica ha d'anar implícit en les activitats educatives i assistencials, però ens alguns casos es pot fer necessària la intervenció de professionals de salut mental. També és important que l'equip que fa el seguiment compti amb el suport de tots els recursos d'atenció social disponibles [21].

Algunes situacions d'alt risc, com l'edat extrema, la manca de suport familiar, la renúncia o la possible retirada de la criatura necessiten intervencions específiques per un equip interdisciplinari capacitat en l'atenció d'adolescent i en aquests aspectes específics de la maternitat-paternitat [14].

Conclusions

- El risc augmentat de complicacions en l'embaràs adolescent no sembla estar causat per condicions fisiològiques especials, sinó que resulta més important la influència de les variables socioculturals i les condicions de cura i atenció sanitària que rebi [9, 11, 13].
- La captació precoç de les gestants per iniciar l'atenció prenatal i fer-ne un seguiment correcte permet la prevenció, la identificació i el control oportú dels factors de risc biològic, psicològic, social i ambiental que incideixen en la gestació [10, 12, 14-15].
- Els programes integrals d'atenció a la salut sexual i reproductiva dirigits a adolescents i la coordinació amb altres recursos són la millor opció per millorar els resultats i disminuir els riscos i les conseqüències d'una gestació adolescent [10, 14-15].

Bibliografia

1. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Organización Mundial de la Salud. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
2. What Will It Take to Achieve the Millennium Development Goals? An International Assessment. United Nations Development Programme. Juny 2010. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/;jsessionid=aMgXw9IbMbH4?asset_id=2620072
3. López Blasco A, Gil Rodríguez A, Moreno Mínguez A, Comas D, Funes MJ, Parella S. Informe Juventud en España. Madrid: Instituto de la Juventud; 2008.
4. Equipo Daphne y Bayer Schering Pharma. 3ª Encuesta de sexualidad y anticoncepción en la juventud española, 2009. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www.equipodaphne.es/encuestas.php
5. Faílde JM, Lameiras M, Bimbela JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit. 2008;22(6):511-9.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos estadísticos. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm
7. Idescat [Internet]. Estadística bàsica de Catalunya. Demografia i qualitat de vida, 2012. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=444&V0=2&V1=5
8. Servei d'Informació i Estudis. Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs. Catalunya, 2012. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Temes_especifics_salut/Salut_sexual_reproductiva/Fitxers_estatics/Interrupcio_voluntaria_embaras_2012.pdf
9. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2012. Agència de Salut Pública de Catalunya. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/indicadors/indicadors_maternoinfantil_2012_complet.pdf
10. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, Generalitat de Catalunya (2a ed. revisada). Barcelona, 2009. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/protocolseguimentembaras.pdf
11. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2011. Agència de Salut Pública de Catalunya. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=cf72b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=cf72b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&newLang=ca_ES
12. Usta I, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;8(2):178-83.
13. Baena Rivero A, Alba A, Jaramillo MC, Carolina Quiroga S, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Aten Fam. 2012;19(4):82-5.
14. Rico de Coronel AC, Castillo Parada C, Benítez Vélez CM, Medina Ospino R. Programa de atención integral a la adolescente gestante. Revista Ciencia y Cuidado 2013;10(1):67-77.
15. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008;5(1):42-51.
16. Kano Floriam ME. El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad. Investigación y Educación en Enfermería. 1999;17(1):35-47.
17. Molina Gutiérres, R. El padre adolescente, su relación parental y de pareja. Última década. 2011;35:89-110.
18. González Rodríguez MP, Velarde Mayol C. Actitud de los hombres adolescentes ante el embarazo en la adolescencia. Evid Pediatr. 2011;7:35-8.
19. Ruiz PJ. Dos herramientas para entrevistar adolescentes: la entrevista motivacional y el consejo sociosanitario participativo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(45):155-9.
20. Document sobre La persona menor en l'àmbit de la salut. Observatori de Bioètica i Dret. Barcelona, 2009. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www.llevadores.cat/html/publicacions/txtdocracbio.html
21. Direcció General de Planificació i Avaluació. Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Suport a l'AP. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007. Accesible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans_estrategics_ordenacio_i_altres_Plans/Pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/Marc%20de%20treball/Documents/placarte.pdf

