



## **Utilidad de una metodología educativa para la atención a los adolescentes tempranos vulnerables al consumo de bebidas alcohólicas.**

*Usefulness of an educational methodology for the attention to the early adolescents vulnerable to the consumption of alcoholic beverages.*

**Tania Borrás Santiesteban.**

Doctora en Ciencias Médicas, Máster en Atención Integral al Niño, Investigador Agregado. Policlínico: Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín. Cuba

Correspondencia: [taniabhlg@infomed.sld.cu](mailto:taniabhlg@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción.** El uso del alcohol en la adolescencia temprana causa daños físicos, psicológicos y sociales, incluyendo discapacidad y muerte. Determina terribles consecuencias globales, implícitas a su uso indebido, es responsable de la transformación de la conciencia, la personalidad y el comportamiento. **Objetivo.** Evaluar la utilidad de una metodología educativa para la atención a los adolescentes tempranos vulnerables al consumo de bebidas alcohólicas según indicadores de estructura, proceso y resultados. **Método.** El universo estuvo constituido por los 1 627 adolescentes de 10 a 14 años que asistían a las escuelas seleccionadas. La muestra se eligió a través de un muestreo aleatorio simple, quedó conformada por 268 adolescentes. Se aplicaron las pruebas estadísticas: prueba de hipótesis chi cuadrado, Odds Ratio (OR) y la prueba de los signos. **Resultados.** El criterio de estructura se evaluó en un 88,2 %, el de proceso en un 90,9 % y el de resultados en un 100 %, estos valores al superar el 80,0 % como estándar establecido permitieron considerar la utilidad de la metodología. **Conclusiones.** Se demostró que la metodología propuesta tiene utilidad práctica y permitió una mejor atención a los adolescentes tempranos vulnerables al consumo de bebidas alcohólicas. Se obtuvo modificación favorable de la intensidad del riesgo y de los criterios de la atención. La metodología se apoya en una nueva concepción que evidencia el rol protagónico del pediatra conjuntamente con el médico de familia como base del proceso. Resulta de valor la utilización de intervenciones multicomponentes.

*Palabras clave: metodología, adolescentes tempranos, consumo de bebidas alcohólicas.*

## **ABSTRACT**

Introduction. Alcohol use in early adolescence causes physical, psychological, and social harm, including disability and death. Determines terrible global consequences, implicit to its misuse, is responsible for the transformation of consciousness, personality and behavior. Objective. To evaluate the usefulness of an educational methodology for the attention to the early adolescents vulnerable to the consumption of alcoholic beverages according to indicators of structure, process and results. Method. The universe consisted of the 1,627 adolescents aged 10 to 14 who attended the selected schools. The sample was chosen through simple random sampling, made up of 268 adolescents. Statistical tests were applied: chi square hypothesis test, Odds Ratio (OR) and test of signs. Results. The structure criterion was evaluated in 88.2%, the process in 90.9% and the results in 100%. These values, exceeding 80.0% as an established standard, allowed us to consider the usefulness of the methodology. Conclusions. It was shown that the proposed methodology has practical utility and allowed better attention to early adolescents vulnerable to the consumption of alcoholic beverages. Favorable modification of the intensity of the risk and of the criteria of care was obtained. The methodology is based on a new conception that shows the protagonist role of the pediatrician together with the family doctor as the basis of the process. The use of multicomponent interventions is of value.

*Keywords: methodology, early adolescents, consumption of alcoholic beverages.*

## **INTRODUCCIÓN**

Los adolescentes crecen hasta la edad adulta influenciados por la familia, la escuela, los compañeros, la comunidad, la sociedad y la cultura, los que determinan su salud y bienestar presente y futuro.<sup>1</sup>

En relación al consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, en estudio realizado en Estados Unidos<sup>2</sup>, se plantea que las estrategias de intervención deben enfocarse hacia estos determinantes pues este grupo de edad decide consumir, no sólo por sus características personales, sino también porque es una parte de la vida cotidiana en sus comunidades, en los compañeros y en los hogares. La autora considera que los cambios biopsicosociales presentes en ellos los exponen a conductas de riesgo, a que posean baja percepción de este, a que el hábito se presente a edades cada vez más tempranas, en fin que existen condiciones que favorecen la modificación de patrones del comportamiento.

Entre las intervenciones preventivas que han demostrado su efectividad se encuentran intervenciones breves para el control y reducción del consumo de alcohol en los centros de atención primaria.<sup>3</sup> A pesar de ser efectivas no se han utilizado suficientemente en el nivel

primario de atención, específicamente en relación con el consumo de bebidas alcohólicas y menos aún mediante el rol protagónico del pediatra conjuntamente con el médico de familia, a pesar de existir fortalezas que permitan su puesta en práctica.

Se han realizado múltiples estudios de intervención <sup>4</sup>, pero en su mayoría no incluyen el periodo de la adolescencia temprana y predominan los enfocados hacia algunos determinantes como familia, grupo de iguales, familia y grupo de iguales, escuelas, y comunidad, pero muy pocos han orientado las acciones preventivas hacia todos los determinantes de forma conjunta, además gran parte de ellos las han realizado a través de programas y no de metodologías, encontrándose algunos en el contexto internacional; a nivel nacional con el criterio de búsqueda de intervención y alcoholismo en la base de datos CUMED (Cuba) se encontraron 70 documentos, incluidos tesis, muy pocos relacionados con la infancia y la adolescencia. <sup>5,6</sup>

La necesidad e importancia de intervenciones para la reducción y el control de esta conducta se justifica por los efectos nocivos que ocasiona el consumo de bebidas alcohólicas. <sup>7</sup>

No se encontró la existencia de algún procedimiento que defina cómo enfrentar el problema de manera ordenada y práctica en los adolescentes tempranos; por lo que se consideró necesario e importante el diseño de una metodología que permitiera favorecer la atención a este grupo de edad vulnerable al consumo de bebidas alcohólicas que incluya acciones dirigidas a los determinantes implicados y que evidencie el rol protagónico del pediatra conjuntamente con el médico de familia. El objetivo de este trabajo es determinar la utilidad de la metodología educativa a través de su aplicación en la práctica: a los administrativos de la salud, pediatras, médicos de familia, personal de educación, padres y a los adolescentes que constituyeron la muestra.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Previamente se realizó una investigación en la que se diseñó una metodología (Anexo 1) para favorecer la atención a los adolescentes tempranos vulnerables al consumo de bebidas alcohólicas. Para darle continuidad a la misma, en el presente estudio se aplicará y determinará la utilidad de dicha metodología en la práctica. Se estructuró en pasos para su mejor comprensión; el primer y segundo paso corresponden a la aplicación y el tercer, cuarto y quinto a su evaluación.

