

Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y su atención médica

Alcohol consumption in early adolescence and medical care

Dra. Tania Borrás Santiesteban^a

RESUMEN

Introducción. El consumo de alcohol en los adolescentes es un comportamiento de riesgo prevenible.

Objetivo. Determinar el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas y de la atención en la adolescencia temprana y su relación con los determinantes de la salud (factores biológicos, ambientales, sociales y del sistema de salud).

Método. Se realizó un estudio cualicuantitativo transversal en las cuatro escuelas pertenecientes al Consejo Popular ocho del área de salud Mario Gutiérrez Ardaya en mayo de 2013. El universo estuvo constituido por adolescentes de 10 a 14 años. La muestra fue determinada a través de un muestreo aleatorio simple. Se utilizaron encuestas para los adolescentes, padres, educadores y personal jerárquico del área de salud para determinar el consumo de alcohol, la calidad de la atención médica y el nivel de conocimientos sobre la problemática. Se realizó un grupo nominal con profesionales de la salud.

Resultados. Se incluyeron 288 adolescentes. El 54,5% consumía; de ellos, el 30,2% tenían 10 y 11 años. Predominaron los clasificados como bajo riesgo (55,6%). El 100% del personal jerárquico del área de salud expresó la necesidad de una metodología para la atención. El 90,4% del personal de educación consideró la adolescencia como una etapa vulnerable. Los familiares refirieron que debían existir consultas propias para adolescentes (61,8%). Las opiniones más importantes del grupo nominal se basaron en las principales características que debía tener una consulta para adolescentes y en los problemas que limitaban una adecuada atención.

Conclusiones. El consumo de bebidas alcohólicas se consideró alto y predominó el inicio precoz. Se evidenció insuficiente atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas.

Palabras clave: consumo de bebidas alcohólicas, adolescencia, determinantes de la salud, atención médica.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.412>

a. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, Municipio Holguín, provincia Holguín, Cuba.

Correspondencia:
Dra. Tania Borrás Santiesteban, taniab@crystal.hlg.sld.cu

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 11-8-2015
Aceptado: 26-4-2016

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período entre 10 y 19 años; con ella, se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos y sociales.

Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía, entre 15 y 19 años de edad.¹

En la adolescencia temprana, se presentan repercusiones sobre la capacidad emocional, física y mental.²

El alcohol es la droga psicoactiva de uso más común entre los adolescentes. Se asocia con múltiples problemas sociales, de comportamiento y del desarrollo.³

Eleva grandemente el riesgo de progresión de desórdenes alcohólicos, favorece la concurrencia de otras conductas de riesgo y, por consiguiente, es una razón para implementar intervenciones que retrasen el consumo.^{4,5}

En las Américas, las investigaciones sugieren que los niños comienzan a beber desde los diez años.⁶

En Cuba, existen patrones de consumo de alto riesgo y una actitud tolerante ante su uso indebido.^{7,8} En el país, se ha trabajado en la actualización y el perfeccionamiento del programa de alcoholismo y en el anteproyecto del plan de acciones, en los que se expresa la preocupación por el consumo excesivo e irresponsable en los adolescentes.^{9,10}

Existen programas en diferentes países (incluido Cuba) para la atención a la adolescencia, pero no se especifican en ellos acciones dirigidas al grupo de 10 a 14 años.

En un estudio realizado en Estados Unidos, se plantea que las estrategias de intervención deben enfocarse en los determinantes de la salud (factores biológicos, sociales, ambientales y del sistema de salud).¹¹

Nuestro objetivo fue determinar el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas y de la atención

en la adolescencia temprana y su relación con los determinantes de la salud.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualicuantitativo, descriptivo transversal mediante cuestionarios aplicados a los determinantes de la salud (personal jerárquico del área de salud, personal de educación, la familia y los adolescentes) y al grupo nominal (al pediatra del otro Grupo Básico de Trabajo –GBT– y a los médicos de familia, pertenecientes al área de salud y escuelas del Consejo Popular seleccionado).

La investigación se realizó en mayo de 2013, en las cuatro escuelas del Consejo Popular ocho, del municipio Holguín, provincia Holguín, Cuba, pertenecientes al área de salud Mario Gutiérrez Ardaya, el cual se seleccionó por los resultados del análisis de la situación de salud. En esta área, están incluidas siete bodegas y cuatro locales de gastronomía donde se expendían bebidas alcohólicas; identificados el 18,9% de adultos alcohólicos. Cuenta con un total de 892 adolescentes, 12 consultorios médicos de familia (CMF), cuatro centros escolares: tres escuelas primarias y una secundaria básica urbana. Predomina el nivel de escolarización preuniversitario.

Se diseñaron cuatro cuestionarios: uno para los adolescentes; otro para el personal jerárquico del policlínico (director/a, vicedirector/a de Asistencia Médica, Docencia, de Higiene y Epidemiología, y jefes de GBT; el tercero para el personal de educación (profesores, asistentes educativos y administrativos de las escuelas seleccionadas); y el cuarto para los padres o tutores (*Anexos 1, 2, 3, 4 en formato electrónico*). Estos fueron aplicados por la autora del estudio, con la autorización previa de la Dirección Municipal de Educación y Salud, los padres o tutores y los adolescentes.

Los cuestionarios se validaron a través de ensayos pilotos en las escuelas Francisco Laguado Jaime (una primaria) y Juan José Fornet Piña (una secundaria básica), pertenecientes a otro Consejo Popular, del mismo municipio, con características similares a las escuelas donde se realizó el estudio definitivo.

Se procesaron los datos y se aplicó el coeficiente de concordancia (kappa de Cohen) para establecer la validez de criterio y se obtuvo un resultado de 0,84, que expresa concordancia intensa.

Luego de los cambios propuestos, se confeccionaron los cuestionarios definitivos y

se aplicaron a la muestra seleccionada, con las explicaciones previas necesarias.

El universo fueron 1647 adolescentes de 10 a 14 años. La muestra se determinó a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple mediante la utilización de la tabla de números aleatorios. El mínimo necesario se calculó sobre la base del 5% de la matrícula de los grupos seleccionados. Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión los que residían en el área del Consejo Popular ocho y que estuvieran de acuerdo en participar en la investigación.

El riesgo se clasificó en no riesgo, bajo, mediano y alto, y la atención, en muy buena, buena, regular y mala (*Anexos 5, 6, 7, 8 en formato electrónico*).

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 seleccionado y al pediatra del otro GBT se les aplicó la técnica de grupo nominal con el objetivo de obtener consenso sobre elementos relacionados con la conducta de riesgo y la atención médica recibida por este grupo de edad. Se decidió la participación del otro pediatra por la importancia que se le concede a estos profesionales en la atención a la adolescencia temprana, aunque no brinda atención directa a los adolescentes que constituyeron la muestra.