El paper dels equips de suport social amb l'adolescent embarassada

Nausica Castelló, Celia Garcia, Laura González, Laia Navarro

Programa Preinfant. Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)
ncastello@abd-ong.org

L'arribada a l'adolescència és un moment clau a nivell personal, familiar i social. A nivell individual, l'adolescent s'afronta als objectius fonamentals de prendre autonomia emocional i independència respecte als pares, i establir una identitat adulta. A més, hi ha altres objectius secundaris bàsics per al seu desenvolupament, com ara aconseguir establir relacions interpersonals més estables, la separació progressiva dels pares i aconseguir reconèixer i acceptar-se físicament. A nivell familiar es produeixen canvis en l'organització i cal adaptar-se a les noves necessitats dels seus membres. El context familiar és un factor bàsic en el desenvolupament de l'adolescència, considerada aquesta com un procés psicològic i sociocultural en què la persona experimenta la transició a la vida adulta. A nivell social, les relacions entre iguals comencen a cobrar importància en el desenvolupament de l'adolescent.

Per tant, entre els objectius principals propis del període de l'adolescència, que formen part de la seva evolució, no hi ha el de ser pare o mare. La maternitat requereix nivells alts de maduresa, responsabilitat i estabilitat (emocional, laboral i econòmica). Assumir aquest esdeveniment en una etapa com l'adolescència implica riscos, tant per als pares com per al futur nadó. Així doncs, l'adolescent embarassada és emocionalment i físicament immadura per afrontar un embaràs, perquè en la majoria de casos és un procés no planificat i no es té gaire consciència del que implica.

A més, moltes vegades les mares adolescents no tenen el suport del pare del nadó, cosa que dificulta encara més el canvi que han de fer. Moltes i diferents tensions impactaran en la seva vida i influiran en els seus plans de futur; la repercussió principal serà sobre la seva educació i sobre les relacions amb els seus propis pares. La preparació a la maternitat és necessària: una preparació psicològica, la redefinició de les relacions amb una mateixa i amb la parella, la negociació de responsabilitats relacionades amb la cura del nadó i la possible redefinició de la pròpia identitat. Moltes mares adolescents no estan preparades per fer aquests canvis necessaris i això els genera conflictes que interfereixen amb les seves habilitats parentals i els dificulta la possibilitat de donar al nadó un ambient socioemocional adequat.

Castelló N, García C, González L, Navarro L.
El paper dels equips de suport social amb l'adolescent embarassada.
Pediatr Catalana. 2014;74(3):133-5.

A Catalunya, segons les dades de l'IDESCAT (Institut d'Estadística de Catalunya), des de l'any 2010 hi ha hagut una disminució dels naixements en menors de 21 anys: s'ha passat del 4,72% (3.967 naixements) el 2010 al 4,07% del total de naixements (3.141) l'any 2012. No obstant això, si analitzem el nombre d'embarassos en menors de 15 anys a Catalunya observem que ha augmentat en els últims tres anys.

El programa Preinfant

Partint d'aquesta reflexió, des de l'Associació Benestar i Desenvolupament-ABD es va crear el programa Preinfant, una iniciativa de prevenció del maltractament infantil i d'acompanyament a la maternitat que incideix prioritàriament en els aspectes vinculars. El seu objectiu és protegir la salut física i mental de l'infant disminuint i/o eliminant les situacions de risc que es poden donar al llarg de l'embaràs i dels tres primers anys de vida, en un context familiar d'alt risc psicosocial.