**Primer paso**, la población se caracterizó mediante un estudio descriptivo transversal. El universo estuvo constituido por los 1 627 adolescentes de 10 a 14 años que asistían a las cuatro escuelas pertenecientes al Consejo Popular ocho del área de salud Mario Gutiérrez Ardaya, del municipio Holguín, provincia Holguín, Cuba. La muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple, quedó conformada por 268 adolescentes, a ella se le aplicó

un cuestionario en septiembre de 2015 (Anexo 2), para el diseño del cuestionario se revisaron otros validados como el cuestionario sobre el comportamiento de conductas de riesgo aplicado en Estados Unidos en los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, el IRPA (instrumento epidemiológico para identificar problemas relacionados con el alcoholismo), el AUDIT (instrumento más reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para identificar problemas relacionados con el alcohol, entre otros). Se seleccionaron algunos ítems, se adaptaron al contexto cubano, se diseñó el cuestionario por la autora, el cual fue validado a través de ensayo piloto. Se consideraron como criterios de inclusión los que residían en el Consejo Popular seleccionado y que estuvieran de acuerdo en participar en la investigación y como criterio de exclusión los que vivían en otra área. Se determinó el riesgo en el adolescente en cada determinante: familia, escuela, comunidad y adolescentes y después la clasificación general del mismo teniendo en cuenta todos ellos de forma conjunta, en: no riesgo, bajo, mediano y alto. En relación con los criterios de la atención, se clasificó en: muy buena, buena, regular y mala según la operacionalización realizada (Anexo 3).

Para el **segundo paso**, se realizó un estudio de intervención cuasiexperimental, diseño del estudio: modalidad antes-después, sin grupo control, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional (los adolescentes de riesgo), en la investigación todos se clasificaron como tal. Se implementó la metodología a: los 12 médicos de familia que laboraban en el Consejo Popular seleccionado, al pediatra del otro Grupo Básico de Trabajo (GBT), los seis administrativos del área de salud, los 94 trabajadores de educación que laboran en las escuelas seleccionadas, 268 familiares y a los 268 adolescentes que constituyeron la muestra desde septiembre hasta diciembre de 2015.

Seis meses después se utilizó un cuestionario similar con las variables susceptibles de modificación, que fue aplicado al mismo grupo de adolescentes (262) debido a que seis se trasladaron de escuela, estos resultados permitieron determinar la clasificación del riesgo y de la atención después de la implementación, de la misma forma que se realizó en el primer paso (Anexo 4).

El **tercer paso** fue la evaluación de estructura teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos materiales (metodologías, literatura de consulta y compilación bibliográfica), disponibilidad de recursos humanos (equipo para la aplicación), las condiciones de los locales (ruido, espacio, iluminación y ventilación) y los medios de enseñanza utilizados (pizarra, borradores, tizas, lámina, dibujo esquemático, folletos, plegables, audiovisual y computadoras). El análisis de estas variables se realizó teniendo en cuenta el anexo 5 y 6.

El **cuarto paso** correspondió a la evaluación de proceso, los aspectos que se analizaron fueron: el número de participantes en las actividades; el cumplimiento de las actividades

según cronograma; el cumplimiento de las funciones de los integrantes del equipo responsable de la aplicación; la calidad de las actividades y el dominio de las técnicas participativas. El análisis de estas variables se realizó teniendo en cuenta el anexo 5.

El **quinto paso** correspondió a la evaluación según criterios de resultados mediante el estudio comparativo antes y después de la implementación. Se determinó la modificación del riesgo y de los criterios en relación con la atención. El análisis de estas variables se realizó teniendo en cuenta el anexo 5.

La metodología se evaluó según criterios de estructura, proceso y resultados.<sup>8</sup> El estándar fijado para definir la utilidad de la metodología fue igual o mayor de un 80,0 %.

Para procesar la información se confeccionó una base de datos automatizada. Se utilizó el programa SPSS versión 15,0 para Windows. Se aplicaron de la Estadística descriptiva: las tablas de distribución de frecuencia simple, números absolutos y porcentajes y de la inferencial las pruebas estadísticas: prueba de hipótesis chi cuadrado para determinar la asociación entre las enseñanzas primaria y secundaria y el riesgo de la presencia o no del consumo de bebidas alcohólicas; para determinar la intensidad de dicha relación se determinó Odds Ratio (OR) y se utilizó la prueba de los signos para comparar la modificación del riesgo en los adolescentes y los criterios de la atención antes y después de la aplicación. Se trabajó con un nivel de confianza de un 95 %.

La investigación se basó en los principios éticos de la Declaración de Helsinki; se incluyeron los consentimientos informados de los adolescentes y familiares.

## **RESULTADOS**

En la aplicación de la metodología participaron los administrativos del policlínico, el pediatra del otro Grupo Básico de Trabajo, los médicos de familia que laboraban en el Consejo Popular seleccionado, los educadores de las escuelas, los adolescentes que constituyeron la muestra y los familiares de estos, predominó el sexo femenino en todos los determinantes excepto en los administrativos que se comportó de manera similar y en relación con el pediatra del otro GBT que era masculino.

