

Metodología para la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta

Methodology for Care to Early Adolescence with Ethyl Consumption or Vulnerable to this Behavior

Tania Borrás Santiesteban

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la reducción del consumo étílico representa un desafío a nivel mundial y más aún en la región de las Américas. En Cuba, en el rol del médico de familia y el pediatra no se contempla incluir la atención específica a la adolescencia temprana con esta conducta de riesgo.

Objetivo: diseño de una metodología que permita diagnosticar el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y los criterios de la atención y basado en ello, elaborar un plan de acciones con la participación del médico de familia, el pediatra y otros determinantes de la salud.

Métodos: se realizó una investigación de desarrollo que permitió diseñar una metodología para ser aplicada en dos fases: una diagnóstica y otra de diseño de intervención. En la primera fase se utilizaron la técnica de grupo nominal y cuatro cuestionarios, y en la segunda, se hizo el diseño de la metodología como tal.

Resultados: se presentaron los pasos para la elaboración de la metodología en sus dos fases, los instrumentos utilizados y la estructura de la metodología.

Conclusiones: se propuso una metodología que permita favorecer la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta con la participación del médico de

familia y el pediatra en estrecha coordinación con los determinantes de la salud: la familia, la escuela, la comunidad y el grupo de iguales.

Palabras clave: adolescencia temprana, consumo de alcohol, determinantes de la salud, metodología.

ABSTRACT

Introduction: reducing alcohol consumption is a worldwide challenge and especially in the region of the Americas. In Cuba, the role of family doctor and pediatrician it has not include specific care to early adolescence with this risky behavior.

Objective: to elaborate a methodology to diagnose the behavior of alcohol consumption in early adolescence and criteria of care, and based on this, develop a plan of action with the participation of the family doctor, pediatrician and other determinants of health.

Methods: a developmental research work was performed that allowed creating a methodology to be applied in two stages: one diagnostic and the other as intervention design. In the first phase the nominal group technique and four questionnaires were used, and in the second, develop an action plan with the participation of the family doctor, pediatrician and other determinants of health.

Results: the steps for the development of the methodology in its two stages were presented, as well as the research instruments used and the structure of the proper methodology.

Conclusions: a methodology to encourage attention to early adolescence with ethyl consumption or vulnerable to such behavior involving family doctor and pediatrician in close coordination with the determinants of health was proposed: family, school, the community and the peer group.

Keywords: early adolescence, alcohol consumption, health determinants, methodology.

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de la "nueva morbilidad" se evidencian cambios en la necesidad de atención del adolescente y la Atención Primaria de Salud es el nivel idóneo para ello. Son los pediatras y médicos de familia quienes están en contacto directo con ellos y como principales determinantes de la salud se consideran: la familia, la escuela, la comunidad y el grupo de iguales.

La adolescencia es un tiempo de oportunidad, pero también de vulnerabilidad a conductas de riesgo. Entre las más frecuentes se encuentran: el consumo etílico, el hábito de fumar, la conducta sexual de riesgo, la conducta suicida y la violencia. El alcohol determina las terribles consecuencias globales implícitas al uso indebido, que es responsable de la catastrófica transformación de la conciencia, la personalidad y el comportamiento¹.

Según reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de mayo 2014, el alcohol se considera un factor causal en más de 200 enfermedades y lesiones; el 5,1% de la carga de morbilidad mundial se debe al uso nocivo; 3,3 millones de personas mueren cada año a causa de condiciones relacionadas con esta droga, además ocasiona pérdidas sociales y económicas a las personas y la sociedad en general².

En las Américas los estudios sugieren que en algunos países los niños comienzan a ingerir alcohol desde los 10 años de edad, el consumo es aproximadamente del 50% mayor que el promedio mundial, es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en esta región y se demuestra que el individuo que comienza a consumir en la adolescencia tiene cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia del alcohol que quien espera hasta la edad adulta^{3, 4}. En Cuba y específicamente en la provincia Holguín, no se encontraron reportes estadísticos del comportamiento del consumo etílico en la adolescencia temprana.