El programa, que es porta a terme des de fa 17 anys per donar suport social a les adolescents embarassades i oferir suport a la maternitat, preveu tres vies d'atenció i acompanyament: l'atenció psicoeducativa amb les famílies, l'oferta d'un recurs d'habitatge per a dones amb fills i filles menors de 3 anys i l'atenció i assessorament en línia a les adolescents i joves embarassades a través de la pàgina web de Preinfant (*www.preinfant.org/es/*). Aquesta eina, que s'ha construït juntament amb les joves ateses i amb els i les professionals de la xarxa, neix de la necessitat d'abordar l'embaràs amb adolescents des dels mateixos canals de relació de la jove. La web de Preinfant informa sobre l'embaràs i la maternitat i dóna resposta als dubtes i les inquietuds de les adolescents, remarcant la importància de buscar suport formal i informal al més aviat possible, i facilitar l'accés als recursos de la xarxa disponibles.

Des de l'atenció psicoeducativa, Preinfant ofereix:

a) Suport emocional i treball del vincle, tant durant l'embaràs com després del part, amb la finalitat d'afavorir una vinculació sana i potenciar les competències parentals.

b) Suport en els aspectes relacionats amb les cures de l'embaràs i la criança del nadó.

c) Dinamització dels recursos de la xarxa amb la finalitat de vincular les famílies a la xarxa social.

L'any 2013, el 74,41% de les famílies ateses eren mares menors de 21 anys. Una xifra que any rere any està augmentant.

El repte que planteja l'acompanyament de l'adolescent embarassada té a veure amb la complexitat d'establir l'equilibri entre el suport que necessiten, per una banda, la jove adolescent i, per l'altra, el seu fill o filla, així com l'entorn més proper (família, professionals, etc.).

L'actuació social

L'actuació social enfocada a les adolescents embarassades s'entén des de tres eixos diferenciats: l'abordatge integral, l'acompanyament pròpiament dit i el treball en xarxa.

L'abordatge integral col·loca el focus de l'atenció a la totalitat de la persona i aposta per tenir en compte el seu entorn. Des de la pràctica, és fonamental fer una lectura en clau preventiva i considerar l'embaràs com una etapa privilegiada per iniciar aquest abordatge integral amb l'adolescent i establir l'aliança de treball amb la mare i la família.

Les famílies ateses per Preinfant sovint han viscut experiències de separacions primerenques, fracassos en la criança o maltractaments. Tenen l'experiència de rebre ajuda professional quan la situació és molt greu, fet que comporta que les seves funcions puguin haver estat molt mediatitzades i controlades pels organismes i institucions de protecció del menor. És per aquest motiu que sovint trobem en les noies resistències a ser ateses, ja que se senten perseguides i qüestionades en les seves funcions marentals. Des del programa treballem sota la premissa que la major part de les famílies poden arribar a superar dificultats i crear relacions funcionals que possibilitin un entorn familiar segur i protector. Creiem en la capacitat de generar canvi, de teixir resiliències.

D'altra banda, la intervenció des de l'embaràs també permet incidir precoçment en el desenvolupament de les competències parentals de la maternitat. Ens permet acompanyar en el complex procés d'assumir una maternitat que sovint no ha estat ni programada ni desitjada, i ajudar a incorporar el rol patern i matern, revisant els seus propis models de criança i patrons relacionals; és a dir, construir un espai físic i mental per al futur fill o filla de manera que els progenitors puguin satisfer les necessitats del nadó en les millors condicions possibles.

Un altre benefici del treball amb les adolescents durant l'embaràs té a veure amb la prevenció de possibles situacions de maltractaments prenatals, especialment les derivades de la falta de seguiment mèdic i del consum de tòxics.

El maltractament infantil s'aborda des d'una perspectiva ecosistèmica i des d'una comprensió dinàmica de les relacions (des dels diversos nivells i sistemes: intrapsíquic, relacional familiar, relacional social, institucional). Es busca que la família aconsegueixi canvis en la seva situació per millorar la vida dels seus fills i filles. Dit d'una altra manera: mirem el nadó des de la seva unicitat i complexitat. Les dimensions neurològiques, intel·lectuals, emocionals i socials de l'infant, individualment diferents, interactuen totes conjuntament per crear una persona que és alguna cosa més que la suma de les parts. El professional treballa des d'una mirada àmplia que atén totes les peculiaritats i complexitats de la situació. Una mirada a la persona i no a l'objecte d'intervenció.