### **Resultados antes de la aplicación de la metodología (de la intervención). Primer paso**

En relación con la clasificación del riesgo en el adolescente al tener en cuenta el determinante familia: predominaron los que se clasificaron como no riesgo en las dos enseñanzas (55,6 %), el porcentaje fue mayor en la secundaria con el 59,9 %. De los clasificados como riesgo predominaron los de bajo riesgo de modo general (22,4 %).

Al aplicar la prueba chi cuadrado ( $\chi^2$ ) se demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre la enseñanza y el riesgo de consumir bebidas alcohólicas en relación con

el determinante familia y como el OR es menor que uno, se considera que la secundaria constituye un factor protector para la presencia de la conducta (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación del riesgo en el adolescente según la enseñanza y el determinante familia antes de la intervención.

Enseñanzas	Riesgo									
	Alto		Mediano		Bajo		No riesgo		Total	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	%
Primaria	4	4,9	18	22,2	22	27,2	37	45,7	81	100
Secundaria	8	4,3	29	15,5	38	20,3	112	59,9	187	100
Total	12	4,5	47	17,5	60	22,4	149	55,6	268	100
$\chi^2=4,1$		p=0,04		OR=0,6		IC=0,33-0,95				

\* Porcentaje calculado en base al total marginal de fila.

Al analizar el riesgo en los adolescentes según el determinante escuela, predominó la categoría de no riesgo (85,1 %), fue mayor el porcentaje en la primaria (95,1 %), no se clasificó ningún adolescente como alto riesgo, aunque predominaron los no riesgo se debe hacer énfasis en la realización de acciones con este grupo para evitar la aparición de la conducta en los que aún no practican el hábito. De acuerdo con los resultados de  $\chi^2$  al comparar la enseñanza y el riesgo de consumir bebidas alcohólicas en relación con el determinante escuela, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas y como el OR fue de 4,6, se demostró que los adolescentes que cursan la secundaria tienen 4,6 veces más probabilidad del consumo en comparación con los que están en la primaria (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación del riesgo en el adolescente según la enseñanza y el determinante escuela antes de la intervención

Enseñanzas	Riesgo									
	Alto		Mediano		Bajo		No riesgo		Total	
	No.	% *	No.	% *	No.	%*	No.	% *	No.	%
Primaria	0	0,0	0	0,0	4	4,9	77	95,1	81	100
Secundaria	0	0,0	5	2,7	31	16,6	151	80,7	187	100
Total	0	0,0	5	1,9	35	13,0	228	85,1	268	100

$x^2=8$

$p=0,04$

$OR=4,6$

$IC=1,58-13,4$

\* Porcentaje calculado en base al total marginal de fila.

Al analizar el riesgo en los adolescentes según el determinante comunidad, se obtuvo que predominaron los de mediano riesgo (37,4 %); en la primaria los bajo (34,5 %) y se detectaron dos adolescentes de alto riesgo (2,5 %), todo ello indica la importancia de la atención que debe garantizarse a este nivel de enseñanza. En la secundaria predominó el mediano (39,8 %) y se encontraron 22 adolescentes (11,8%) con alto riesgo, constituye esto una alerta en la diferenciación de los cuidados que deben garantizarse a estos adolescentes, que muchos de ellos tal vez iniciaron el consumo a inicios de la adolescencia temprana.

Con la aplicación de  $x^2$  se obtuvo que hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la enseñanza y el riesgo de consumir bebidas alcohólicas en relación con el determinante comunidad y como el OR fue de 2 se demostró que los adolescentes que se encuentran en la secundaria tienen aproximadamente dos veces más probabilidad del consumo en comparación con los que están en la primaria. Un adolescente no respondió por lo que se muestra una totalidad de 267 (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación del riesgo en el adolescente según la enseñanza y el determinante comunidad antes de la intervención

Enseñanzas	Riesgo									
	Alto		Mediano		Bajo		No riesgo		Total	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	%
Primaria	2	2,5	26	32,1	28	34,5	25	30,9	81	100
Secundaria	22	11,8	74	39,8	56	30,1	34	18,3	186	100
Total	24	9,0	100	37,4	84	31,5	59	22,1	267	100

$x^2= 4,5$

$p=0,03$

$OR=2$

$IC=1,09 - 3,64$

\* Porcentaje calculado en base al total marginal de la fila.

En la clasificación del riesgo, según el determinante adolescente, predominó el mediano riesgo (51,8 %). En la primaria fue mayor el bajo (55,5 %) y en la secundaria el mediano (56,2 %), sin obviar que en este último nivel de enseñanza se encontró el 17,6 % con alto riesgo. Estos resultados pueden deberse a que en la medida que avanza la edad, las características propias del tránsito de la primaria a la secundaria, la mayor independencia, el predominio del grupo de iguales sobre su individualidad, entre otros factores, influyen en la intensidad del riesgo.

De acuerdo con los resultados de la prueba de  $\chi^2$  se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, al comparar la enseñanza con la intensidad del riesgo en relación con el determinante adolescente y como el OR fue de 3,5 se observó que los que cursan la secundaria tienen 3,5 veces más probabilidad de presentar las categorías de mayor riesgo (alto y mediano) en comparación con los que están en la primaria (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación del riesgo en el adolescente según la enseñanza y el determinante adolescentes antes de la intervención.

Enseñanza	Riesgo							
	Alto		Mediano		Bajo		Total	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	%
Primaria	2	2,5	34	42,0	45	55,5	81	100
Secundaria	33	17,6	105	56,2	49	26,2	187	100
Total	35	13,1	139	51,8	94	35,1	268	100
$\chi^2=20,1$		p=0,00		OR=3,5		IC=2,04 - 6,08		

\* Porcentaje calculado en base al total marginal de la fila.

La clasificación general del riesgo en los adolescentes tempranos se determinó según los determinantes analizados que influyen en la presencia de la conducta de manera conjunta. Antes de la aplicación de la metodología todos los adolescentes se clasificaron de riesgo, predominaron los de bajo riesgo (53,0 %) y al analizar cada una de las enseñanzas también predominó esta categoría, pero el porcentaje fue mayor en la primaria (66,7 %) que en la secundaria (47,1 %) (Tabla 5).