RESULTADOS

Se incluyeron 288 adolescentes, 142 mujeres (49,3%) y 146 varones (50,7%). El 54,5% consumía bebidas alcohólicas; de ellos, el 30,2% tenían 10 y 11 años (*Tabla 1*). De los que ingerían, el 43,8% mantiene el hábito.

TABLA 1. Consumo de bebidas alcohólicas según escolaridad, percepción del riesgo e información recibida

Nivel de escolaridad	Consumo de bebidas alcohólicas			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Primaria (n: 87)	157	54,5	131	45,5
Secundaria (n: 201)	24	27,6	63	72,4
	133	66,2	68	33,8
Percepción del riesgo				
Sí	146	93	116	88,5
No	11	7	15	11,5
Información recibida				
Sí	154	98,1	109	83,2
No	3	1,9	22	16,8

De los que consumían, predominaron los que tenían percepción del riesgo y habían recibido información sobre la práctica del hábito; de los que no consumían, la mayoría no tenía percepción del riesgo y no había recibido información (Tabla 1).

En la investigación, predominaron los adolescentes que se clasificaron como bajo riesgo, luego los de mediano riesgo y un porcentaje mínimo correspondió a los de alto riesgo; no se encontraron clasificados como de no riesgo (Tabla 2).

El mayor número de adolescentes expresó que la última consulta fue en el consultorio y el policlínico. Un gran porcentaje manifestó que habían recibido información sobre su atención. Las vías que predominaron fueron la familia y la televisión; solo un 24,3% refirió que la aportó el personal de la salud (Tabla 3). Predominaron los adolescentes que expresaron que, en las consultas, no existía privacidad, confiabilidad y confidencialidad. Un gran porcentaje planteó que el médico no le explicaba la importancia de la prevención de esta conducta y consideraron que los profesionales idóneos para su atención eran los pediatras y luego los médicos de familia (Tabla 4).

En el grupo nominal de profesionales de la salud (12 médicos de familia y pediatra del otro GBT), estos señalaron que una consulta para adolescentes debía ser planificada, educativa, individualizada, completa y debían participar en conjunto el médico de familia y el pediatra. Plantearon que los problemas que limitaban una adecuada atención al adolescente eran la inasistencia a consulta por parte de ellos, la falta de privacidad, de material didáctico y de disponibilidad de tiempo de los médicos. Consideraron que los médicos estaban moderadamente capacitados para su atención.

En el cuestionario aplicado al personal jerárquico del área de salud, señalaron como funciones de los médicos de familia la atención a los adolescentes, las interconsultas con otras especialidades, la evaluación de los riesgos y de las familias. En relación con las funciones de los pediatras, plantearon el seguimiento por estos especialistas y la interconsulta con Psicología y Psiquiatría. La totalidad refirió que no existía documentación que permitiera determinar el consumo de bebidas alcohólicas y que los actuales servicios de salud no se adecuaban a las expectativas y necesidades de los adolescentes.

TABLA 2. Clasificación del riesgo en el adolescente según enseñanza

Enseñanzas	Clasificación del riesgo						Total	
	Alto		Mediano		Bajo		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria	3	10,7	14	14	70	43,8	87	30,2
Secundaria	25	89,3	86	86	90	56,2	201	69,8
Total	28	100	100	100	160	100	288	100

Nota aclaratoria: * porcentaje calculado sobre la base del total marginal de fila.

TABLA 3. Vías de obtención de la información según los participantes

Vías	Personal de educación		Padres		Adolescentes	
	n	%	n	%	n	%
Televisión	82	87,2	163	56,6	184	63,9
Radio	48	51,1	41	14,2	46	16,0
Prensa	37	39,4	28	9,7	43	14,9
Familiares	0	0,0	3	1,0	190	66,0
Personal de salud	0	0,0	79	27,4	70	24,3
Profesores	0	0,0	120	41,7	126	43,7
Amigos	0	0,0	0	0,0	85	29,5

En cuanto a la implementación del Programa de Atención a los Adolescentes, expresaron la necesidad de los controles e interconsultas con pediatras y psicólogos, actividades educativas en las escuelas y la comunidad. La totalidad sugirió que debía planificarse una consulta propia para adolescentes.

Todos plantearon como requisitos de la consulta que se necesitaba de personal calificado, local con privacidad, agradable, ambiente adecuado y la presencia de materiales educativos. Señalaron como coordinaciones entre el área de salud y las escuelas la reunión mensual del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Educación y el grupo de prevención social. La totalidad refirió la necesidad de que existiera una metodología para establecer la atención necesaria a la adolescencia temprana.

En el cuestionario aplicado a los padres o tutores, se obtuvo que el 65% refirió que, en la adolescencia, se presentaron características que implicaban peligro para su salud y, entre ellas, las más frecuentes eran falta de orientación, presencia de conductas inadecuadas e inexperiencia, pero que, en sus hijos, no estaban presentes. El 61,8%

refirió que debían existir consultas propias para adolescentes y que el horario más adecuado debía ser de 5:00 a 9:00 p. m.

La vía de obtención de la información que predominó fue la televisión (Tabla 3). Expresaron que los especialistas más apropiados para su atención eran primeramente los psicólogos y luego los médicos de familia; no existieron grandes diferencias en cuanto a los pediatras y psiquiatras (Tabla 4).

En relación con el cuestionario aplicado al personal de educación, los datos más relevantes fueron que predominó el grupo de edad de 20 a 29 años (34,0%); el tiempo dedicado a la atención de los adolescentes fue, en su mayoría, de uno a nueve años (36,2%); el 90,4% consideró la adolescencia como una etapa vulnerable; expresaron que era la adolescencia temprana a la que había que brindarle mayor atención (59,6%); la mayoría planteó que no existía documentación que permitiera determinar el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes (78,3%); entre las acciones que se orientaban en el colectivo docente para la prevención de esta conducta, señalaron las escuelas de padres, las charlas educativas, los consejos de grados, las preparaciones metodológicas, entre otras; predominaron los que expresaron que no existían las coordinaciones necesarias entre el área de salud y las escuelas (68,1%); la totalidad manifestó que era necesario que se estableciera una consulta para adolescentes.

Se analizaron, además, aspectos relacionados con la motivación: el 70% los atendía a gusto; con paciencia el 56%; se sentían comprometidos con su atención un 88%; y les brindaban afecto con frecuencia el 72%. Plantearon que la vía más frecuente de obtención de la información sobre la prevención del consumo de bebidas alcohólicas fue la televisión y ninguno refirió el personal de salud (Tabla 3).