Cal partir de la base que el programa atén dos menors en moments vitals diferents, però cal que tots dos estiguin protegits i procurar fer-los créixer de manera sana.

La complexitat de la intervenció social amb adolescents embarassades resideix en haver de fer equilibris per tal de desenvolupar i conjugar el fet de ser adolescent amb la maternitat prematura.

És important que, en la situació de fragilitat en què viuen, les mares disposin d'un suport i una escolta que les consideri persones, més enllà de l'etiqueta d'adolescent embarassada que ha decebut tothom i que no podrà continuar estudiant.

Sovint es demana que la mare adolescent continuï com si no hagués tingut el fill, se li exigeix que mantingui el mateix ritme d'estudi o que torni al seu dia a dia perquè tingui un futur. Un futur on no hi ha mirada cap al seu bebè ni cap a les seves necessitats. Per exemple, normalment veiem adolescents que són pressionades per la família i pel seu entorn perquè continuïn els estudis un cop s'hagi produït el part sense mirar el que implica per al nadó aquesta separació en els primers moments de vida.

Des de Preinfant entenem que perquè la mare pugui establir el primer vincle amb el seu fill o filla, cal preservar la baixa per maternitat. Un cop la noia està preparada per reprendre els seus estudis, cal fer una adaptació escolar, realment pensada per assolir els objectius escolars i les seves necessitats atenent la nova situació familiar.

La relació que la mare adolescent estableix amb l'embaràs varia segons les circumstàncies de cada noia. De vegades amaguen l'embaràs per por a les conseqüències, sovint magnificades, o per desconeixement dels recursos on adreçar-se, fet que provoca que sovint la presa de decisions quedi en l'àmbit familiar.

També hi ha adolescents que desafien l'adult i mostren orgull pel seu embaràs, com un acte rebel, amb una idealització del que significa ser mare i fer-se càrrec d'un infant o com una forma d'establir una separació amb els seus progenitors creant una nova família. Això provoca un embaràs sense consciència i sense espai per al futur nadó.

Sigui com sigui, per a moltes mares l'embaràs es fa públic de sobte, i comporta diferents reaccions de l'entorn, normalment negatives. L'adult jutja l'adolescent i li mostra decepció, rebuig, etc. Sovint preveu el seu fracàs en assumir la maternitat i li verbalitza frases com «per què t'has fet malbé la vida?», «ja no podràs fer res del que feies abans, hauràs de créixer».

Quan l'impacte psicològic és més elevat és després del part, perquè és el moment en què connecten amb la realitat i es passa d'un embaràs amagat, en què el nadó no existia, a fer pública la maternitat, rebre les pressions de l'entorn i combatre amb les pròpies pors i neguits. De sobte, la noia es troba amb un infant que no era esperat però que depèn d'ella, que la demana i la necessita.

A tots els canvis s'afegeix la necessitat de demostrar a la resta que és capaç de ser mare com ho faria una persona adulta.

El segon eix de l'actuació social en adolescents embarassades és l'acompanyament. Acompanyar implica anar al costat de la persona, establir una aliança de treball i construir, amb ella, un pla de millora conjunt, que tingui en compte les potencialitats i febleses. La base d'aquesta metodologia és el respecte: respectar les decisions de l'altre més enllà del que pensem, els tempos de les pròpies persones, no jutjar i, sobretot, treballar des de les potencialitats. La persona ha de ser el seu propi motor de canvi. Aquest tipus d'intervenció implica:

a) Anar al costat i no per sobre: ser una figura facilitadora, afavorir el vincle i l'aliança de treball.

b) Establir un pla de millora conjunt: construir un itinerari amb la persona, a partir de les seves necessitats i amb el suport dels serveis que hi intervenen.

c) Tenir accessibilitat i flexibilitat: cal adaptar la metodologia al seu propi funcionament, ja que precisament són famílies que, per les situacions de vulnerabilitat en què es troben, sovint es caracteritzen per la manca d'hàbits, de planificació i organització; així com amb moltes dificultats per utilitzar i vincular-se als recursos existents de la xarxa assistencial.

