

ORIGINAL

Conocer los hábitos de vida y factores de riesgo de los adolescentes atendidos por los centros de salud de dos poblaciones semiurbanas mediante una entrevista clínica estructurada con respuestas abiertas

Amador López García^{a,*}, Inmaculada Rodríguez González^b,
Paloma Almagro Martín-Lomeña^a, Raquel Garófano Gordo^a,
Eva María Fernández Cano^b y Almudena Maldonado Barrionuevo^a

^a Distrito Sanitario Axarquía, Servicio Andaluz de Salud, Torre del Mar, Málaga, España

^b Distrito Sanitario Axarquía, Servicio Andaluz de Salud, Torrox, Málaga, España

Recibido el 12 de octubre de 2009; aceptado el 8 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 27 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Adolescentes;
Atención primaria;
Entrevista clínica;
Factores de riesgo

Resumen

Objetivo: Conocer los hábitos y factores de riesgo de adolescentes atendidos por los centros de salud de 2 poblaciones semiurbanas mediante una entrevista clínica estructurada con respuestas abiertas.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos poblaciones semiurbanas de la provincia de Málaga.

Participantes: Adolescentes de 16 a 18 años. De los 19 cupos médicos se seleccionaron 5 mediante muestreo aleatorio estratificado por centro de salud. Se incluyeron 204 adolescentes.

Resultados: Tienen sobrepeso u obesidad 42,3%. La relación entre IMC y TAM fue $R=0,4$. Consumen fruta, verdura o lácteos menos de una vez al día el 54,2%, 57,8% y 24,5% respectivamente. No practican deporte regularmente 32,3 de los hombres y 63,5% de las mujeres. Fuman 21,8% estando asociado al nivel socioeconómico bajo (OR: 3,38 $p=0,01$ IC95%: 1,27–9) y abandono de los estudios (OR: 2,88 $p=0,015$ IC95%: 1,20–6,86). Beben el 56,3% estando asociado a haber abandonado los estudios (OR: 3,5 IC95%: 1,43–8,94). Consumían drogas ilegales el 10,6% y su grupo de amigos 36,6%. Mantuvieron relaciones sexuales sin método anticonceptivo 12,1%. No se ponen casco o cinturón el 12,4% y 13,4% respectivamente Han conducido alguna vez bebidos el 24,2%. Se han sentido alguna vez deprimidos el 20,4%.

Conclusiones: Las prevalencias de factores de riesgo y hábitos de vida referidos al peso, consumo de frutas, verduras y lácteos, ejercicio físico, tabaco, alcohol y trastornos de ánimo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amadorlogar@gmail.com (A. López García).

KEYWORDS

Adolescents;
Primary care;
Clinical interview;
Risk factors

han sido semejantes a otros estudios que utilizan encuestas anónimas. Las prevalencias de consumo otras drogas ha sido menor.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

To find out the life habits and risk factors of adolescents seen in the Health Centres of two semi-urban populations using a structured open response clinical interview**Abstract**

Objective: To investigate the habits and risk factors of adolescents from two Health Centres in two semi-urban populations using a structured clinical interview with open questions.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: Two semi-urban populations from the Malaga area.

Participants: Adolescents aged between 16 and 18 years old. We selected 5 medical clinics out of the 19 clinics in the Health Centres, using stratified random sampling. A total of 204 adolescents were included, with 62 (30.39%) of them not attending.

Outcomes: 42.3% were overweight or obese. The BMI and MBP ratio was $R=0.4$. They ate fruit, vegetables or dairy products at least once a day 54.2%, 57.8% and 24.5%, respectively. 32.3% of the male teenagers and 63.5% of females did not exercise regularly. 21.8% were smokers, and this was related to a low socio-economical level (OR: 3.38 $P=0.001$ 95% CI: 1.27 to 9) and with abandoning education (OR: 2.88 $P=0.015$ CI 95%. 1.20 to 6,86). 56.3% usually drink and this habit was also related to abandoning education. (OR: 3.5 95% CI: 1.43 to 8.94). 10.6% of the teenagers consumed illegal substances and their group of friends in 36.6% of the cases. 12.1% had unprotected sex. 12.4% and 13.4% did not use a crash helmet or seat belt, respectively. 24.2% have driven in a drunken state at some point. 20.4% have felt depressed at least once.