TABLA 4. Criterios de la especialidad que debe atender adolescentes según los participantes

Especialidades	Adolescentes		Padres	
	n	%	n	%
Medicina General Integral	97	33,7	66	22,9
Pediatría	156	54,2	64	22,2
Psicología	26	9,0	95	33
Psiquiatría	9	3,1	63	21,9
Total	288	100	288	100

Nota aclaratoria: * porcentaje calculado sobre la base del total marginal de fila.

TABLA 5. Clasificación de la atención según los participantes

Participantes	Clasificación de la atención								Total	
	Muy buena		Buena		Regular		Mala		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Administrativos	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	6	100
Personal de educación	24	25,6	54	57,4	14	14,9	2	2,1	94	100
Familia	108	37,5	131	45,5	49	17,0	0	0,0	288	100
Adolescentes	7	2,4	137	47,6	138	47,9	6	2,1	288	100

Nota aclaratoria: * porcentaje calculado sobre la base del total marginal de fila.

En relación con la atención a este grupo de edad, según la opinión del personal jerárquico del área de salud, predominó el criterio de muy buena; el personal de educación y la familia la consideraron buena; y los adolescentes, regular, pero solo uno de diferencia en relación con los que la consideraron buena (*Tabla 5*).

DISCUSIÓN

El consumo de alcohol en la adolescencia comienza a edades cada vez más tempranas.¹² Esto es preocupante, ya que el inicio precoz tiene consecuencias negativas y riesgo elevado de dependencia más tarde, por lo que es importante un retraso en la edad de comienzo, lo que se corresponde con lo expuesto en la literatura revisada.¹³⁻¹⁶ Los adolescentes que consumen no tienen una apreciación completa de su exposición a los daños; es característica la percepción de que no pasa nada y que puede controlarse la situación.

Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en Chile; en cuanto a la información recibida, se obtuvo menor porcentaje en dicha investigación.¹⁷

La satisfacción con la atención recibida coincide con la literatura revisada, en la que los adolescentes revelan estar satisfechos en casi todos los aspectos.¹⁸

Aunque, en la investigación, predominaron los adolescentes de bajo riesgo, se considera que es importante un accionar oportuno que permita fortalecer los factores protectores y atenuar los de riesgo para evitar que estos adolescentes transiten a un riesgo más importante, que puede poner en peligro su estado de salud.

A pesar de los resultados obtenidos, se considera que se impone la necesidad de mejorar la atención a este grupo de edad porque, en la práctica médica, se demuestra que no reciben los cuidados que ellos necesitan.

Al analizar los resultados de los criterios expuestos por los profesionales de la salud, se piensa que los médicos que participaron en la investigación no consideran siquiera enfrentar de inicio la atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas, quizás porque no se creen capacitados. Ello hace que necesiten sentirse apoyados por el psicólogo y el psiquiatra, quienes, tradicionalmente, son los que han prestado mayor atención a estos pacientes.

En cuanto a los criterios planteados por el personal jerárquico del área de salud en relación con que se debe planificar una consulta propia para adolescentes, coinciden con otros

autores que plantean que este grupo de edad merece una atención específica y se necesita de la ejecución de acciones para mejorar su salud; además, es importante la realización de nuevas investigaciones.^{19,20} El criterio de que exista una metodología para favorecer la atención coincide con otros estudios que plantean que se necesitan pesquisas más amplias con metodologías sistemáticas para obtener resultados representativos sobre el consumo de alcohol.²¹

Se considera que los actuales servicios de salud no se adecuan a las reales expectativas y necesidades de esta etapa, relacionado con la falta de capacitación de los profesionales, la falta de consulta específica para los adolescentes con las condiciones requeridas y la inexistencia de una metodología para favorecer la atención a la adolescencia temprana. Estos resultados coincidieron con otros autores que plantean que la falta de tiempo y de capacitación son barreras importantes para prestar atención.²²⁻²⁴

En relación con el personal de educación, se considera que debe incrementarse su preparación, pues predominó un claustro joven en su atención y no tienen la experiencia suficiente, por lo que es preciso brindarles la capacitación e información que demandan. No se debe olvidar que es en el entorno escolar donde los adolescentes están el mayor tiempo del día y el maestro juega un rol fundamental en su desarrollo.

Un fuerte compromiso entre los adolescentes y profesores condiciona un menor uso de sustancias. Las escuelas como entorno pueden ofrecer protección frente a conductas de riesgo para la salud en la adolescencia temprana y su familia.²⁵⁻²⁷

La vinculación de los educandos con su escuela se considera una vía importante para reducir los problemas de comportamiento de los adolescentes.²⁸

En la información brindada por los padres o tutores, se evidenció su desconocimiento y la falta de percepción del riesgo. La percepción del riesgo es un juicio subjetivo que depende enormemente de la capacidad de razonamiento de la persona, del conocimiento, de la percepción cultural y la construcción social, de las características de la información que reciben, de la interpretación de los mensajes, e influyen, además, las peculiaridades propias de la adolescencia, entre ellas, la no evaluación acertada de los riesgos. También tienen gran influencia la familia, la escuela, el grupo de iguales, la comunidad y

la cultura. La percepción no se asoció con el propio comportamiento.²⁹⁻³² Según criterios de los adolescentes, se considera que debe incrementarse la atención en los CMF. Estos centros asistenciales constituyen la puerta de entrada al sistema nacional de salud.

En cuanto a la relación con el médico, se deben realizar acciones que permitan que la consulta al adolescente cumpla con los requisitos antes señalados. Ello coincide con otros autores que plantean que los adolescentes deben depositar confianza en su médico y les deben aportar las informaciones necesarias.^{33,34}

El presente estudio posee como limitación la propia de validez interna que poseen las medidas de autoinforme. Su fortaleza reside en ser el primer aporte de datos locales, necesarios para conocer la envergadura del problema y para emprender acciones dirigidas a mejorar la difusión e implementación de intervenciones de prevención.