El treball amb les mares, els pares i les famílies es porta a terme a partir de diversos mecanismes: des del treball a domicili o les visites d'acompanyament, fins a la possibilitat de disposar d'un telèfon mòbil d'un professional fàcilment localitzable, passant per oferir flexibilitat a l'hora de programar les visites o el treball conjunt del pla de millora.

L'últim dels eixos de l'actuació social amb mares adolescents és el treball en xarxa. La coordinació entre professionals es fa necessària per poder establir un pla de millora conjunt amb la família. Ens cal connectar-nos per tal de treballar en el mateix sentit, construir i sumar parcel·les de coneixement i, en definitiva, fer un abordatge integral.

Els serveis i/o equipaments ens constituïm des d'una mirada adulta intentant atendre la variabilitat. No és fins al moment de ser mare que l'adolescent entrarà en els circuits de la xarxa formal. Es tracta d'uns recursos molt burocratitzats, amb poca facilitat d'accés, un llenguatge més tècnic i una manera de relacionar-se que té poc a veure amb els canals de comunicació i relació que fins ara feia servir.

En aquest punt, la nostra tasca passa per garantir que la jove hi pugui accedir de manera fàcil, amb un procediment que li permeti un contacte més proper i adaptar el llenguatge tècnic a un llenguatge senzill.

Els professionals del camp social hem de procurar ser figures facilitadores i connectores. Ens agrada definir-nos com a recurs pont, en el sentit que intentem no duplicar, optimitzar els recursos i establir un canal de comunicació fluid amb els serveis que hi intervenen: intentem ser accessibles per facilitar la coordinació entre professionals, estar localitzables, fer un seguiment, treballar amb plans comuns.

És només amb una mirada àmplia i basada en els aspectes positius que podem apropar-nos a les famílies més vulnerables.

Tota mare, pare, família que rep suport afectiu i té un suport social, pot oferir millors braços per al seu nadó.

Bibliografia

1. Bowlby, J. El apego. Barcelona: Paidós, 1968.
2. Cantón J, Cortés MR. El apego del niño a sus cuidadores. Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo. Madrid: Alianza, 2000.
3. Carrillo S, Maldonado C, Saldarriaga LM, Diaz S. Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. Rev Latinoam Psicol. 2004;36(3):409-30.
4. Marin LR, Villafañe A. La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. Rev Electrónica Psicol Itzacala. 2006;9(3):24-42.
5. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. La salud para todos en el año 2000. Ginebra; 1986.

Embaràs en l'adolescent. Impacte mèdic i social

José Mª Lailla Vicens*

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
jmlailla@hsjdbcn.org

«La joventut retrata, sempre amb traços forts, la societat global a la qual, per la seva banda, no sempre li agrada veure's retratada així.»

José Luis L. Aranguren

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'adolescència com l'etapa que transcorre entre els 10 i els 19 anys, amb dues fases: l'adolescència primerenca (dels 10 als 14 anys) i l'adolescència tardana (dels 15 als 19 anys). Paral·lelament, el terme *joventut* comprèn el període entre els 15 i els 24 anys; es tracta, doncs, d'una categoria sociològica que coincideix amb l'etapa postpuberal de l'adolescència.

En tot cas, l'adolescència és una etapa entre la infantesa i la vida adulta que es caracteritza per un creixement continu que s'inicia amb els canvis puberals i per profundes transformacions biològiques, psicològiques i socials, moltes causants de crisis, conflictes i contradiccions. No és solament un període d'adaptació als canvis corporals, sinó una fase de grans determinacions cap a una independència psicològica i social més gran. El desenvolupament de la identitat comprèn la maduració sexual, que incideix en la necessitat de separació dels pares, i una aproximació de la seva relació amb iguals.