Tabla 5. Clasificación general del riesgo en el adolescente según la enseñanza y los determinantes en su conjunto antes de la intervención

Enseñanzas	Riesgo							
	Alto		Mediano		Bajo		Total	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	%
Primaria	1	1,2	26	32,1	54	66,7	81	100
Secundaria	18	9,6	81	43,3	88	47,1	187	100
Total	19	7,1	107	9,9	142	53,0	268	100

En relación con la atención, según criterios de los adolescentes, predominaron los que la consideraron regular (47,8 %). En la primaria predominó el criterio de buena (47,0 %), pero

muy poca diferencia en relación con el criterio de regular (45,6 %) y en la secundaria predominó el criterio de regular (48,7 %) (Tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de la atención según criterios de los adolescentes y la enseñanza antes de la intervención

Enseñanzas	Atención									
	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	%
Primaria	6	7,4	38	47,0	37	45,6	0	0,0	81	100
Secundaria	18	9,6	76	40,6	91	48,7	2	1,1	187	100
Total	24	9,0	114	42,5	128	47,8	2	0,7	268	100

\* Porcentaje calculado en base al total marginal de la fila.

### Resultados después de la aplicación de la metodología (de la intervención).

#### Segundo paso

Se exponen en la evaluación de criterios de resultados (estudio comparativo antes y después de la aplicación).

#### Evaluación de la metodología según criterios de estructura (Tercer paso)

Se distribuyeron metodologías impresas (30) y en soporte digital en las direcciones y bibliotecas del policlínico y escuelas, además, literatura de consulta y una compilación bibliográfica de los temas que se analizaron en las actividades de capacitación en soporte magnético, se comprobó la presencia de su totalidad para el 100 %. El equipo seleccionado para la aplicación estuvo completo (100 %).

Se realizaron 157 actividades, en la evaluación de los aspectos espacio y ruido se obtuvo un resultado por encima del estándar; la iluminación y la ventilación resultaron inferiores al estándar fijado. El indicador condiciones de los locales representó el 85,2 %. La utilización de los medios de enseñanza representó el 99,4 %.

En la evaluación del criterio de estructura los cuatro indicadores que se analizaron estuvieron por encima del 80,0 % que fue el estándar fijado (Tabla 7).

Tabla 7. Evaluación de estructura según indicadores evaluados y estándar

Indicadores	Estándar	Resultado	Evaluación
Recursos materiales	80,0 %	100,0 %	Utilidad
Recursos humanos	80,0 %	100,0 %	Utilidad

Condiciones de los locales	80,0 %	85,2 %	Utilidad
Medios de enseñanza	80,0 %	99,4 %	Utilidad

### **Evaluación de la metodología según criterios de proceso (Cuarto paso)**

Se analizó el número de participantes en cada actividad. En relación con los profesionales de la salud, la participación general representó el 87,9 %. En la escuela se obtuvo el 88,8 %. En relación con los adolescentes, la participación fue del 95,0 %. El indicador número de participantes (primer indicador), al tener en cuenta todos los determinantes, representó el 83,1 %. La participación de los profesionales de la salud, la escuela y los adolescentes superó el estándar fijado, no así en la familia que representó un 60,5 %.

En cuanto al cumplimiento de las actividades según cronograma y determinantes (segundo indicador), todas se cumplieron por encima del estándar, de ellas los profesionales de la salud, la escuela y la familia en el 100 %. Las incumplidas correspondieron a los adolescentes (92,9 %). Estas actividades se recuperaron, pero en otras fechas que no correspondieron con las previstas en el cronograma diseñado. La evaluación general correspondió al 98,2 %.

Respecto al cumplimiento de las actividades de las que era responsable cada agente implicado (tercer indicador) representó el 100 % porque los integrantes del equipo desarrollaron todas las acciones que se les asignaron.

En relación con la calidad de cada actividad (cuarto indicador) todos respondieron de forma afirmativa para el 100 %.

La evaluación del dominio del desarrollo de las técnicas participativas (quinto indicador) se realizó en la etapa tres, pues era necesario identificar el conocimiento de las habilidades de los médicos de familia y pediatra para considerar la preparación de quienes debían capacitar a la familia y los adolescentes, predominó la calificación de bien en los cuatro aspectos evaluados que representó el 80,8 %. Estos valores al superar el 80,0 % permiten considerar la utilidad de la metodología acorde a los criterios de proceso (Tabla 8).

Tabla 8. Evaluación de proceso según los indicadores a tener en cuenta y estándar

<b>Indicadores</b>	<b>Estándar</b>	<b>Resultado</b>	<b>Evaluación</b>
Participantes en las actividades	80,0 %	83,1 %	Utilidad
Cumplimiento de actividades según cronograma y dimensión	80,0 %	98,2 %	Utilidad
Cumplimiento de actividades por cada agente implicado	80,0 %	100,0 %	Utilidad

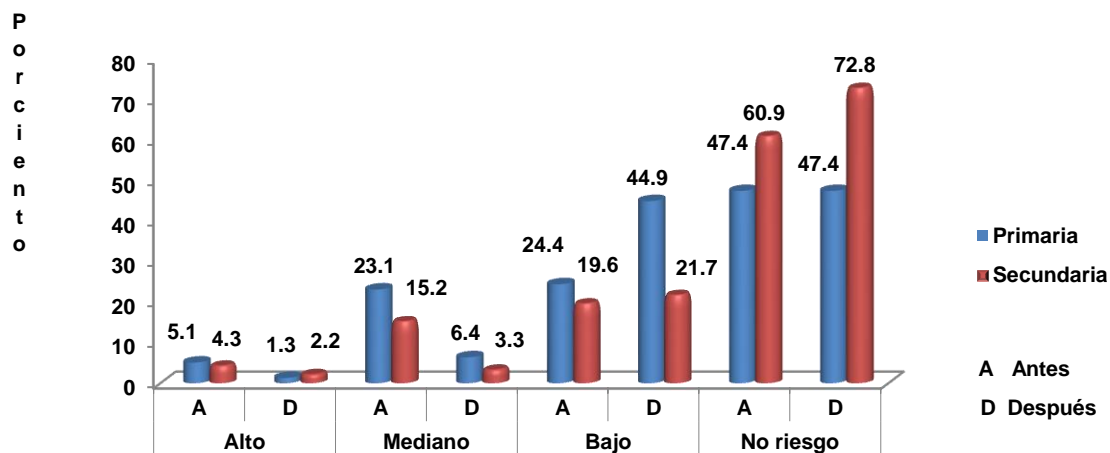
Calidad de las actividades según criterios de los participantes	80,0 %	100,0 %	Utilidad
Evaluación de las técnicas participativas	80,0 %	80,8 %	Utilidad