Conclusions: Risk factors and life style habits prevalent in reference to weight, fruit, vegetables and dairy products consumption, sport, smoking, alcohol and depression problems have been similar to the ones found in other studies that have used anonymous surveys. Prevalence of substance abuse has been lower.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la práctica diaria del médico de familia los adolescentes consultan por problemas banales, casi siempre ajenos a su interés. Los estudios de utilización de los servicios de urgencias por los adolescentes son escasos y realizados en el ámbito hospitalario. En ellos, obviando la patología traumática que ocupa alrededor del 50%, existe un porcentaje muy importante de trastornos psiquiátricos y cuadros de dolor inespecífico^{1,2} que hace pensar en problemas relacionados con su etapa de la vida que no son abordados ni conocidos por su médico. Los médicos de familia no podemos permanecer ajenos a estas conductas cuando nos entrevistamos con el adolescente. El grupo de expertos del PAPPS recomienda preguntar periódicamente y registrar en la historia clínica sus estilos de vida^{3,4} a partir de los 14 años.

La Ley General de Sanidad especifica la prioridad de la promoción y educación para la salud, así como la colaboración estrecha del personal de atención primaria con la comunidad en que está inmerso el centro de salud⁵. Independientemente de que se sigan realizando actividades de tipo comunitario, pensamos que no se debería de perder la atención individualizada, periódica y personalizada, en esta etapa tan importante de la vida.

El objetivo del estudio es conocer los hábitos de vida y factores de riesgo de los adolescentes atendidos en los centros de salud de 2 poblaciones semiurbanas, utilizando en la entrevista una encuesta estructurada con respuestas

abiertas. Los objetivos secundarios fueron ofrecer consejo y atención a sus demandas de salud.

Material y métodos**Diseño**

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron los adolescentes entre 16–18 años atendidos en 2 centros de salud semiurbanos, Torre del Mar y Torrox., poblaciones vecinas de la costa de Málaga con características sociodemográficas y culturales semejantes. La población atendida es de 28.522 habitantes, y el número total de adolescentes de 4.378.

El tamaño de la muestra se calculó para una proporción esperada de 40%, con un nivel de confianza del 95% ($\alpha=0,05$) y una precisión de $\pm 8\%$ ($i=0,08$), resultando en 144 individuos. Se estimó un 30% de pérdidas esperables, lo que supone un tamaño final de 205 adolescentes.

La unidad de muestreo fue el cupo médico. De los 19 cupos (12 de Torre del Mar y 7 de Torrox), se seleccionaron 5 por muestreo aleatorio estratificado (3 y 2, respectivamente). El número de adolescentes de los 5 cupos era de 231. Excluidos los que tenían una dirección incompleta o un trastorno cognitivo, se obtuvo una muestra de 204 adolescentes.

Se les convocó mediante una carta remitida por su médico de familia explicando el contenido de la entrevista y la hora de la cita. Se citaron cada 15 min. Previamente a la entrevista se les explicaba el motivo del estudio, las medidas de confidencialidad adoptadas y la libertad de no responder a alguna pregunta, y se les entregaba una hoja con el consentimiento informado para firmar si estaban de acuerdo. Médico y adolescente estaban solos en la entrevista. A los no respondedores se les volvía a citar en una segunda convocatoria, excepto si la carta había sido devuelta por dirección incorrecta. El diseño fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del Área de Gestión Sanitaria de Málaga Este-Axarquía.

Recogida de datos

La entrevista recoge las dimensiones del modelo propuesto por García-Tornel⁶ y las preguntas adaptando el modelo propuesto por la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria⁷ y el propuesto por Cohen et al⁸ (disponible en la versión electrónica).