CONCLUSIONES

El consumo de bebidas alcohólicas se consideró alto y predominó el inicio precoz. Se evidenció insuficiente atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas. ■

REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las Américas. Publicación Científica N° 524. Washington DC: OPS; 1990.
- Oliva A. La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infanc Aprendiz* 2004;27(1):115-22.
- Mckay MT, Ballantyne N, Goudiel AJ, Sumnall HR, et al. "Here for a good time, not a long time": Decision-making, future consequences and alcohol use among Northern Irish adolescents. *J Subst Use* 2012;17(1):1-18.
- Pérez de Corcho Rodríguez MA, Mármol Sónora L, García Díaz G, Vizcay Castilla M. Prevención de los problemas relacionados con el alcoholismo en adolescentes. *Mediciego* 2013;19(2). [Acceso: 2 de mayo de 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/pdf/T20.pdf
- Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641-52.
- Monteiro MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- Hidalgo Pereira FI, Martínez López G, Fernández Juviel AI, González Suárez V, et al. Alcoholism and risk factors: a cross-sectional study in Cumanayagua, Cuba. *Medwave* 2013;13(1):e5620-33.
- Betancourt Pulsán A. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantananeros [tesis]. Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.
- Cuba. Minsap. Programa nacional de prevención y control del uso nocivo del alcohol. Habana: Ciencias Médicas; 1995.
- Cuba. Minsap. Anteproyecto de plan de acciones para la actualización del Programa nacional de prevención y control del uso nocivo del alcohol. Habana: Ciencias Médicas; 2006.
- Komro KA, Toomey TL. Strategies to prevent underage drinking. *Alcohol Res Health* 2002;26(1):5-14.
- Pilatti A, Godoy JC, Brussino S, Pautassi RM. Underage drinking: prevalence and risk factors associated with drinking experiences among Argentinean children. *Alcohol* 2013;47(4):323-31.
- Ulate-Gómez D. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. *Acta Méd Costarric* 2013;55(1):18-23.
- Heron J, Macleod J, Munafò MR, Melotti R, et al. Patterns of alcohol use in early adolescence predict problem use at age 16. *Alcohol Alcohol* 2012;47(2):169-77.
- Hipwell A, Stepp S, Chung T, Durand V, et al. Growth in alcohol use as a developmental predictor of adolescent girls' sexual risk-taking. *Prev Sci* 2012;13(2):118-28.
- Howard R, Finn P, Jose P, Gallagher J. Adolescent-onset alcohol abuse exacerbates the influence of childhood conduct disorder on late adolescent and early adult antisocial behaviour. *J Forens Psychiatry Psychol* 2011;23(1):7-22.
- Williams C, Poblete F, Baldrich F. Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de Atención Primaria en una comuna de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2012;140(9):1145-53.
- Gould TJ. Addiction and cognition. *Addict Sci Clin Pract* 2010;5(2):4-14.
- Roldán C, Borile M, Melamed I, Girard G, et al. Políticas Públicas sobre Adolescencia. Declaración de Lima [Internet]. Habana: Infomed; 2012. [Acceso: 3 de enero de 2015]. Disponible en: <http://temas.sld.cu/puericultura/2012/01/07/politicas-publicas-sobre-adolescencia-2/>.
- World Health Organization. Health for the world's adolescents. World Health Assembly 23 May 2014 [Internet]. Washington: WHO; 2014. [Acceso: 17 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/events/2014/wha-world-adolescents-health/en/.
- Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: an international perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(3):213-21.
- Moreno E. Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes. Los desafíos de acceso y calidad. Cartagena de Indias: Organización Iberoamericana de la Juventud; 1995.
- Committee on Substance Abuse, Kokotailo PK. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. *Pediatrics* 2010;125(5):1078-87.
- Ozer EM, Adams SH, Lustig JL, Gee S, et al. Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: a primary care intervention. *Pediatrics* 2005;115(4):960-8.
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;379(9826):1630-40.
- Horner SD, Rew L, Brown A. Risk-taking behaviors engaged in by early adolescents while on school property. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2012;35(2):90-110.
- Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, Neudorf C, et al. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addict Res Theory* 2010;18(1):84-96.
- Oelsner J, Lippold MA, Greenberg MT. Factors influencing the development of school bonding among middle school students. *J Early Adolesc* 2011;31(3):463-87.
- Gil-Lacruz AI, Gil-Lacruz M. Subjective valuation of risk perception and alcohol consumption among Spanish students. *Salud Ment (Méx)* 2010;33(4):309-16.

30. Fraga S, Sousa S, Ramos E, Dias S, et al. Alcohol use among 13-year-old adolescents: associated factors and perceptions. *Public Health* 2011;125(7):448-56.
31. Greening L, Stoppelbein L, Chandler CC, Elkin TD. Predictors of children's and adolescents' risk perception. *J Pediatr Psychol* 2005;30(5):425-35.
32. González-Iglesias B, Gómez-Fraguela JA, Gras ME, Planes M. Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: el papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anal Psicol* 2014;30(3):1061-8.
33. McKee MD, Rubin SE, Campos G, O'Sullivan LF. Challenges of providing confidential care to adolescents in urban primary care: clinician perspectives. *Ann Fam Med* 2011;9(1):37-43.
34. Bird S. Adolescents and confidentiality. *Aust Fam Physician* 2007;36(8):655-6.

Archivos hace 75 años

INVAGINACIÓN INTESTINAL CRÓNICA EN UN LACTANTE DE 12 MESES DE EDAD (*)

FOR LOS DOCTORES

JOSE E. RIVAROLA
Médico Interno del Hospital
de Niños

ANIBAL LEMOS IBAÑEZ
Médico Radiólogo del Hospital
Rivadavia

La invaginación intestinal crónica del lactante es una afección rara; con más frecuencia se la encuentra en la segunda infancia. Por eso es que queda justificada esta comunicación, pues es interesante su sintomatología típica, que sin embargo, mantuvo en jaque a numerosos colegas que tuvieron la ocasión de ver al niño, y no pudieron dominar la *diarrea permanente y prolongada* a pesar de los múltiples regímenes alimenticios. Diarrea que es un signo típico de la invaginación intestinal crónica. El diagnóstico fué hecho, cuando la cabeza de la invaginación hizo saliencia por el ano, en forma de prolapso, después de 50 días de evolución.

La invaginación intestinal crónica del lactante tiene dos formas clínicas:

La *forma gastroentérica* caracterizada por diarreas y vómitos, con adelgazamiento y alteración del estado general.

La *forma enterocólica* en que hay diarrea, faltan los vómitos o aparecen de vez en cuando. Se acompaña también de adelgazamiento y alteración del estado general, aunque no tanto como en la forma anterior.

Nuestro enfermito pertenecía a esta última forma. Tuvo vómitos en dos o tres ocasiones, durante toda la evolución de la enfermedad. La enterorragia, síntoma característico de la invaginación intestinal aguda, falta en la crónica durante toda la enfermedad o

(*) Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría, en la sesión del día 24 de junio de 1941.

El texto completo se encuentra disponible en la versión electrónica de este número.