### Evaluación de la metodología según criterios de resultados (Quinto paso)

Se basó en los resultados del estudio comparativo antes y después de la aplicación. Antes de la aplicación se demostró según la prueba de hipótesis chi cuadrado que existe asociación estadísticamente significativa entre las enseñanzas primaria y secundaria y el riesgo de consumo de bebidas alcohólicas y teniendo en cuenta los resultados de OR, se consideró que en el determinante familia la secundaria se comporta como un factor protector; y en los determinantes escuela, comunidad y adolescentes se considera un factor de riesgo por lo que los que cursan la secundaria tienen más probabilidad para la presencia de la conducta en relación con los que cursan la primaria.

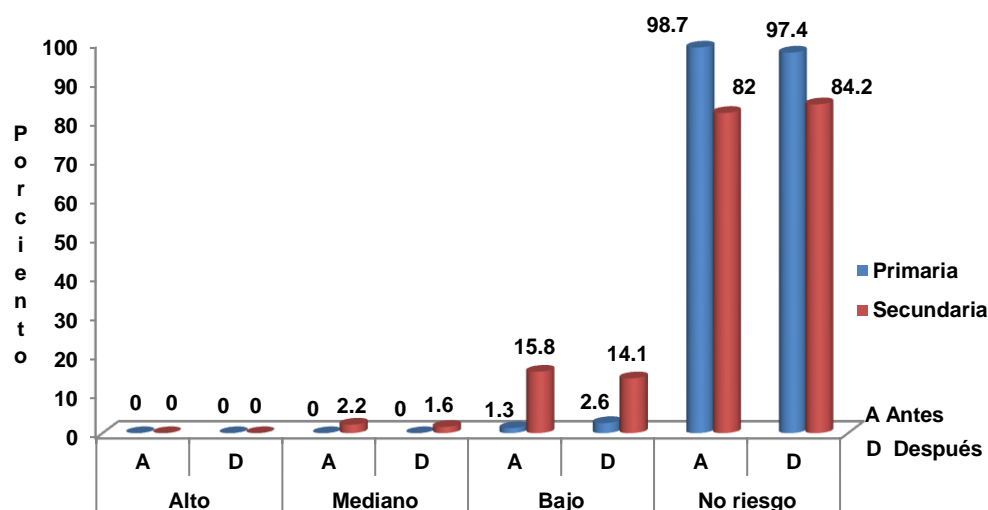
**Determinante familia:** después de la aplicación de la metodología disminuyó el consumo en la familia. La modificación del riesgo en los adolescentes según el consumo en este determinante evidenció que los no riesgo se incrementaron, lo que demuestra modificación satisfactoria (Gráfico 1).

Gráfico 1. Clasificación del riesgo en el adolescente antes y después de la intervención según la enseñanza y el determinante familia



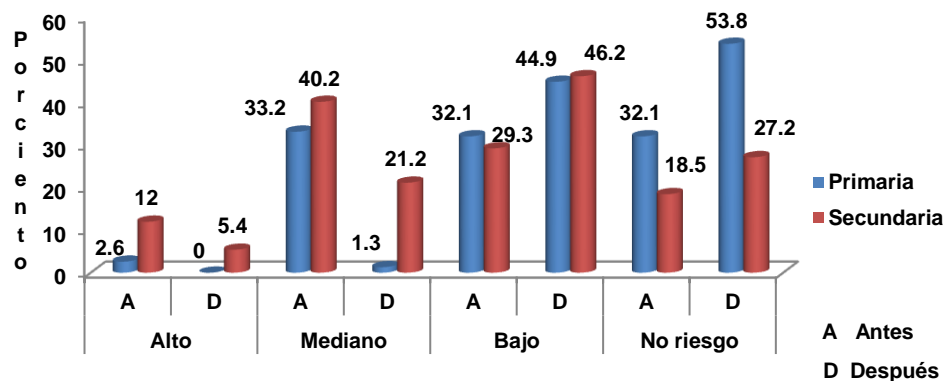
**Determinante escuela:** según el consumo en estas instituciones predominó la categoría de no riesgo. De los de riesgo, en la primaria se mantuvo la ausencia del alto y el mediano y se aumentó el bajo; en la secundaria no se encontraron adolescentes de alto riesgo y disminuyeron los de mediano y bajo riesgo (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Clasificación del riesgo en el adolescente antes y después de la intervención según la enseñanza y el determinante escuela**



**Determinante comunidad:** la categoría de no riesgo se incrementó; entre los de riesgo: disminuyeron los de alto y mediano y se incrementaron los de bajo de modo general y en cada una de las enseñanzas en particular (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Clasificación del riesgo en el adolescente antes y después de la intervención según la enseñanza y el determinante comunidad**

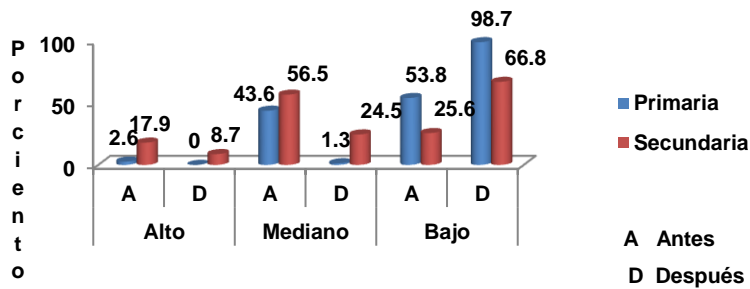


**Determinante adolescentes:** en el análisis del riesgo en este determinante, se obtuvo que todos fueron de riesgo, la mayor modificación se presentó en el bajo riesgo de manera favorable, disminuyó el alto y el mediano. En la primaria disminuyó el alto y el mediano y se incrementó el bajo riesgo, comportamiento similar se presentó en la secundaria.