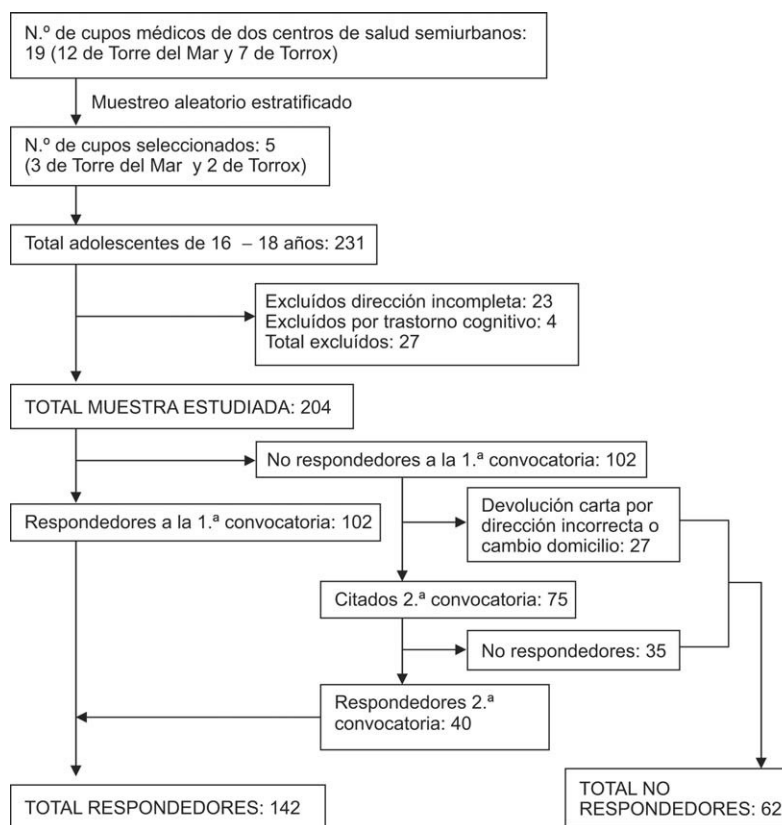
Se consideró que consumían fruta, verdura y lácteos si lo hacían mínimo una vez al día. Agrupamos las notas en buenas si manifestaban ser «buenas» o «muy buenas» y malas si referían que eran «regulares», «malas» o «muy malas». Practicaban deporte si lo hacían mínimo 2 veces al mes fuera de los obligatorios del instituto. El nivel socioeconómico lo

agrupamos en medio cuando eran los niveles 1, 2 y 3, y bajo cuando correspondía al 4–5. Fumaba siempre que fuese cualquier cantidad. El consumo de alcohol lo valoramos en unidades básicas de alcohol (una UBA equivale a 10 g) por día de fin de semana. Cuando decía que alguna vez no se ponía casco o cinturón, aunque fuese raramente, lo anotábamos como que no lo usaba. Registrábamos que era consumidor de drogas aunque dijese que solo lo hacía ocasional o raramente; y que consumía su grupo de amigos aunque dijese que solo lo hacían algunos.

Análisis estadístico

La edad, el índice de masa corporal (IMC) y la tensión arterial media (TAM) se recogieron como variables cuantitativas y se describen como media aritmética y desviación estándar. El resto de las variables se recogieron como cualitativas y se describen porcentajes.