Anexo 1. Cuestionario para adolescentes

Este cuestionario se elaboró con el fin de analizar el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas y de la atención médica al adolescente. Fue desarrollado para que respondas las preguntas sobre la base de lo que creas realmente. Con los resultados de la investigación, se podrá favorecer tu estado de salud.

Institución que patrocina la investigación: Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.

Número de cuestionario:

Fecha:

Lugar en que será llenado: aula de las instituciones correspondientes.

Profesional que recogerá la información: *Dra. Tania Borrás Santiesteban* (responsable de la investigación).

Instrucciones para su llenado:

Lee atentamente antes de contestar el cuestionario.

No escribas tu nombre.

Las respuestas serán privadas.

Señala la respuesta encerrando en un círculo la que consideres correcta.

Utiliza lápiz solamente.

Haz marcas oscuras.

Si cambias tu respuesta, borra completamente la anterior.

Muchas gracias por tu ayuda.

Datos generales

Edad: -----.

Sexo: -----.

Grado: -----.

Atención médica

1. Si has acudido al médico, la última consulta fue en el:

A: Consultorio.

B: Policlínico.

C: Hospital pediátrico.

D: No has acudido.

2. ¿Has recibido información acerca de la atención a la adolescencia por cualquier persona?

A: Sí.

B: No.

Si la respuesta es afirmativa, señala el lugar.

A: Consultorio.

B: Policlínico.

C: Hospital pediátrico.

D: Escuela.

E: Otros.

¿Cuáles? -----

3. ¿Te sientes a gusto en la sala de espera de la consulta con otras personas que no son de tu edad?

A: Sí.

B: No.

C: Te da igual.

4. Cuando vas al médico, ¿conversas a solas con él?

A: Sí.

B: No.

5. ¿Eres capaz de hablar de cualquier tema con tu médico?

A: Sí.

B: No.

6. ¿Tienes miedo de que el médico cuente a tus padres lo que tú le dices?

A: Sí.

B: No.

7. Cuando asistes a la consulta, consideras que:

A: Se te atiende rápido.

B: Demoras en la sala de espera.

8. ¿Estás de acuerdo en que te citen para acudir al médico aunque no estés enfermo?

A: Sí.

B: No.

9. Cuando el médico te atiende, te sientes:

A: Satisfecho.

B: Moderadamente satisfecho. C: Insatisfecho.

10. Cuando el médico te atiende, ¿te habla de la importancia de cómo evitar el consumo de bebidas alcohólicas?

A: Sí.

B: No.

11. Del personal de salud, consideras que debe atenderte:

A: El médico de familia. B: El pediatra (médico que atiende a niños y a adolescentes).

C: El psicólogo. D: El psiquiatra.

12. ¿Deseas que se mejore la forma de atención médica que has recibido hasta el momento?

A: Sí. B: No.

Ingestión de bebidas alcohólicas

1. ¿Has ingerido bebidas alcohólicas?

A: Sí. B: No.

2. Si has tomado, tomaste por primera vez en:

A: La primaria. B: La secundaria.

3. ¿Has seguido tomando bebidas alcohólicas?

A: Sí. B: No.

4. Si has seguido tomando, durante el último mes, ¿en qué momento lo has hecho?

A: Los fines de semana. B: Otros días de la semana. C: Durante toda la semana.

5. ¿Consideras que ingerir bebidas alcohólicas es dañino?

A: Sí. B: No.

6. ¿Has recibido información sobre los peligros (daños) del hábito de ingerir bebidas alcohólicas?

A: Sí. B: No.

Si la respuesta es positiva, señala la vía.

A: Televisión.

B: Radio.

C: Periódico.

D: Familiares.

E: Médicos y enfermeras.

F: Profesores.

G: Amigos.

H: Otras. ¿Cuáles?

Anexo 2.

Cuestionario para el personal jerárquico de la salud

Este cuestionario se elaboró con el fin de analizar aspectos relacionados con la atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas. Ha sido desarrollado para que usted responda las preguntas sobre la base de lo que crea realmente y, con los resultados de la investigación, poder favorecer el estado de salud de los adolescentes.

Institución que patrocina la investigación: Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.

Número de cuestionario:

Fecha:

Lugar en que será llenado: aula del Policlínico.

Profesional que recogerá la información: *Dra. Tania Borrás Santiesteban* (responsable de la investigación).

Instrucciones para su llenado:

Lea atentamente antes de contestar el cuestionario.

No escriba su nombre.

Las respuestas serán privadas.

Señale la respuesta encerrando en un círculo la que considere correcta.

Haga marcas oscuras.

Muchas gracias por su ayuda.

1. ¿Están definidas, en su área de salud, las funciones del médico de familia para la atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas?

A: Sí.

B: No.

Si responde afirmativamente, menciónelas considerándolas de mayor a menor prioridad.

2. ¿Están definidas las funciones del pediatra para la atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas?

A: Sí.

B: No.

Si responde afirmativamente, describa las funciones principales en orden de prioridad.

3. ¿Existe documentación en el área de salud que permita determinar el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana?

A: Sí.

B: No.

Si responde afirmativamente, señale cuál.

A: Guías.

B: Programas.

C: Modelos.

D: Metodologías.

E: Otra. ¿Cuál?

4. ¿Los actuales servicios de salud para el adolescente se adecuan a las reales necesidades y expectativas de este grupo de edad?

A: Sí.

B: No.

Argumente su respuesta.

5. Mencione las acciones principales en orden de prioridad que se realizan en el área que permiten la implementación del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes en lo referente a la temática de las conductas de riesgo en la adolescencia.

6. Considera que planificar una consulta propia para los adolescentes en la atención primaria de salud es:

A: Muy necesario. B: Necesario. C: No necesario.

7. ¿Cuál es el horario de atención que considera más adecuado en caso de que se decida implementar una consulta para adolescentes?

A: De 8:00 a. m. a 12:00 a. m. B: De 1:00 a 5:00 p. m. C: De 5:00 a 9:00 p. m.

8. Describa los requisitos que usted considera que debe tener una consulta para adolescentes.

9. ¿Considera que existen en su área de salud las coordinaciones necesarias con las escuelas para garantizar una adecuada atención a los adolescentes?

A: Sí. B: No.

Argumente su respuesta.

10. ¿Será necesaria la elaboración de una metodología para favorecer la atención a los adolescentes que consumen alcohol en la atención primaria de salud como guía general para el médico de familia y el pediatra?

A: Sí. B: No.

Argumente su respuesta.

Anexo 3.

Cuestionario para el personal de educación

Este cuestionario se elaboró con el fin de analizar aspectos relacionados con la atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas. Ha sido desarrollado para que usted responda las preguntas sobre la base de lo que crea realmente y, con los resultados de la investigación, poder favorecer el estado de salud de los adolescentes.