En ningún país de la región de las Américas se difunden ampliamente las intervenciones breves para problemas tempranos relacionados con el alcohol, a pesar de su efectividad ya demostrada para reducir el riesgo y el consumo perjudicial⁵.

En estudio realizado en Estados Unidos se plantea que las estrategias de intervención deben enfocarse hacia las mencionadas dimensiones pues los adolescentes deciden consumir alcohol, 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 hogares⁶. En consideración de la autora se plantea que en el contexto cubano se comporta de modo similar, es una conducta arraigada en la sociedad, es una práctica frecuente y se comparte en diferentes circunstancias con la presencia de la droga y con el consentimiento de la familia en la mayoría de los casos.

En diversas investigaciones se realizan acciones para la prevención de la conducta que se investiga, pero son muy pocas las que han considerado los determinantes de forma conjunta⁷. En Guantánamo, Cuba, se elabora una metodología de intervención comunitaria dirigida a la prevención del alcoholismo en jóvenes⁸, esta incluye a la etapa de la adolescencia temprana, pero las actividades propuestas solo se realizan con los jóvenes, no se tuvo en cuenta a los

profesionales de la salud, la familia, la escuela y la comunidad, ni el rol del médico de familia y el pediatra. Se revisaron otras investigaciones relacionadas con el alcoholismo y no se encontró alguna en la cual se haya diseñado metodología al respecto.

Muchos son los autores del contexto internacional, que en sus investigaciones señalan el papel protagónico del pediatra en la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta⁹⁻¹³. En el ámbito nacional no se encuentran evidencias científicas al respecto y a nivel del territorio las investigaciones más recientes referentes a la drogadicción se realizan en el sector educacional¹⁴⁻¹⁷.

En la actualidad se identifica un conjunto de insuficiencias en Cuba:

insuficientes datos estadísticos respecto al consumo étílico que permitan conocer su epidemiología en la adolescencia temprana

Inexistencia de protagonismo necesario del médico de familia y el pediatra en la atención a esta problemática

Insuficientes contenidos en los programas de pregrado, postgrado y de perfeccionamiento en el sector de la salud

En los programas de estudio de las enseñanzas primaria y secundaria son escasos los temas relacionados con esta conducta; ha predominado su atención por otras especialidades: Psicología, Psiquiatría, Sociología y Psicopedagogía, sin integrar la Medicina General Integral y la Pediatría como especialidades básicas

No existe un instrumento que permita determinar la intensidad del riesgo en la adolescencia temprana al tener en cuenta el comportamiento del consumo étílico, así como los criterios en relación con su atención.

Actualmente la atención a esta etapa de la vida representa un desafío y no existe una metodología que permita orientar acciones de trabajo dirigidas a los determinantes de la salud.

En tal sentido, es necesario que los profesionales de los policlínicos dispongan de una herramienta metodológica que permita conocer el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y los criterios de atención y a partir de este diagnóstico diseñar un plan de acciones que permita favorecer la atención a este grupo de edad con la participación del médico

de familia, el pediatra y otros determinantes de la salud. Es por ello que se realizó este trabajo con el objetivo de presentar una propuesta metodológica al respecto.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo. Se diseñó una metodología para ser aplicada en dos fases: una diagnóstica o de información preliminar y otra de diseño de una metodología que incluye un plan de acciones.

Para realizar la primera fase se realizó un estudio transversal con el objetivo de determinar el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y los criterios de la atención. Se diseñaron cuatro cuestionarios, uno para aplicar a los administrativos del policlínico: Directora, Vicedirectora de Asistencia Médica, Docente de Higiene y Epidemiología y dos jefes de Grupo Básico de Trabajo (anexo 1) otro al personal de educación: profesores, asistentes educativas y administrativos donde asistieron los adolescentes que conformaron la muestra (anexo 2), el tercero a los padres o tutores (anexo 3) y el otro a los adolescentes (anexo 4). Fueron aplicados por la autora del estudio, previa autorización de la Dirección Municipal de Educación y Salud, lo padres o tutores y los adolescentes.