Para comparar las variables cualitativas utilizamos la prueba chi-cuadrado o en su caso la prueba exacta de Fisher. Empleamos la regresión lineal simple para estudiar la relación entre el IMC y la TAM. Calculamos el IC y fijamos el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. Comparamos el grupo de respondedores y no respondedores con las variables, edad, sexo y nivel socioeconómico, utilizando la prueba chi-cuadrado. El análisis estadístico se hizo mediante el paquete estadístico SPSS 11.5



Esquema general del estudio Estudio descriptivo transversal para conocer los hábitos de vida y factores de riesgo de los adolescentes mediante entrevista clínica estructurada con respuestas abiertas

Resultados

De los 204 adolescentes, respondieron a la convocatoria 142 (30,4% de pérdidas). El número de excluidos por dirección incompleta fue del 16% (n=23) y por déficit cognitivo el 2,8% (n=4). Las características de los sujetos respondedores se pueden ver en la **tabla 1**. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de respondedores y no respondedores en función de la edad, sexo y nivel socioeconómico.

La **tabla 2** resume los principales resultados. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 42,2% (IC95%: 34,1–50,4%), sin diferencias significativas según el sexo y la edad. El IMC y la TAM presentaban una correlación positiva (r=0,4; p<0,01).

Consumen fruta ≥ 2 veces al día el 25,9% y verduras todos los días el 42,2%, sin diferencias significativas según el sexo y la edad. Solo consumen frutas y/o verduras ≥ 3 veces/día el 21,1%, no siendo significativas las diferencias en función del sexo (p=0,28). Toman lácteos ≥ 3 veces/día el 42,2%, no existiendo diferencias significativas según sexo (p=0,07).

La práctica regular de deporte es más frecuente en los varones (OR: 4,83; IC95%: 2,36 – 9,91) y a los 16 años (p=0,008).

Los factores que influyen en los hábitos de beber y fumar pueden verse en la **tabla 3**. Todos los adolescentes fumadores tenían amigos fumadores en su grupo. No encontramos diferencias significativas en la frecuencia de fumadores según el sexo (p=0,33), las notas en los estudios (p=0,71) ni el consumo en los padres (p=0,14). Sin embargo, la asociación con el nivel socioeconómico bajo (p=0,012) y que los amigos fuesen fumadores (p<0,005) fue significativa.

No han bebido nunca el 43,5% (IC95%: 36–52%). El 34,1% de los varones beben ≥ 5 UBA/día de fin de semana y el

Tabla 1 Características de los adolescentes de la muestra que respondieron a la encuesta (n=142)

	n	%
Sexo		
Varones	68	47,9
Mujeres	74	52,1
Edad^a		
16 años	50	35,2
17 años	57	40,1
18 años	35	24,7
Nivel socioeconómico		
Medio	121	85
Bajo	21	15
Acompañante padre y/o madre		
No estudian	107	75,4
Estudian	32	22,5
Notas si estudian		
Buenas	92	55
Malas	50	45
No confianza con los padres		
Fuma padre y/o madre	38	27
Información sobre anticonceptivos	67	47,2
Relaciones sexuales	132	93
Amigos fumadores	66	45,5
Amigos consumidores otras drogas ^b	100	70,4
Conducen moto	52	36,6
Índice de masa corporal: media (DE)	37	26,1
Tensión arterial media: media (DE)	23,3 (3,7)	93,8 (9,2)

^a Media 16,8 años. DE: 0,77 años.

^b Otras drogas distintas a tabaco y alcohol.

Tabla 2 Prevalencias de hábitos y factores de riesgo

	n	%	IC95%
Sobrepeso	17	12,0	10,6–13,4
Obesidad	43	30,3	22,7–37,9
Consumo fruta <1 vez al día	77	54,2	46–62
Consumo verduras <1 vez al día	82	57,8	49,8–65,8
Consumo lácteos <1 vez al día	35	24,5	20,5–34,5
No practican deporte con regularidad	69	48,6	47–54
Fumadores	31	21,8	15–29
Bebedores	80	56,3	48–64
Bebedores ≥ 5 UBA/fin de semana	17	21,3	12,3–30,2
Consumidores de otras drogas	15	10,6	6–16
Relaciones sexuales sin anticonceptivo	17	12,1	4–20
Conductores sin uso del casco	5	12,4	7–17
Conducción alguna vez bebido	9	24,2	19–29
Montado con conductor bebido	28	19,8	13–27
Algunas veces no uso cinturón de seguridad	19	13,4	7–19
Síntomas depresivos	29	20,4	13,8–27,1
Ideas de suicidio en síntomas depresivos	5	17,2	3,5–31

UBA: la unidad básica de alcohol equivale a 10 grs.