Institución que patrocina la investigación: Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.

Número de cuestionario:

Fecha:

Lugar en que será llenado: aula de la institución correspondiente.

Profesional que recogerá la información: *Dra. Tania Borrás Santiesteban* (responsable de la investigación).

Instrucciones para su llenado:

Lea atentamente antes de contestar el cuestionario.

No escriba su nombre.

Las respuestas serán privadas.

Señale la respuesta encerrando en un círculo la que considere correcta.

Haga marcas oscuras.

Muchas gracias por su ayuda.

I) Datos generales

1. Edad: -----.

2. Sexo: _____ F _____ M

3. Años de ejercicio profesional como maestro: -----.

4. Años de ejercicio profesional con adolescentes de 10 a 14 años: -----.

5. Grado que atiende: -----.

II) Aspectos relacionados con el adolescente

1. ¿Considera la adolescencia (personas de 10 a 14 años) como jóvenes que pudieran presentar alguna característica que implicara peligro para su salud?

A: Sí. B: No.

Argumente su respuesta.

2. ¿En qué etapa de la adolescencia considera usted que se le debe prestar mayor atención?

A: En la primaria. B: En la secundaria. C: En las dos.

Mencione las razones por las que ha seleccionado esta opción.

3. ¿Existe documentación en el centro escolar que permita conocer el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana?

A: Sí. B: No.

Si responde afirmativamente, señale cuál.

A: Guías. B: Programas. C: Modelos.

D: Metodologías. E: Otra. ¿Cuál?

III) Aspectos relacionados específicamente con la atención

1. ¿Se orientan, en su colectivo docente, acciones para la prevención del consumo de alcohol en la adolescencia?

A: Sí. B: No.

Si su respuesta es afirmativa, menciónelas.

2. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿las acciones se encuentran planificadas sistemáticamente?

A: Sí. B: No.

3. ¿Existen, en el centro escolar, orientaciones definidas para la atención diferenciada a los adolescentes de 10 a 14 años?

A: Sí. B: No.

Si su respuesta es afirmativa, menciónelas.

4. ¿Considera que existen entre el área de salud y la escuela las coordinaciones necesarias para garantizar una adecuada atención a la adolescencia temprana con consumo de bebidas alcohólicas?

A: Sí. B: No.

Si su respuesta es afirmativa, argumente.

5. ¿Considera de utilidad la creación de una consulta para la atención al adolescente?

A: Sí. B: No.

6. ¿Cuál es el horario de atención que considera más adecuado en caso de que se decida implementar una consulta para adolescentes?

A: De 8:00 a. m. a 12:00 a. m. B: De 1:00 p. m. a 5:00 p. m. C: De 5:00 p. m. a 9:00 p. m.

IV) Aspectos relacionados con la motivación

1. Marque con una x la frecuencia con que usted evalúa la motivación por los adolescentes de su grupo teniendo en cuenta los aspectos que se relacionan a continuación.

Atención	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente
Los atiende a gusto.			
Los atiende con paciencia.			
Se siente comprometido con su atención.			
Les brinda afecto.			

V) Aspectos relacionados con la capacitación

1. ¿Usted ha recibido información sobre la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia?

A: Sí. B: No.

Si responde afirmativamente, señale a través de qué vía.

A: Televisión. B: Radio. C: Prensa. D: Personal de la salud.

E: Otra. ¿Cuál? -----

2. En su formación, ¿considera que es necesario potencializar la información relacionada con esta conducta de riesgo en los adolescentes?

A: Sí. B: No.

3. ¿Considera que, en su centro escolar, existen profesores con conocimientos suficientes en esta temática?

A: Sí. B: No.

4. ¿Considera que, en el municipio, existen profesores con conocimientos suficientes en esta temática?

A: Sí. B: No.

Anexo 4. Cuestionario para los padres o tutores

Este cuestionario se elaboró con el fin de analizar aspectos relacionados con la atención a los adolescentes de 10 a 14 años con consumo de bebidas alcohólicas. Ha sido desarrollado para que usted responda las preguntas sobre la base de lo que crea realmente y, con los resultados de la investigación, poder favorecer el estado de salud de los adolescentes.

Institución que patrocina la investigación: Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.

Número de cuestionario:

Fecha:

Lugar en que será llenado: aula de las instituciones correspondientes.

Profesional que recogerá la información: *Dra. Tania Borrás Santiesteban* (responsable de la investigación).

Instrucciones para su llenado:

Lea atentamente antes de contestar el cuestionario.

No escriba su nombre.

Las respuestas serán privadas.

Señale la respuesta encerrando en un círculo la que considere correcta.

Haga marcas oscuras.

Muchas gracias por su ayuda.

I) Datos generales

1. Usted es:

A: Madre.

B: Padre.

C: Tutor.

Especifique parentesco: -----.

2. Sexo:

A: Femenino.

B: Masculino.

3. Edad:

A: De 20 a 24 años.

B: De 25 a 29 años.

C: De 30 a 34 años.

D: De 35 a 39 años.

E: De 40 a 44 años.

F: 45 o más.

4. Nivel de escolaridad:

A: Primaria terminada.

B: Secundaria terminada.

C: Preuniversitario terminado. D: Universitario terminado.

II) Criterios acerca de los adolescentes

1. ¿Considera la adolescencia (personas de 10 a 14 años) como jóvenes que pudieran presentar alguna característica que implicara peligro para su salud?

A: Sí.

B: No.

Argumente su respuesta.

2. ¿Conoce si su hijo(a) presenta alguna característica que se pueda considerar como adolescente de riesgo (con características que implican peligro para su salud)?

A: Sí.

B: No.

Si responde afirmativamente, menciónelas.

3. ¿Usted ha obtenido información sobre cómo evitar el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de 10 a 14 años?

A: Sí.

B: No.

Si responde afirmativamente, señale a través de qué vía.

A: Televisión.

B: Radio.

C: Prensa.

D: Personal de la salud.

E: Otra. ¿Cuál?-----

III) Aspectos relacionados con la atención a los adolescentes

1. ¿Conoce dónde acudir ante algún problema de salud que presente su adolescente?

A: Sí. B: No.

Si la respuesta es afirmativa, señale el que considere más importante para brindarle atención a su hijo.

A: Consultorio. B: Policlínico.

C: Hospital pediátrico. D: Consulta de Psicología y/o Psiquiatría.

2. ¿Deben establecerse consultas propias para los adolescentes?

A: Sí. B: No.

3. ¿Cuál es el horario de atención que considera más adecuado en caso de que se decida implementar una consulta para adolescentes?