Los instrumentos se validaron a través de ensayos pilotos en una escuela primaria y una secundaria básica con características similares a las escuelas donde se realizó el estudio definitivo.

Se procesaron los datos y se aplicaron métodos estadísticos: coeficiente de concordancia (Kappa de Cohen) para establecer la validez de criterio y al hacer coincidir estos se obtuvo un resultado de 0,84, que expresó concordancia intensa.

Luego de tener en cuenta los cambios propuestos se confeccionaron los cuestionarios definitivos y se aplicaron a la muestra seleccionada, previa explicación del motivo e interés de la investigación, el anonimato y las orientaciones necesarias.

La investigación se realizó en mayo 2014, en las cuatro escuelas del Consejo Popular 8, del municipio y provincia Holguín, Cuba, pertenecientes al área de salud Mario Gutiérrez Ardaya. El universo fueron los adolescentes de 10 a 14 años. La muestra se determinó a través de un muestreo aleatorio simple y quedó conformada por 288 adolescentes; se tuvieron en cuenta como criterio de inclusión los que residieron en el área del Consejo Popular y que estuvieran de acuerdo en participar en la investigación. El estudio se basó en los principios éticos de la Declaración de Helsinki y los consentimientos informados ya señalados.

A los 12 médicos de familia que laboran en el área del Consejo Popular y al otro pediatra se les aplicó la técnica de grupo nominal con el objetivo de obtener consenso sobre los criterios relacionados con la conducta de riesgo y la atención recibida a este grupo de edad.

En la fase diagnóstica o primera fase se determinó el riesgo en el adolescente según el comportamiento del consumo étílico, el cual se clasificó en: no riesgo, bajo, mediano y alto. La atención según criterios del personal de salud, educación, la familia y los adolescentes se catalogó en: muy buena, buena, regular y mala (anexo 5). Los resultados en esta primera fase se utilizaron como elementos que permitieron plantear la necesidad de incidir, desde el punto de vista médico, en la atención a este grupo de edad.

En la segunda fase, se propuso un plan de acciones que permitiera favorecer la atención a la adolescencia temprana. Se diseñó una metodología estructurada en siete etapas, con los pasos correspondientes, a través de la cual se explicó cómo enfrentar este fenómeno social de manera ordenada y práctica, con la participación activa del médico de la familia y el pediatra en estrecha coordinación con la familia, el personal de educación, los factores de la comunidad y los propios adolescentes.

La propuesta metodológica se podrá aplicar en los diferentes Consejos Populares del Policlínico, para su implementación se tendrá en cuenta el Análisis de la Situación de Salud realizado en la institución.

RESULTADOS

Propuesta metodológica

Nombre: Metodología para la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta.

Fase diagnóstica (primera fase)

Variables importantes que se consideraron en la investigación fueron: el riesgo en el adolescente, que se clasificó de acuerdo con la operacionalización realizada en: no riesgo, bajo, mediano y alto y la atención. Según los criterios emitidos por las dimensiones analizadas, se clasificó en: muy buena, buena, regular y mala (anexo 5). Para la selección muestral se solicitó la cooperación de las direcciones de salud y de educación.

A través de la técnica de grupo nominal se obtuvo consenso de las principales características que debe tener una consulta para adolescentes, cual médico debe participar en la consulta (médico de familia, pediatra, psicólogo o psiquiatra) así como de los problemas que limitan una adecuada atención al adolescente, además de la capacitación de los profesionales.

Los cuatro cuestionarios aplicados fueron:

Cuestionario para aplicar a los administrativos de la salud: este instrumento estuvo destinado a determinar: calidad de actuales servicios de salud para los adolescentes, necesidad de una consulta propia para este grupo de edad, necesidad de profesionales capacitados y de una metodología para favorecer la atención a la adolescencia temprana con la conducta de riesgo consumo de bebidas alcohólicas.

Cuestionario para aplicar al personal de educación: este instrumento está dirigido a definir: el grupo de edad promedio de los profesores y el tiempo dedicado a la atención a los adolescentes, consideración de ellos en relación con la adolescencia como etapa vulnerable, apreciación de la interrelación entre el área de salud y la escuela, necesidad de una consulta específica para los adolescentes y requerimientos de información respecto al tema de estudio.