Tabla 3 Factores que influyen en los hábitos de fumar y beber de los adolescentes

	OR	p	IC 95%
<i>Tabaco</i>			
Sexo: varón vs. mujer	1,48	0,334	0,67–3,30
Nivel socioeconómico: bajo vs. medio	3,38	0,012	1,27–9
Notas estudios: buenas vs. malas	1,2	0,71	0,46–3,18
Consumo amigos: sí vs. no		<0,005	
Abandono estudios: sí vs. no	2,88	0,015	1,20–6,86
Consumo padres: sí vs. no	1,82	0,144	0,81–4
<i>Alcohol</i>			
Sexo: varón vs. mujer	1,46	0,27	0,75–2,84
Nivel socioeconómico: bajo vs. medio	1,31	0,58	0,51–3,39
Notas estudios: malas vs. buenas	1,10	0,81	0,51–2,33
Abandono estudios: sí vs. no	3,57	0,005	1,43–8,94

61% \geq 3 UBA, frente al 7,7% y 33,3% de las mujeres, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de consumidores de alcohol según la edad, nivel socioeconómico ni notas en los estudios. El consumo de alcohol se asoció a haber abandonado los estudios (OR: 3,57; IC95%: 1,13–8,94). La asociación entre el hábito de beber y el de fumar tenía una OR: 2,23 (IC95%: 0,95–5,29).

La asociación entre adolescente consumidor de drogas y consumo en el grupo de amigos tenía una OR: 2,35 (IC95%: 0,92–6,00). Habían recibido información sobre infecciones de transmisión sexual el 88,03% (IC95%: 83–93%) y sobre anticonceptivos por sus padres el 37,3% (IC95%: 29–45%). Pidieron consejo anticonceptivo 24,3% (n=18) de las mujeres, ofrecimos apoyo emocional al 19,7% (n=28) y consejos dietéticos al 11,8% (n=16).

Discusión

Nos hemos basado para la entrevista clínica en la integración de distintos cuestionarios^{6–8} utilizados habitualmente en el ámbito de atención primaria, sin haber sido validados ninguno de ellos ni tampoco el nuestro. No conocemos el nivel de sinceridad de los adolescentes en la entrevista clínica presencial con su médico comparado con un cuestionario anónimo.

Al ser tan pequeño el número de adolescentes con nivel socioeconómico bajo y menor también el número de adolescentes respondedores de 18 años, pensamos que estos factores pueden haber influido en nuestros resultados.

Pensábamos que si acompañaba alguno de los padres al adolescente, la participación iba a ser menor pues requería acordar la agenda entre ambos. Sin embargo, a diferencia de otros estudios en que acudieron mayoritariamente solos⁹, la participación fue mayor, quizás por factores de tradición cultural.

Si los adolescentes con sobrepeso tienen un aumento del IMC con los años mayor que aquellos con normopeso^{10,11}, y existe una correlación positiva entre el IMC y la TAM¹², deberíamos colaborar como médicos de familia en implantar estrategias para prevenir la obesidad y detectar las cifras tensionales elevadas en esta etapa. Las prevalencias de sobrepeso son más altas en nuestro estudio que en nues-

tra comunidad autónoma (19,71%) y que en España (16,99%). Puede deberse a que hemos utilizado como referencia tablas americanas que parten de cifras ligeramente inferiores y ajustadas a cada edad¹³. La prevalencia de obesidad de nuestro estudio se iguala a la de Andalucía para la franja de edad de 15–17 años¹¹.