Totes aquestes transformacions impliquen que els adolescents estiguin exposats a certs riscos que poden afectar la seva salut, entre els quals destaquen els comportaments de risc i altres trastorns, com els relacionats amb la sexualitat (embaràs no desitjat, malalties de transmissió sexual, etc.), l'abús de substàncies o els problemes emocionals com la depressió o els trastorns alimentaris. No cal oblidar que una minoria (encara que cada vegada més) pateixen problemes de salut greus, com poden ser malalties cròniques com la diabetis.

El desenvolupament de la sexualitat s'ha considerat sempre com una etapa important en el procés de maduració de la personalitat d'una persona. Aquest desenvolupament individual de la sexualitat va lligat a factors anatòmics, biològics, psicològics, socials i culturals. Estudiant la història i els canvis que han existit en el concepte de sexualitat, podem apreciar que el sexe s'ha viscut en els diferents temps socials dependent de molts factors extrínsecs a la pròpia persona, com ara els corrents d'opinió o les tendències de l'època, el país o la cultura on es desenvolupa l'individu i les creences morals i religioses [1].

El desenvolupament del sexe i la sexualitat ha estat en gran manera dirigit sota conceptes i normes religioses que han evolucionat molt poc en el temps, per això la influència de la formació social i cultural de la societat ha estat el principal determinant i el que ha definit i posat els límits del comportament sexual.

Sens dubte estem assistint a un canvi notable dels hàbits sexuals en tota la societat, que es fa més evident entre la joventut. Probablement, la disminució de l'edat de la menarquia en les nenes, la diferenciació més precoç dels rols sexuals que es produeix en la societat actual, la falta d'una educació sexual en la família, així com la manca de valors ètics i morals i una influència excessiva d'informació no filtrada dels mitjans de comunicació d'escàs nivell, juntament amb un excés de permissivitat, influeixen en la situació actual [2].

La problemàtica dels embarassos en l'adolescent

Sense cap dubte, el principal problema derivat d'una sexualitat immadura és l'embaràs no desitjat, conseqüència d'una mala educació sexual i d'una no-utilització o una utilització incorrecta dels mitjans anticonceptius. Crida l'atenció que països considerats desenvolupats, com els Estats Units o el Regne Unit, tenen una elevada taxa d'embarassos en joves (50 embarassos per 1.000 adolescents), mentre que uns altres que podríem considerar al mateix nivell socioeconòmic i cultural, com el Japó, els tenen molt baixos (1 per 1.000) [3]. Si estudiem en profunditat aquestes xifres, podem comprovar que la incidència més gran de l'embaràs en l'adolescent té lloc en els nivells socials més baixos, que d'altra banda són els que tenen una freqüència més baixa de relacions sexuals: els joves amb un nivell sociocultural més elevat presenten xifres d'embarassos menors, malgrat una incidència de contactes sexuals més elevats. Això evidencia el fons formatiu i de possibilitats d'aconseguir una utilització d'anticonceptius adequada (Taules I i II).

Als països desenvolupats l'embaràs en l'adolescent sol ser no desitjat i representa un estigma personal i social; per tant, la interrupció d'aquest embaràs és una de les solucions més freqüents.

* *Catedràtic d'Obstetrícia i Ginecologia. Universitat de Barcelona*

Lailla-Vicens JM.
El paper dels equips de suport social amb l'adolescent embarassada.
Pediatr Catalana. 2014;74(3):136-8.

TAULA I

Taxa d'embaràs segons el nivell sociocultural

• **França:**	24 per mil
- Al Departament de Seine-Saint Denis:	50 per mil.
• **Estats Units:**	
- Raça blanca:	96 per mil.
- Raça negra:	177 per mil.

TAULA II

Freqüència de les relacions sexuals, segons el nivell social

Classe social	Nombre de contactes sexuals / mes
Alta	7,55
Mitjana - alta	9,40
Mitjana	6,08
Mitjana - baixa	3,54
Baixa	4,28

Mitjana 6,51.
Fons: Centre d'Investigacions en Sociologia (agost, 2010).