Cuestionario a utilizar con padres o tutores: está encaminado a precisar la percepción de la existencia de características en la adolescencia que implican riesgo para la salud, la necesidad de consulta propia para los adolescentes y la opinión de cual especialista debe atender al adolescente con consumo étílico.

Cuestionario propuesto para los adolescentes: en este instrumento se determinó en qué nivel del sistema de salud fue atendido por última vez, si habían recibido información sobre la atención y quién la brindó, existencia de privacidad, confiabilidad y confidencialidad en las consultas, información respecto a la prevención del consumo étílico por parte del médico y opinión en cuanto a calidad de la atención que reciben.

Para procesar la información se confeccionó una base de datos automatizada que permitió el análisis de los resultados. Se utilizó el programa SPSS versión 15,0 para Windows.

Diseño de la metodología (segunda fase)

El tiempo de aplicación de la metodología fue de tres meses. A continuación se describen las etapas y pasos de la metodología propuesta. Cada etapa tiene su objetivo.

Etapa 1. Preparación para la aplicación de la metodología

Paso 1. Análisis para la aplicación de la metodología

Paso 2. Selección del equipo de trabajo para la aplicación de la metodología

Los pasos 1 y 2 se realizarán en el periodo de una semana.

Paso 3. Organización y divulgación del proceso de aplicación de la metodología

Paso 4. Funciones de los integrantes del equipo seleccionado (están definidas según las etapas previstas)

Etapa 2. Capacitación a los profesionales de la salud y escuela (personal de educación)

Se realizará a través de conferencias, seminarios, clases prácticas, guía de observación y habilidades técnico profesionales. Cada uno de los aspectos se evaluó en bien, regular o mal según su cumplimiento.

Paso 1. Desarrollo de la capacitación para el personal de la salud

Paso 2. Desarrollo de la capacitación para la escuela (personal de educación)

Etapa 3. Evaluación del dominio de las actividades previstas en la metodología a los profesionales de la salud. Se realizó en el periodo en que se impartían las actividades.

Paso 1. Definición de los instrumentos (seminario, clase práctica y guía de observación) y aspectos para la evaluación: nivel de conocimientos y habilidades técnico profesionales, en estas últimas los aspectos a evaluar fueron: habilidad en el desarrollo de las técnicas participativas, comunicación, motivación y cumplimiento de las orientaciones metodológicas en cada actividad

Paso 2. Definición de la calificación según los aspectos evaluados y del patrón de dominio o no dominio al analizar estos aspectos. Se valoró en bien, regular o mal.

Etapa 4. Diagnóstico de la situación actual

Paso 1. Caracterización del Consejo Popular seleccionado

Paso 2. Diagnóstico de la situación que presentaron los pacientes en etapa de la adolescencia temprana en el Consejo Popular seleccionado.

Para el diagnóstico se realizó un estudio transversal, la muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple mediante la tabla de números aleatorios, a ella se le aplicó un cuestionario que incluyó las variables de interés.

Los resultados permitieron determinar el comportamiento de los indicadores en cada dimensión, la clasificación del riesgo en el adolescente según su intensidad en: no riesgo, bajo, mediano y alto en cada una de ellas (familia, escuela, comunidad y adolescentes) y luego la clasificación general del riesgo teniendo en cuenta estas cuatro dimensiones. La atención, según criterios de los adolescentes, se clasificó en: muy buena, buena, regular y mala según la operacionalización realizada (anexo 5).

Para la aplicación de la metodología se realizó un estudio de intervención cuasiexperimental, modalidad antes-después, sin grupo control, el muestreo fue no probabilístico intencional si todos los adolescentes eran clasificados como riesgo. Con ellos se realizaron las acciones informativas y educativas incluidas en la metodología independientemente de la intensidad del riesgo.

Seis meses después de la implementación se aplicó un cuestionario similar al utilizado al inicio con las variables susceptibles de modificación lo que permitió determinar los nuevos resultados y comparar la modificación del riesgo y los criterios en relación con la atención.