Los adolescentes comen menos porciones de fruta y verdura de las recomendadas¹⁴ y conforme aumentan en edad consumen cada vez menos¹⁵, abandonando nuestros hábitos alimentarios tradicionales por los de comida rápida¹⁷. Casi la mitad de nuestros adolescentes tenían un bajo consumo de lácteos¹⁶, lo que es importante dado que es menor en los niveles socioeconómicos inferiores¹⁸ y la repercusión en el capital mineral óseo conseguido.

Sospechamos una tendencia a hábitos sedentarios con significación de género pues la práctica de ejercicio físico regular disminuye conforme se aumenta en edad, siendo mayor su práctica en los varones que en las mujeres, datos que concuerdan con otros trabajos realizados¹⁹.

El porcentaje de fumadores se aproxima al de otras encuestas referidas a la franja de 18–24 años (26,89%)¹⁷, pero es mayor al encontrado en la franja de 15–18 años (15,6%)²¹ tal vez por incluir una edad menor a nuestro estudio. Observamos que algo más de la mitad de los adolescentes habían probado el tabaco alguna vez, coincidiendo con encuestas de nuestro entorno²². El hábito tabáquico de los adolescentes en nuestro estudio se relaciona significativamente con el nivel socioeconómico bajo^{22,23}, el abandono de los estudios y la pertenencia a un grupo de amigos con el mismo hábito, pero no encontramos diferencias significativas según el hábito de fumar de los padres como en otras encuestas²³, ni tampoco en función del sexo, confirmando la tendencia a igualarse el hábito de consumo e incluso ser superado por las mujeres en la franja de 16–24 años¹².

El porcentaje de bebedores en otras encuestas de nuestro entorno (58,5%)²⁴ se aproxima a los datos de nuestro estudio, siendo un año mayor la edad más frecuente de inicio del consumo en las mujeres que en la encuesta antes referida. No encontramos diferencias según el nivel socioeconómico, pero tal vez sea debido al pequeño porcentaje en nuestra muestra del nivel bajo que otros estudios asocian con el consumo de alcohol. Los varones bebían más unidades básicas

de alcohol que las mujeres, confirmando los datos de otras encuestas²³. Creemos importante señalar que un tercio de las bebedoras consuman al menos 3 UBA/d de fin de semana, pues en la evolución de la prevalencia de borracheras en las mujeres jóvenes se aprecia una tendencia al aumento²⁰ siendo actualmente casi igual entre sexos²⁴. Es de esperar que con la tendencia a que se igualen las UBA consumidas entre los sexos, la prevalencia de borracheras en mujeres aumente debido a su peculiar sistema de metabolización hepática.

Debido a que nuestra pregunta se refería a haber conducido bebido alguna vez, el porcentaje de adolescentes de nuestro estudio que lo ha hecho es un 10% mayor que en otros estudios en que la pregunta se refiere al último año²⁴. Sin embargo, cuando se refiere a haber montado con un conductor bebido, la prevalencia es ligeramente menor en nuestros resultados, tal vez por un sesgo de memoria al referirse a alguna vez.

Pensamos que el bajo porcentaje obtenido de consumidores de otras drogas comparado con otras encuestas anónimas²⁴ y la falta de asociación significativa con el consumo en el grupo de amigos, se puede deber a que manifestar su consumo en la entrevista individual desvelaría su condición de ilegalidad. Preguntar sobre consumo en el grupo de amigos nos ha acercado algo más a los datos de estas encuestas anónimas siendo más fiable este dato pues la disponibilidad en el ámbito donde se relaciona el adolescente es un factor de riesgo para su consumo²⁵.

A pesar de que la mayoría habían recibido educación sobre anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, solo un tercio de ellos manifestaron educación sexual en la familia. Los padres tienen un papel fundamental en la educación sexual de sus hijos y la prevención del VIH²⁶. La mitad de los entrevistados solo supieron mencionar el SIDA como única infección de transmisión sexual haciéndonos sospechar que la asimilación de los contenidos educativos sea escasa.