A Espanya, la taxa d'embaràs en menors de 19 anys ha passat del 7,89 per mil l'any 1998, al 10 per mil l'any 2002, i actualment es fixa en el 12,4 per mil. Un dels arguments esgrimits socialment és que aquest augment es produeix a expenses principalment de les adolescents no espanyoles, i tot i que això és cert (segons es comprova a la Taula III) també hem de comentar que la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en l'adolescència és del 54,52%, i que més de la meitat d'aquests, en concret el 59%, han estat sol·licitades per joves de nacionalitat espanyola (Taula IV). L'embaràs en l'adolescent d'altres cultures és, en molts casos, un embaràs desitjat[4].

TAULA III

Taxa de fecunditat (nascuts per mil dones), segons l'origen de l'embarassada

	ESPANYOLES	NO ESPANYOLES
Menors de 15 anys	1,8	6,4
16 anys	3,9	10,4
17 anys	7,9	19,8
18 anys	11,7	39,8
19 anys	15,4	52,7

TAULA IV

Interrupcions voluntàries de l'embaràs, segons l'origen de la gestant

Origen	% I.V.E.
Espanyoles	59,00
Resta d'Europa	22,20
Sud-americanes	10,24
Africanes	5,38
Asiàtiques	2,12

Mitjana 54,52.
Fons: Centre d'Investigacions en Sociologia (agost, 2010).
I.V.E. : Interrupcions voluntàries de l'embaràs.

El problema principal pel qual s'arriba a l'embaràs en l'adolescent és la falta d'educació sexual, juntament amb la no-utilització de mètodes anticonceptius, per desconeixement o per ignorància del perill d'embaràs o per la difícil accessibilitat a aquests mètodes. Al nostre país, el 53% dels adolescents entre 15 i 19 anys no utilitza mètodes anticonceptius de manera mantinguda i només ho fa de manera temporal, quan preveu que el seu ritme de relacions sexuals serà més alt (per exemple, durant les vacances)[5].

En l'estudi Daphne del 2011[6] es reconeix un risc del 9,1% d'embarassos en les adolescents que utilitzen un mètode anticonceptiu (l'habitual és inferior a l'1%), principalment per fer-ne un mal ús (77%), o per una presa irregular i inadequada dels anticonceptius hormonals.

Un estudi de la UNICEF de l'any 2011[7] considera que hi ha dues raons fonamentals per justificar una disminució mantinguda i progressiva d'embarassos en la joventut europea:

- La millora de l'educació sexual en la majoria de països, però no en tots, com ara Espanya, on encara es considera insuficient. Es considera que als països en què la família i l'escola s'han implicat conjuntament en el tema són les que millors resultats han obtingut.
- La facilitat i l'assequibilitat en l'accés a centres d'orientació i planificació sexual i als mètodes anticonceptius, correctament explicats.

La importància de la família i l'educació sexual en la formació dels joves és transcendent i encara més en aquest tema. Des de l'estudi d'Anda i col·laboradors, se sap que els adolescents formats en famílies desestructurades, per absència del pare o de la mare o per presenciar maltractaments entre els seus progenitors, era més freqüent que les noies quedessin embarassades o que els nois deixessin embarassada la seva parella. La taxa d'activitat sexual més baixa i més responsable s'ha trobat en famílies en què el pare i la mare han participat conjuntament en la formació dels joves.

Des del punt de vista mèdic, l'embaràs en l'adolescent no té una incidència de complicacions significativament superior al de la dona en una altra edat. Habitualment, sí que els obstetres considerem aquest embaràs i part d'alt risc, però això és a causa de la falta de control de la majoria. En estadístiques del nostre centre podem evidenciar que el 15% de les adolescents neguen la possibilitat d'un embaràs a la consulta ginecològica i que el 68% acudeix a la consulta de manera tardana, sobretot després de comprovar l'augment de volum abdominal o notar els moviments fetals.

Tot això comporta que el 40% de les nostres pacients no compleixin els criteris mínims marcats en els protocols SEGO (Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia) per dir que es tracta d'un embaràs controlat (Taula V); per tant, l'augment d'incidència de certes patologies induïdes o associades a l'embaràs rau en la falta de prevenció o de diagnòstic en una fase inicial.