Paso 3. Análisis de los resultados del diagnóstico con los implicados en la ejecución de la aplicación de la metodología: se refiere a los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios.

Etapa 5. Desarrollo de las acciones dirigidas a la familia y a los adolescentes

Paso 1. Desarrollo de la capacitación para la familia

Paso 2. Desarrollo de las actividades informativas y educativas dirigidas a los adolescentes independientemente de la clasificación del riesgo; se realizaron: conferencias, talleres, presentación y discusión de un audiovisual y un concurso de dibujos y frases para carteles educativos relacionados con la temática.

Paso 3. Desarrollo de acciones específicas según la intensidad del riesgo.

Etapa 6. Información al ejecutivo del Consejo Popular seleccionado en la comunidad del plan de acciones a desarrollar con los adolescentes.

Etapa 7. Seguimiento, control y evaluación

Paso 1. Determinar el personal que evalúa la metodología: ¿Quién evalúa? Los integrantes del equipo seleccionado para la aplicación de la metodología

Paso 2. Determinar los indicadores a evaluar

Paso 3. Para la evaluación se tuvieron en cuenta criterios de estructura, proceso y resultados

Paso 4. Determinar los instrumentos a utilizar para la evaluación ¿Cómo se evalúa? Se utilizó una guía de observación, una libreta de control y análisis de la asistencia y registro de actividades, una planilla a través de la cual se obtuvo el criterio de los participantes acerca de las actividades, además de un cuestionario dirigido a los adolescentes que incluyó las variables objeto de estudio que permitieron determinar el comportamiento del consumo étílico y los criterios relacionados con la atención a este grupo de edad, así como, la identificación de la modificación del riesgo y de los criterios de la atención al aplicar otro cuestionario similar seis meses después de implementada la metodología.

Paso 5. ¿Cuándo se evalúa?

De forma continuada y seis meses después de la implementación de la metodología.

La metodología diseñada se sometió al análisis del criterio de expertos mediante la utilización del método Delphi para obtener consenso de opiniones. La vía de consulta que se utilizó fue el correo electrónico, se les solicitó su consentimiento en cuanto a su participación como experto en el tema que se investigaba; la selección se realizó por la autovaloración de ellos al evaluar sus competencias y las fuentes que le permiten argumentar sus criterios con relación a la temática.

Se seleccionó un total de 15 expertos de todo el país, entre ellos: seis psiquiatras, tres pediatras, tres psicólogos, un pedagogo, un epidemiólogo y un especialista en Organización y Administración en Salud. De los 15 expertos ocho obtuvieron un coeficiente de competencia (K) de uno por lo que se considera alto; en los otros siete osciló de 0,8 a 1 por lo que se planteó que tienen una competencia alta.

Se evaluaron 10 aspectos. Si contiene las etapas y pasos necesarios, coherencia y seguimiento lógico, claridad en el contenido, correspondencia entre las etapas y pasos; sus objetivos y características; las formas de organización de la enseñanza; los medios de enseñanza; dominio de las actividades para pediatras y médicos de familia; proceso de atención específica según la intensidad del riesgo; acciones propuestas que deben ser ejecutadas en la comunidad y si los indicadores seleccionados permiten evaluar la efectividad de la metodología. Estos aspectos se evaluaron a través del envío de una segunda encuesta para someter a su consideración el criterio en relación con la metodología.

La escala que se utilizó para la evaluación de los aspectos fue: muy relevante, bastante relevante, relevante, poco relevante y no relevante. Los resultados del procesamiento de los datos evidenciaron que más del 50% de los expertos evaluaron ocho aspectos en la categoría de muy relevante, en el aspecto referido a Formas de Organización de la Enseñanza predominó el criterio de bastante relevante y en relación con la atención específica según la intensidad del riesgo siete expertos la consideraron muy relevante, la misma cantidad bastante relevante y solo uno la consideró relevante. Ningún aspecto fue evaluado como poco relevante y no relevante.