Al analizar la modificación del riesgo por determinantes se obtuvo que en la familia, la comunidad y en los adolescentes predominó en la primaria y en el determinante escuela en la secundaria.

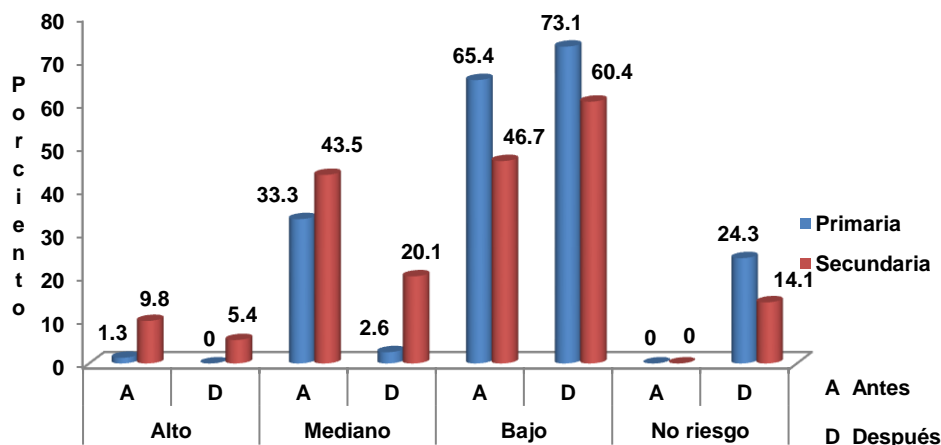
En la clasificación general del riesgo en los adolescentes tempranos, al tener en cuenta el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas según los determinantes implicados se obtuvo que apareció la categoría de no riesgo, disminuyó el alto y el mediano, y el bajo presentó un incremento (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Clasificación del riesgo en el adolescente antes y después de la intervención según la enseñanza y el determinante adolescentes**



En la clasificación general del riesgo en los adolescentes tempranos, al tener en cuenta a los determinantes de manera conjunta: la familia, escuela, comunidad y adolescentes, después de la aplicación de la metodología se obtuvo que en la muestra analizada se clasificaron como no riesgo el 17,2 % de los adolescentes, disminuyó el alto de 7,2 % a 3,8 % y el mediano de 40,5 % a 14,9 %, el bajo presentó un incremento del 52,3 % al 64,1 %. En la primaria predominó la categoría de no riesgo, alcanzó el 24,3 %, superior a la secundaria; el alto y el mediano disminuyeron de 1,3 % a 0,0 % y de 33,3 % a 2,6 % respectivamente, y el bajo se incrementó de 65,4 % a 73,1 %. En la secundaria los clasificados como no riesgo representaron el 14,1 %, el alto y el mediano disminuyeron de 9,8 % a 5,4 % y de 43,5 % a 20,1 %, respectivamente y el bajo riesgo se incrementó de 46,7 % a 60,4 %. Los resultados obtenidos demuestran la utilidad de las acciones incluidas en la metodología, estos se ilustran en el gráfico 5.

Gráfico 5. Clasificación general del riesgo en el adolescente antes y después de la intervención según la enseñanza y los determinantes analizados



Al analizar la modificación del riesgo independientemente del nivel de enseñanza, lo modificaron de forma satisfactoria el 43,1 %, solo un 0,4 % lo modificó de manera no satisfactoria y no lo modificaron el 56,5 %. Por enseñanzas predominó la modificación satisfactoria en la primaria y la no modificación en la secundaria. De acuerdo con los resultados de la prueba de los signos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se demostró un predominio de las diferencias negativas (disminución del riesgo) en las dos enseñanzas (Tabla 9).

Tabla 9. Modificación del riesgo en el adolescente según la enseñanza.

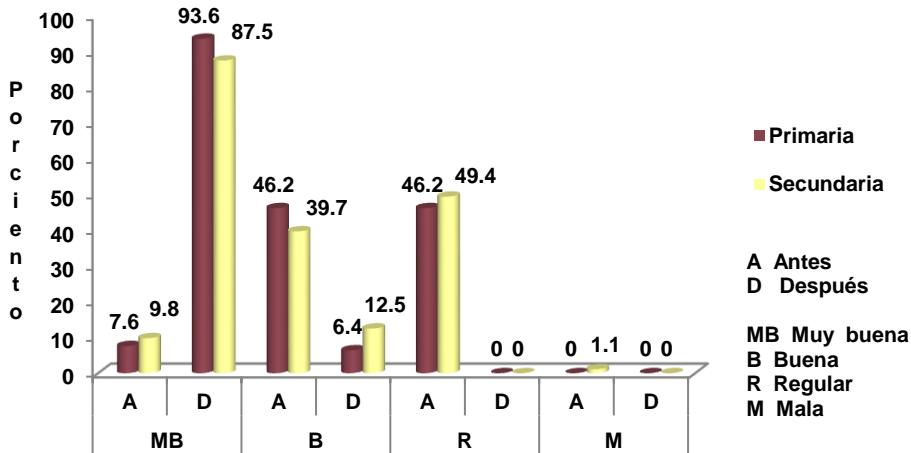
Enseñanza	Modificación del riesgo									
	Satisfactoria		No satisfactoria		No modificación		Total		Prueba signos	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%	Z	p
Primaria	43	55,1	0	0,0	35	44,9	78	100	-5,4	0
Secundaria	70	38,0	1	.0,5	113	61,5	184	100	-6,7	0
Total	113	43,1	1	0,4	148	56,5	262	100		

\* Porcentaje calculado en base al total marginal de fila.