A: De 8:00 a. m. a 12:00 a. m. B: De 1:00 p. m. a 5:00 p. m. C: De 5:00 p. m. a 9:00 p. m.

4. Al asistir a consulta con su adolescente, ¿ha considerado que se tratan aspectos relacionados con la prevención (cómo evitar) del consumo de bebidas alcohólicas?

A: Sí. B: No.

Si la respuesta es afirmativa, menciónelos.

5. Cuando asiste a consulta con su hijo, se siente:

A: Satisfecho. B: Moderadamente satisfecho. C: Insatisfecho.

6. ¿Deben mejorarse los servicios de atención al adolescente en el consultorio médico de familia y policlínico?

A: Sí. B: No.

7. ¿Qué especialidad es la más apropiada para atender al adolescente, según su criterio?

A: Medicina General Integral (médico de familia). B: Pediatría.

C: Psicología. D: Psiquiatría.

8. ¿A usted el médico de familia le ha explicado las medidas educativas para evitar el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia?

A: Sí. B: No.

Si responde afirmativamente, menciónelas.

9. ¿A usted el pediatra le ha explicado las medidas educativas para evitar el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia?

A: Sí. B: No.

Si responde afirmativamente, menciónelas.

Anexo 5.

Operacionalización del riesgo en los adolescentes según el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas y de la atención

Consumo de bebidas alcohólicas.

Mientras más valor tenga el indicador, mayor será el riesgo en el adolescente.

1. Durante su vida, ingestión de bebidas alcohólicas.
 - Si ha tomado, se le da el valor de uno.
 - Si no ha tomado, se le da el valor de cero.
2. Consumo de bebidas alcohólicas por primera vez.
 - En la primaria, se le da el valor de dos.
 - En la secundaria, se le da el valor de uno.
3. Mantenimiento del hábito.
 - Si ha seguido tomando bebidas alcohólicas, se le da el valor de uno.
 - Si no ha seguido tomando, se le da el valor de cero.
4. Si mantiene el hábito, momento en que las consume.
 - Durante toda la semana, se le da el valor de tres.
 - Otros días de la semana, se le da el valor de dos.
 - Los fines de semana, se le da el valor de uno.
5. Consideración de si ingerir bebidas alcohólicas es dañino (percepción del riesgo).
 - Si lo considera dañino, se le da el valor de cero.
 - Si no lo considera, se le da el valor de uno.
6. Información sobre los peligros (daños) del hábito de consumir bebidas alcohólicas.
 - Si ha recibido información, se le da el valor de cero.
 - Si no la ha recibido, se le da el valor de uno.
7. Vías por las que ha obtenido la información.
 - Si la recibió por una o dos vías, se le da el valor de uno.
 - Si la ha recibido por tres o más vías, se le da el valor de cero.

Adolescente de alto riesgo: si la suma de los ítems es de siete a diez.

Adolescente de mediano riesgo: si la suma de los ítems es de cuatro a seis.

Adolescente de bajo riesgo: si la suma de los ítems es de uno a tres.

Adolescente no riesgo: si la suma de los ítems es cero.

Atención según criterios de los adolescentes.

Mientras mayor sea el valor del ítem, mejor criterio de la atención.

1. Si ha acudido al médico.
 - Si la última consulta fue en el consultorio, se le da el valor de tres.
 - Si la última consulta fue en el policlínico, se le da el valor de dos.
 - Si la última consulta fue en el hospital pediátrico, se le da el valor de uno.
 - Si refiere que no ha acudido, se le da el valor de cero.
2. Información acerca de la atención a la adolescencia por cualquier persona.
 - Si refiere que ha recibido información, se le da el valor de uno.
 - Si refiere que no ha recibido información, se le da el valor de cero.

Lugar en el que ha recibido la información.

- Si refiere cuatro o cinco lugares, se le da el valor de seis.
- Si refiere dos o tres lugares, se le da el valor de cinco.
- Si refiere que en el consultorio, se le da el valor de cuatro.
- Si refiere que en la escuela, se le da el valor de tres.
- Si refiere que en el policlínico, se le da el valor de dos.
- Si refiere en el hospital, se le da el valor de uno.
- Si refiere otro lugar, se le da el valor de cero.

3. Si se siente a gusto en la sala de espera de la consulta con otras personas que no son de su edad, se le da el valor de dos.

- Si le da igual, se le da el valor de uno.
- Si no se siente a gusto, se le da el valor de cero.

4. La privacidad: se considera cuando las condiciones permiten que el adolescente hable a solas con el médico y pueda expresar abiertamente su problema de salud.

Cuando ha ido al médico:

- Si conversa a solas con él, se le da el valor de uno (evidencia que hay privacidad).
- Si no conversa a solas con él, se le da el valor de cero.

5. La confiabilidad: cuando siente confianza con su médico y es capaz de expresarle su problema de salud.

- Si es capaz de hablar de cualquier tema con su médico, se le da el valor de uno (evidencia que hay confiabilidad).
- Si no es capaz de hablar, se le da el valor de cero.

6. La confidencialidad: cuando las entrevistas del adolescente y el médico no serán comentadas con los padres sin su permiso, a excepción de peligro para su vida o la de otra persona (carácter privado o privilegiado de la información).

- Si siente miedo de que lo que le diga a su médico se lo cuente a sus padres, se le da el valor de cero (evidencia que no hay confidencialidad).
- Si no siente miedo, se le da el valor de uno.

7. Cuando asiste a la consulta:

- Si lo atienden rápido, se le da el valor de uno.
- Si demora en la sala de espera, se le da el valor de cero.

8. - Si está de acuerdo en que lo citen para acudir al médico aunque no esté enfermo, se le da el valor de uno.

- Si no está de acuerdo, se le da el valor de cero.

9. Satisfacción por la atención recibida.

- Si refiere que se siente satisfecho, se le da el valor de dos.
- Si refiere que está moderadamente satisfecho, se le da el valor de uno.
- Si refiere que está insatisfecho, se le da el valor de cero.

10. Información por el médico en la consulta de la importancia de la atención a la adolescencia para prevenir el consumo de bebidas alcohólicas.

- Si no le informa, se le da el valor de cero.
- Si le informa, se le da el valor de uno.

11. Del personal de salud. Si considera que debe atenderlo:

- El médico de familia, se le da el valor de cuatro.
- El pediatra, se le da el valor de tres.
- El psicólogo, se le da el valor de dos.
- El psiquiatra, se le da el valor de uno.

12. - Si desea que se mejore la forma de atención que ha recibido hasta el momento, se le da el valor de uno.

- Si no lo desea, se le da el valor de cero.

Atención

Muy buena: si la suma de los ítems es de 19 a 25.