Al ser la respuesta abierta cuando les preguntamos si se ponen casco, puede haber ocurrido que la contestación afirmativa, no abarcase a siempre y por eso el bajo porcentaje de conductores sin uso de casco si lo comparamos con otros estudios²⁷. Tal vez la medida hubiese sido más fiable si las respuestas hubieran sido cerradas.

La depresión en los adolescentes es frecuente en atención primaria a pesar de que cuesta identificarla²⁸ porque el joven apenas expresa sus problemas emocionales, suele ser leve y el médico focalizarla en una sola dimensión²⁹. Los resultados de nuestro estudio son semejantes a los de otros realizados en parecido ámbito³⁰ en que se utilizó el test de Beck como cribado. Pensamos que al haber utilizado la entrevista individual en su conjunto y recoger en preguntas simples las dimensiones de humor, anergia y discomunicación, puede haber contribuido a su mejor detección.

No se ha conseguido detectar una mejora significativa en hábitos de riesgo después de una breve intervención realizada por los médicos de familia en la consulta a demanda³¹ y tampoco sabemos la efectividad de nuestras intervenciones dentro del contexto de la entrevista específica para el adolescente. Pero las demandas más expresadas en la entrevista, —planificación familiar y dieta—, así como las patologías más frecuentes detectadas, —sobrepeso y trastornos de ánimo—, acordes con otros estudios parecidos³⁰ puede que justifiquen nuestro rol activo.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

- Los adolescentes suelen consultar por procesos banales en la consulta y por problemas relacionados con su etapa de la vida en los servicios de urgencia.
- La mayoría de los estudios para conocer los factores de riesgo y hábitos de vida de los adolescentes utilizan encuestas anónimas en grandes grupos de población.
- La prevalencia de factores de riesgo y hábitos de vida nocivos para la salud de los adolescentes es muy alta.

Qué aporta este estudio

- La entrevista clínica estructurada adaptada a los adolescentes puede ayudar a conocer los factores de riesgo y hábitos de vida no detectados en otros entornos de atención sanitaria.
- La entrevista clínica estructurada nos proporciona prevalencias de los factores de riesgo y hábitos de vida nocivos semejantes a las encuestas anónimas salvo en consumo de drogas ilegales.
- La entrevista clínica estructurada puede facilitar otras demandas de salud y permitir el consejo breve individual.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. José Manuel Santos Lozano y Francisco Téllez por sus consejos. A los Drs. Jose Antonio Pérez Lorente y Fernando Ávila por la colaboración que han prestado en sus cupos.

Anexo. Material suplementario

Datos suplementarios asociados con este artículo pueden ser encontrados en la versión online [doi:10.1016/j.aprim.2010.02.008](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.02.008).

Bibliografía

1. Ruiz España A, García García JJ, Luances Cubells C, Garrido Romero R, Pau Fernández J. Enfermedades del adolescente en el Servicio de Urgencias. *An Pediatr (Barc)*. 2001;54:238–42.
2. XI Reunión Anual de la Sociedad Española de urgencias de pediatría (Seup). Disponible en: www.seup.org/pdf/XIreunionanual/poster/.
3. Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot Adell M, Megido Badía MJ, et al. Grupo de Expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre estilos de vida. *Aten Primaria*. 2005;36(Supl 2):27–46.