No se sugirió omisión de los aspectos existentes. Se tuvieron en cuentas algunas propuestas, como la inclusión de los psicopedagogos de cada una de las escuelas en el equipo para la implementación de la metodología, la realización de concursos y frases para carteles educativos y un video referente a relatos de la vida de pacientes alcohólicos rehabilitados. Luego de las modificaciones se hizo conocer de ello a los expertos, quienes manifestaron su acuerdo con el nuevo formato de la metodología y mantuvieron los criterios primeramente emitidos.

DISCUSIÓN

La adolescencia es un tiempo de oportunidad, pero también de vulnerabilidad a conductas de riesgo, las cuales se definen como los comportamientos que pueden comprometer los aspectos biopsicosociales del desarrollo exitoso del adolescente, estas pueden ocasionar consecuencias negativas para toda la vida, producir afectaciones en el estado de salud actual y futuro; en ella influyen factores sociales, económicos y culturales que repercuten a nivel personal, familiar, comunitario y social ^{18,19}.

Numerosos cambios evolutivos ocurren en todos los niveles de organización personal (ejemplos: los cambios relacionados con la pubertad, el cerebro, estructuras cognitivo-afectivas y funciones, la familia y las relaciones entre iguales) en el periodo de edad de 10 a 15 años. Por otra parte, la aparición y el aumento del consumo de alcohol se producen habitualmente durante este período²⁰.

En diversos estudios es tratado el tema del consumo étílico en la adolescencia temprana^{21,22} y en otros es investigado sobre intervenciones dirigidas, de forma individual a diferentes determinantes (escuela, familia, comunidad y grupo de iguales). En algunos es combinando determinantes, pero solo se encuentran dos que los incluyen en su conjunto: el *Project Northland* y el *The Midwestern Prevention Project*, ninguno de ellos en la región de las Américas^{23, 24}.

La Academia Americana de Pediatría para el cuidado de la salud de niños y adolescentes recomienda que los pediatras discutan el uso de sustancias como parte de la orientación anticipatoria y los cuidados preventivos¹⁰. Se considera que el nivel primario de salud es el adecuado para enfrentar esta conducta de riesgo²⁵.

El presente estudio es el primero en Cuba que propone una metodología para favorecer la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta con la participación del médico de familia y el pediatra, en estrecha coordinación con determinantes de la salud.

Se consideró necesario valorar la efectividad de la metodología en la práctica y de ser satisfactorios los resultados, generalizarla a todo el Sistema de Salud y de Educación, estimular la aplicación del enfoque del nuevo rol del médico de familia y el pediatra en la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta y continuar esta línea de investigación para su perfeccionamiento y el establecimiento de acciones específicas a partir de la metodología propuesta.

CONCLUSIONES

El diseño de la metodología tuvo una estructura multidimensional, permitió favorecer la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta. El consenso por los expertos fue alto y el contenido de cada una de las etapas propició la comprensión de la posibilidad de un nuevo rol del médico de familia y el pediatra en la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta y su coordinación con determinantes de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Menéndez RA, Calabuch D. Drogas que visitan nuestros hogares. ¿Cómo contenerlas? Comunicación personal Dr. Cs. Ricardo Ángel González Menéndez. La Habana: Hospital Psiquiátrico; 2015.
2. WHO. Is harmful use of alcohol a public health problem? WHO. 2013[citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/66/en>
3. OPS. OPS: Región de las Américas lidera estadísticas mundiales en muertes, consumo, patrones y trastornos por alcohol. Washington: OMS; 4 nov 2007 [citado 12 sep 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps071213.htm>
4. Ehlers CL, Stouffer GM, Gilder DA. Associations between a history of binge drinking during adolescence and self-reported responses to alcohol in young adult native and Mexican Americans. Alcohol Clin Exp Res.2014[citado 12 oct 2015]; 38(7): 2039-2047. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.12466/abstract>
5. Monteiro MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington: Pan American Health Organization; 2007[citado 10 nov 2008]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
6. Komro KA, Toomey TL. Strategies to prevent underage drinking. ARCR. 2002 [citado 25 oct 2003]; 26(1): 5-14. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/5-14.pdf>
7. Villarreal González ME, Sánchez Sosa JC, Musitu Ochoa G, Varela R. El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. Psychosocial Intervention.2010 [citado 12 oct 2011]; 19(3): 253-264. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010003300006
8. Betancourt Pulsán A. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros. (Tesis).La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.
9. Martínez González C. La mirada social del pediatra. An Pediatr (Barc).2010 [citado 12 abr 2014]; 73(5): 229-232. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/la-mirada-social-del-pediatra/articulo/S1695403310002870/>