**Criterios en relación con la atención.** En relación con la modificación de los criterios de la atención según los adolescentes, el criterio de muy buena se incrementó; el de buena; regular y mala disminuyó. En las dos enseñanzas el criterio de muy buena aumentó y disminuyó el de buena y regular. En la primaria no se obtuvo criterio alguno de mala y en la

secundaria disminuyó. Después de la intervención ningún adolescente consideró la atención regular o mala. De acuerdo con los resultados de la prueba de los signos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se demostró un predominio de las diferencias positivas (mejoría de los criterios) en las dos enseñanzas, lo que evidencia modificación satisfactoria de los mismos (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Clasificación de la atención antes y después de la intervención según criterios de los adolescentes y la enseñanza**



Al tener en cuenta los dos indicadores utilizados en la evaluación de la metodología según criterio de resultados (modificación del riesgo en el adolescente y de los criterios en relación con la atención) se obtuvo que: el riesgo se modificó en 114 adolescentes (43,5 %), de estos lo modificaron satisfactoriamente (a una categoría inferior) 113 que representa un 99,1 % y de los 262 modificaron los criterios de la atención 231 (88,2 %), hacia la categoría superior: muy buena 230 (99,6 %). Estos datos al encontrarse por encima del estándar fijado evidenciaron la utilidad de la metodología (Tabla 10).

Tabla 10. Evaluación de resultados según los indicadores a tener en cuenta

Indicadores	Estándar	Resultado	Evaluación
Riesgo en el adolescente	80,0 %	99,1 %	Utilidad
Criterios de la atención	80,0 %	99,6 %	Utilidad

En resumen, el criterio de estructura se evaluó en el 88,2 % (se analizaron un total de 17 aspectos, de ellos 15 superaron el estándar); el de proceso en el 90,9 % (se tuvieron en cuenta una totalidad de 11 aspectos, de los cuales 10 estuvieron por encima del estándar) y el criterio de resultados se evaluó en el 100 % (los dos aspectos estuvieron por encima del estándar) Tabla 11.

Tabla 11. Evaluación final según estructura, proceso, resultados y estándar

<b>Criterios</b>	<b>Estándar</b>	<b>Resultado</b>	<b>Evaluación</b>
Estructura	80,0 %	88,2 %	Utilidad
Proceso	80,0 %	90,9 %	Utilidad
Resultados	80,0 %	100,0 %	Utilidad

## **DISCUSIÓN**

La familia, junto con la escuela, es uno de los contextos más influyentes en el desarrollo de un adolescente, es un objetivo esencial en las intervenciones preventivas para lograr su salud y desarrollo y reducir el riesgo de enfermedades, lesiones y muertes, es el principal vehículo de socialización. La relación familiar es un aspecto significativo para predecir el uso de alcohol en esta etapa. <sup>9,10</sup>

Las escuelas se consideran después de la familia el contexto socializador más importante donde se inician, desarrollan y practican estilos saludables de salud, pueden ofrecer protección frente a conductas de riesgo para la salud en los adolescentes tempranos y la familia. Los profesionales de la educación tienen importantes posibilidades de proporcionar información y apoyo en relación con el consumo de bebidas alcohólicas. El sostén del maestro se asocia con un menor riesgo para el uso temprano de esta droga. <sup>11-13</sup>

La comunidad es otro de los determinantes que tiene gran influencia en el comportamiento de la conducta en los adolescentes, después de la familia y la escuela, es donde comparten el mayor tiempo del día. En esta se pueden desarrollar actividades sistemáticas que permitan a los adolescentes tener los conocimientos, la capacidad, la información y el poder suficiente para garantizar condiciones colectivas de vida sana y acceso equitativo a bienes y

servicios apropiados. Se pueden lograr mejores condiciones de vida, tener en cuenta sus intereses, establecer sus necesidades y prioridades e intervenir sobre su realidad.<sup>14</sup>

El grupo de iguales, se consideró en la investigación a los propios adolescentes, es la influencia más fuerte en este grupo de edad, la cual puede ser positiva o negativa, ellos pueden ejercer un efecto positivo o negativo. Las conexiones fuertes entre pares contribuyen a la protección contra el consumo de alcohol, pero también pueden aumentar el riesgo al inicio y la persistencia del consumo. Se establece que la presión del grupo es cada vez más importante en la adolescencia en comparación con las influencias familiares, los incitan a tomar y compartir, sentirse aceptado es una prioridad básica para ellos, dan gran peso a las opiniones de sus amigos y prevalecen las decisiones de estos.<sup>15,16</sup>

A pesar que predominaron los adolescentes de bajo riesgo, se considera que requieren de atención pues de no modificarse esta situación a través de la atenuación de factores de riesgo y fortalecimiento de los protectores pueden transitar hacia categorías superiores que afectarían su salud pues el consumo de bebidas alcohólicas es uno de los comportamientos más difíciles de cambiar porque está muy arraigado en las diferentes culturas.

Al analizar la modificación del riesgo por determinantes se obtuvo que en la familia, la comunidad y en los adolescentes predominó en la primaria. En relación con los adolescentes que constituyen el objeto de la investigación resulta más fácil la modificación en este nivel de enseñanza pues la conducta no está aún consolidada. La mayor modificación en la dimensión escuela se presentó en la secundaria, pudiera atribuirse a que los adolescentes en este nivel de enseñanza presentan mayores intereses, más experiencia, más responsabilidad, hay mayores exigencias en estos centros escolares.

Teniendo en cuenta el nivel de enseñanza, en la categoría de muy buena se obtuvo mayor modificación en la primaria lo que demuestra que mientras más tempranamente se realicen acciones de intervención se obtendrán mejores resultados en la modificación de la opinión de los adolescentes.