4. Soriano Faura FJ, Cortés Rico O, Delgado Domínguez JJ, Galbe Sánchez-Ventura J, Pericas Bosch J, Merino Moína M, et al. Grupo de Expertos del PAPPs. Programa de la infancia y la Adolescencia. *Aten Primaria*. 2007;39(Supl 3):151–61.
5. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/86 del 25 de abril. Ley General de Sanidad. 1986.
6. García-Tornel S, Gaspá J. Control de Salud en la población adolescente. *Pediatr Int*. 1997;2:285–95.
7. Questionari-guia d'atenció a l'adolescent. Grup treball Adolescència i salut. CAMFIC.
8. Cohen E, Mc Kenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psicosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health*. 1991;12:539–44.
9. Knishkowsky B, Schein M, Kiderman A, Velber A, Edman R, Yaphe J. Prevention adolescent health in family practice: a program summary. *Scientific World Journal*. 2006;6:619–27.
10. Lagström H, Hakanen M, Minikoski H, Vilkari J, Rönnemaa T, Saarinen M, et al. Growth patterns and obesity development in overweight or normal-weight 13-year-old adolescents: the STRIP study. *Pediatrics*. 2008;122:e876–83.
11. Encuesta Nacional de Salud 2006: estilos de vida y prácticas preventivas. Ministerio de Salud y Consumo e INE 2009. Madrid. España. Disponible en: www.ine.es/ineinfo.
12. Sánchez Zamorano LM, Salazar Martínez E, Amaya Ocampo R, Lezcano Ponce E. Body mass index associated with elevated blood pressure in Mexican school-aged adolescents. *Prev Med*. 2009;48:542–8.
13. Disponible en: www.cdc.gov/growthcharts Publicado el 20 mayo 2000. Modificado el 16 octubre 2000.
14. Guenther PM, Dodd KW, Reedy J, Krebs-Smith SM. Most American eat much less than recommended amounts of fruits and vegetables. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:1364–8.
15. Lorson BA, Melgar-Quinonez HR, Taylor CA. Correlates of fruit and vegetable intakes in US children. *J Am Diet Assoc*. 2009;109:474–8.
16. Samuel S, Gidding BA, Dennison LL, Birch SR, Daniels MW, Gilman AH, et al. Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners: Consensus Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2005;112:2061–75.
17. INE. Encuesta Nacional de Salud 2006. Estilos de vida y prácticas preventivas. Madrid. España. Disponible en: www.ine.es.
18. Larson NI, Story M, Wall M, Neumark-Sztainer D. Calcium and dairy intakes of adolescents are associated with their home environment, taste preferences, personal health beliefs, and meal patterns. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:1816–24.
19. Nader PR, Bradley RH, Houts RM, McRitchie SL, O'Brien M. Moderate to vigorous physical activity from ages 9 to 15 years. *J Am Med Assoc*. 2008;300:295–305.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08 octubre 2008. Disponible en: www.pnsd.msc.es.
21. Aburto Barrenechea M, Esteban González C, Quintana López JM, Bilbao González A, Moraza Cortés FJ, Capelastegui Saiz A. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:357–66.
22. Solberg LI, Asche SE, Boyle R, McCarty MC, Thoele MJ. Smoking and cessation behaviours among young adults of various educational backgrounds. *Am J Public Health*. 2007;97:1354–6.
23. Kovacs FM, Gestoso García M, Oliver-Frontera M, Gil del Real Calvo MT, López Sánchez J, Mufraggi Vecchierini N, et al. La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82. N° 6.
24. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas medias (ESTUDES) 1994–2008. Disponible en: www.pnsd.msc.es/estudes2007-2008.
25. Tarter RE, Vanyukov M, Kiriski L, Reynolds M, Clark DB. Predictors of marijuana use in adolescents before and after licit drug use: examination of the gateway hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2006;163:2134–40.
26. Dilorio C, McCarty F, Resnicow K, Denzmore P. REAL men: a group randomized trial of an HIV prevention intervention for adolescent boys. *Am J Public Health*. 2007;97:1084–9.
27. Instituto de Seguridad Vial de Fundación MAPFRE. Disponible en www.fundacionmaphre.com.
28. Ras Vidal E, Briones Carcedo O. Loa trastornos de ánimo en los adolescentes de un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;34:565.
29. Dos Santos Pallazo L, Humberto Beria J, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria*. 2001;28:543–9.
30. Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;29:329–36.
31. Leverage RR, Martínez M, Whister S, Romero-Leggott V, Harji F, Milner M, et al. Does office-based counselling of adolescents and young adults improve self-reported safety habits? A randomized controlled effectiveness trial. *Journal Adolesc Health Care*. 2005;36:523–8.