10. Committee on Substance Abuse. Alcohol Use by Youth and Adolescents: A Pediatric Concern. *Pediatrics*.2010 [citado 12 abril 2013]; 125(5): 1078 -1087. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/5/1078>

11. Molina Prado R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*.2013. [citado 12 abr 2016]; XV11 (3). Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-04/consumo-de-tabaco-alcohol-y-drogas-en-la-ad>

12. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2009 [citado 12 abr 2012]; 124 (1): 410-421. *Disponible en:* <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/1/410>

13. Aguayo Maldonado J. Calidad, equidad y género en la atención sanitaria integral a la salud de la infancia y adolescencia; XVIII Congreso Nacional;2007 abr 19-21. Palma (Mallorca)

14. Fernández Reynaldo GD. Modelo para la dinámica de la prevención de la drogadicción en la formación del Profesor General Integral. (Tesis). Holguín: Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero; 2007.

15. Gámez Pupo M. Actividades orientadas a prevenir el consumo de drogas porteras en los adolescentes de séptimo grado de la Secundaria Básica Lidia Doce Sánchez (Tesis). Holguín. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero; 2009.

16. Yero Peña Y. Programa para la preparación del profesor de preuniversitario en la prevención de la drogadicción. (Tesis). Holguín. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero; 2009.

17. Pérez YL. La prevención del consumo de las drogas porteras (alcohol y tabaco) en escolares del segundo ciclo de la Educación Primaria. (Tesis). Holguín. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero; 2011.

18. WHO. Broadening the horizon. Balancing protection and risk for adolescents. Geneva Department of Child and Adolescent Health and Development Family and Community Health; 2002.

19. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, *et al.* Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012 [citado 12 abr 2013]; 379 (9836): 1641–1652. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960149-4/fulltext>
20. Windle M, Spear LP, Fuligni AJ, Angold A, Brown JD, Pine D, *et al.* Transitions into underage and problem drinking. *Pediatrics*. 2008 [citado 12 oct 2011]; 121(supl 4):273-289. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892675>
21. Donovan JE, Molina BSG. Childhood risk factors for early-onset drinking. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 [citado 12 oct 2012]; 72(5): 741-751. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3174021>
22. McCarty CA, Rhew IC, Murowchick E, McCauley E, Vander SA. Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychol Addict Behav*. 2012 [citado 12 jun 2013]; 26(2): 351-357. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262933/>
23. Komro KA, Perry CL, Williams CL, Stigler MH, Farbaksh K, Veblen-Mortenson S. How did Project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variables. *Health Educ Res*. 2001 [citado 12 oct 2003]; 16 (1):59-70. Disponible en: <http://her.oxfordjournals.org/content/16/1/59.long>
24. Pentz MA, Trebow EA, Hansen WB, MacKinnon DP, Dwyer JH, Johnson CA, *et al.* Effects of Program Implementation on Adolescent Drug Use Behavior: The Midwestern Prevention Project (MPP). *Eval Rev*. 1990 [citado 22 jun 2014]; 14 (3):264-289. Disponible en: <http://erx.sagepub.com/content/14/3/264.short>
25. Zarco Montejó J, Caudevilla Galligo F, López Santiago A, Álvarez Mazariegos JA, Martínez Osorio S. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007.

Recibido: 28 de marzo de 2016

Aprobado: 30 de mayo de 2016

MSc. *Tania Borrás Santiesteban*. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: taniab@cristal.hlg.sld.cu