Los determinantes de la salud analizados, resultan de gran valor para el desarrollo saludable de los adolescentes y así lo consideran otros autores.<sup>17</sup>

El pediatra tiene un importante rol en la atención al adolescente pero no se han definido sus funciones en la atención a los adolescentes tempranos ni ante el posible consumo de bebidas alcohólicas o cuando ya éste está establecido.<sup>18,19</sup> Muchos han sido los autores del contexto internacional que en sus investigaciones señalan como polémica ¿quién es el profesional de la salud más adecuado para brindar atención a los adolescentes tempranos vulnerables al consumo de bebidas alcohólicas (ATVCBA): el médico de familia o el pediatra?<sup>20</sup> Predominan los que defienden la atención por parte del pediatra.<sup>21-23</sup> En el contexto nacional no se encuentran evidencias científicas al respecto. La prevención del consumo de drogas en

Atención Primaria es un campo pendiente de explorar y hasta la fecha ha tenido un escaso desarrollo, para el médico de familia es este un gran reto y más cuando es el primer profesional de la salud que puede entrar en contacto con la persona afectada pero que además es quien tiene las posibilidades de realizar acciones de promoción y prevención. <sup>24</sup>

## **CONCLUSIONES**

Se demostró que la metodología propuesta tiene utilidad práctica y permitió una mejor atención a los adolescentes tempranos vulnerables al consumo de bebidas alcohólicas. Se obtuvo modificación favorable de la intensidad del riesgo y de los criterios de la atención. La metodología se apoya en una nueva concepción que evidencia el rol protagónico del pediatra conjuntamente con el médico de familia como base del proceso. Resulta de valor la utilización de intervenciones multicomponentes.

PARA CONSULTAR LOS ANEXOS COMUNÍQUESE CON LA AUTORA [taniabhlg@infomed.sld.cu](mailto:taniabhlg@infomed.sld.cu)

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescent Health  
2. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012; 379: 1641-1652.
2. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2014 [citado 26 marzo 2015]. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=5336&id=CD009113&lang=es&dblang=&lib=COC>.
3. O'Donnell A, Wallace P, Kaner E. From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Front Psychiatry*. 2014; 5:113.
4. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 11-8.
5. Schelleman-Offermans, K, Knibbe RA, Kuntsche E. Preventing Adolescent Alcohol Use: Effects of a Two-Year Quasi-Experimental Community Intervention Intensifying Formal and Informal Control. *J Adolesc Health*. 2014; 54(3): 326–332.
6. Kyrrestad SH, Adolfsen F, Fossum S, Kaiser S, Martinussen M. Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. [Internet]. 2014 [Citado el 25 de febrero 2015]. Disponible en: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/9/1/48>.

7. Koning IM, Maric M, MacKinnon D, Vollebergh WA. Effects of a combined parent-student alcohol prevention program on intermediate factors and adolescents' drinking behavior: A sequential mediation model. *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83(4): 719-727.
8. Donabedian A. Explorations in quality assesment and monitoring. 1. The definition of quality and approaches to its assesment. Ann Arbor: Health, MI: Health Administration Press; 1980.
9. Kelly AB, O'Flaherty M, Toumbourou JW, Homel R, Patton GC, White A et al. The influence of families on early adolescent school connectedness: evidence that this association varies with adolescent involvement in peer drinking networks. *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 40(3):437-447. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21989984>.
10. Galbe Sánchez Ventura J, Traver Cabrera P. El consumo de alcohol en la adolescencia. *Rev Pediatr Atenc Primaria*. [Internet]. 2013 [citado 25 marzo 2014]; 6(1). Disponible en: <http://www.famiped.es/ca/node/761>.
11. Lemstra M, Bennet N, nannapaneni U, neudorf C, warren L, Kershaw T et al. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescent aged 10-15. *Addiction Research and Theory*. 2010; 18(1):84-96.
12. Sawyer SM, Afi fi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, et al. Adolescent Health 1. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012; 379: 1630-1640.
13. Oelsner J, Lippold MA, Greenberg MT. Factors Influencing the Development of School Bonding Among Middle School Students. *J Early Adolesc*. 2011; 31(3): 463-487.
14. Van Horn ML, Fagan AA, Hawkins JD, Oesterle S. Effects of the Communities That Care System on Cross-Sectional Profiles of Adolescent Substance Use and Delinquency. *Am J Prev Med*. 2014; 47(2): 188-197.
15. Australian Government Department of Health and Ageing. Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over-the-counter and illicit substances in 2011. 2012. Centre for Behavioural Research in Cancer - The Cancer Council Victoria. Australian Govenrment. Disponible en: <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/assad-2011>.
16. Van Ryzin MJ, Fosco GM, Dishion TJ. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addict Behav*. 2012; 37(12): 1314-1324.

17. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescent Health 2. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012; 379: 1641-1652.
18. Domínguez Aurrecochea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo xxi. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26 (Supl 1):82-7.
19. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. [Internet]. 2008 [Citado el 20 de diciembre 2014]. Disponible en: [www.who.int/substance\\_abuse/.../alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/.../alcohol_atencion_primaria.pdf).
20. Domínguez Aurrecochea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012 *Gac Sanit.* 2012; 26(1): 82-87.
21. American Academy of Pediatrics. The pediatrician's role in family support and family support programs. *Pediatrics*. 2011; 128(6): 1680-1684.
22. Basco WT, Rimsza ME. Pediatrician workforce policy statement. *Pediatrics*. 2013; 132(2): 390-397.
23. Committee on Substance Abuse. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics*. 2011;128 (5): e1330 -e1340.
24. Stiris T, Del Torso S, Mercier JC, Barak S, Wettergrem B, Ross-Russell R, et al. Improving paediatric care in the community. *The Lancet* [Internet]. 2015 [citado 12 agosto 2015]; 385 (9977). Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2960745-0/fulltext>.