Taula V

Inici del control de l'embaràs. Hospital Sant Joan de Déu

	% de control de l'embaràs
Visita a partir del 1r trimestre	15,5
Visita a partir del 2n trimestre	35,8
Visita a partir del 3r trimestre	38,7
Mal control de l'embaràs	40,2
No control de l'embaràs	10,0

Finalment hem de considerar l'impacte personal que un embaràs en l'edat adolescent, en la majoria de casos no desitjat, provoca en la jove, i també tenir en compte el risc mèdic centrat en l'adolescent per sota dels 15 anys. En aquesta edat s'ha descrit la soldadura precoç dels cartílags per acció de les hormones produïdes pel teixit trofoblàstic durant la gestació, així com la desmineralització òssia, principalment lligada a la durada de la lactància materna, juntament amb dietes incorrectes.

Però, sens dubte, el més important és l'impacte social que provoca aquest embaràs no desitjat i, per tant, menys acceptat, i que comporta un rebuig social i familiar important, un aïllament de la jove amb abandó dels estudis i més incidència d'estats depressius que requereixen fins i tot tractament farmacològic. És molt important el posicionament de la parella i de la seva família. Els obstetres acostumem a veure una negació del reconeixement de l'embaràs i un abandó, moltes vegades induït per la família, de les responsabilitats pròpies de la paternitat, cosa que augmenta encara més l'aïllament i la depressió de l'adolescent. En un estudi de Lindahl i col·l. [8], es fixava la incidència d'autòlisi en aquest grup de pacients entre el 5 i el 14%, i Wemann [9], en un estudi semblant, identificava que el 39% de les adolescents reconeixien haver quedat estigmatitzades després d'un embaràs.

Conclusions

Des del nostre punt de vista, per evitar sempre que sigui possible l'embaràs en l'adolescent hem de fer el següent:

Explicar la sexualitat des dels aspectes afectiu, biològic i reproductiu.

Inculcar valors, actituds, habilitats de comunicació i negociació per resistir la pressió de l'entorn i mantenir la pròpia personalitat de l'adolescent dins del grup d'iguals.

Facilitar mètodes anticonceptius segurs i ben explicats.

Bibliografia

1. Sánchez Burón A, Fernández Martín MP. Generación 2.0 2010. Hábitos de los adolescentes en el uso de las redes sociales. Estudio comparativo entre Comunidades Autónomas. Madrid: Departamento de Psicología – Universidad Camilo José Cela; 2010.
2. Garcia-Tornel S, Miret P, Cabré A, Flaquer L, Berg-Kelly K, Roca G, et al. El adolescente y su entorno en el siglo XXI. Instantánea de una década. Esplugues de Llobregat: Hospital de Sant Joan de Déu; 2011.
3. OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-5-2014]. Disponible a: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
4. González-Anleo Sánchez JM, López Ruiz JA, Valls Iparraguirre M, Ayuso Sánchez L, González Sanz G. Jóvenes españoles 2010. Madrid: España-Ediciones SM-FSM Fundación SM: 2011.
5. European Comission. Key Data On Education in Europe 2009. Brussel·les: Education, Audiovisual and Culture Executive Agency; 2009.
6. Equipo Daphne i Bayer Schering Pharma. VII Encuesta de anticoncepción en España, 2011. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-5-2014]. Disponible a: http://www.bartolomebeltran.com/actualidad/archivos/VII_Encuesta_anticonceptivos.pdf
7. UNICEF. Estado de la infancia y adolescencia en el mundo. Informe UNICEF, 2011. La adolescencia, una época de oportunidades. Nova York: UNICEF, 2011.
8. Wiemann CA, Rickert V, Berenson MB, Volk RJ. Are pregnant adolescents stigmatized by pregnant? J Adoles Health. 2005;36(4):352-7.
9. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the puerperium. Arch Women Ment Health. 2005;8(2):77-87.