Buena: si la suma de los ítems es de 12 a 18.

Regular: si la suma de los ítems es de seis a 11.

Mala: si la suma de los ítems es de cero a cinco.

Anexo 6.

Operacionalización de la atención según criterios del personal jerárquico de la salud

Mientras mayor sea el valor del ítem, mejor será el criterio de la atención.

1. – Si están definidas las funciones del médico de familia para la atención a la adolescencia temprana con consumo étlico o vulnerable a esta conducta, se le da el valor de uno.

- Si no están definidas, se le da el valor de cero.
- Si responde tres funciones o más, se le da el valor de tres.
- Si responde dos, se le da el valor de dos.
- Si responde una, se le da el valor de uno.
- Si no responde ninguna, se le da el valor de cero.

2. – Si están definidas las funciones del pediatra para la atención a la adolescencia temprana con consumo étlico o vulnerable a esta conducta, se le da el valor de uno.

- Si no están definidas, se le da el valor de cero.
- Si responde tres funciones, se le da el valor de tres.
- Si responde dos funciones, se le da el valor de dos.
- Si responde una, se le da el valor de uno.
- Si no responde ninguna, se le da el valor de cero.

3. – Si existe documentación en el área de salud que permita conocer el comportamiento del consumo étlico en la adolescencia temprana, se le da el valor de uno.

- Si no existe documentación, se le da el valor de cero.
- Si menciona tres, se le da el valor de tres.
- Si menciona dos, se le da el valor de dos.
- Si menciona una, se le da el valor de uno.
- Si no menciona ninguna, se le da el valor de cero.

4. – Si los actuales servicios de salud para el adolescente se adecuan a las reales necesidades y expectativas de este grupo de edad, se le da el valor de uno.

- Si no se adecuan, se le da el valor de cero.

5. – Si menciona tres acciones que se realizan en el área que permiten la implementación del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes en lo referente a la temática de las conductas de riesgo en el adolescente, se le da el valor de tres.

- Si menciona dos, se le da el valor de dos.
- Si menciona una, se le da el valor de uno.
- Si no menciona ninguna, se le da el valor de cero.

6. Si considera que planificar una consulta propia para los adolescentes en la atención primaria de salud es:

- Muy necesario, se le da el valor de dos.
- Necesario, se le da el valor de uno.
- No necesario, se le da el valor de cero.

7. Si considera que el horario de atención más adecuado en caso de que se decida implementar una consulta para adolescentes es:

- De 5:00 p. m. a 9:00 p. m., se le da el valor de tres.
- De 1:00 p. m. a 5:00 p. m., se le da el valor de dos.
- De 8:00 a. m. a 12:00 a. m., se le da el valor de uno.

8. – Si señala tres o más requisitos que debe tener una consulta para adolescentes en la atención primaria, se le da el valor de tres.
- Si señala dos, se le da el valor de dos.
 - Si señala uno, se le da el valor de uno.
 - Si no señala ninguno, se le da el valor de cero.
9. – Si considera que son importantes las coordinaciones con la escuela para garantizar una adecuada atención al adolescente, se le da el valor de uno.
- Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
10. – Si considera que las investigaciones sobre adolescencia influirán en la disminución de la morbilidad y en la garantía de un adulto sano, se le da el valor de uno.
- Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
11. – Si considera una necesidad la elaboración de una metodología para favorecer la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta en la atención primaria de salud como guía general para el profesional en formación, el médico de familia y para el propio pediatra, se le da el valor de uno.
- Si no lo considera, se le da el valor de cero.

Atención

Muy buena: si la suma de los ítems es de 21 a 27.

Buena: si la suma de los ítems es de 14 a 20.

Regular: si la suma de los ítems es de siete a 13.

Mala: si la suma de los ítems es de cero a seis.

Anexo 7.

Operacionalización de la atención según criterios del personal de educación

Mientras mayor sea el valor del ítem, mejor será el criterio de la atención.

Aspectos relacionados con la atención propiamente dicha

1. – Si refiere que se orientan, en su colectivo docente, acciones para la prevención del consumo étílico en la adolescencia temprana, se le da el valor de uno.
 - Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
2. – Si la respuesta anterior es afirmativa y refiere:
 - Que las acciones se encuentran planificadas sistemáticamente, se le da el valor de dos.
 - Que las acciones no están planificadas sistemáticamente, se le da el valor de uno.
3. – Si refieren que existen, en el centro escolar, orientaciones definidas para la atención diferenciada a los adolescentes de 10 a 14 años, se le da el valor de uno.
 - Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
4. – Si considera que existen entre el área de salud y la escuela las coordinaciones necesarias para garantizar una adecuada atención a los adolescentes con consumo étílico, se le da el valor de uno.
 - Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
5. – Si considera de utilidad la creación de una consulta para adolescentes, se le da el valor de uno.
 - Si no lo considera, se le da el valor de cero.
6. – Si considera que el horario de atención más adecuado en caso de que se decida implementar una consulta para adolescentes es:
 - De 5:00 p. m. a 9:00 p. m., se le da el valor de tres.
 - De 1:00 p. m. a 5:00 p. m., se le da el valor de dos.
 - De 8:00 a. m. a 12:00 a. m., se le da el valor de uno.

Atención

Muy buena: si la suma de los ítems es de siete a nueve.

Buena: si la suma de los ítems es de cinco a seis.

Regular: si la suma de los ítems es de tres a cuatro.

Mala: si la suma de los ítems es de uno a dos.

Aspectos relacionados con la motivación

- Si los atiende a gusto muy frecuentemente, se le da el valor de tres.
- Si los atiende a gusto frecuentemente, se le da el valor de dos.
- Si los atiende a gusto poco frecuentemente, se le da el valor de uno.

- Si los atiende con paciencia con mucha frecuencia, se le da el valor de tres.
- Si los atiende con paciencia de manera frecuente, se le da el valor de dos.
- Si los atiende con paciencia, pero con poca frecuencia, se le da el valor de uno.

- Si se siente con mucha frecuencia comprometido con su atención, se le da el valor de tres.
- Si se siente de manera frecuente comprometido con su atención, se le da el valor de dos.
- Si se siente con poca frecuencia comprometido con su atención, se le da el valor de uno.

- Si les brinda afecto muy frecuentemente, se le da el valor de tres.
- Si les brinda afecto frecuentemente, se le da el valor de dos.
- Si les brinda afecto poco frecuentemente, se le da el valor de uno.

Se considera motivado si la suma de los ítems es de siete a 12.

No se considera motivado si la suma de los ítems es de uno a seis.

Aspectos relacionados con la capacitación

1. – Si responde que ha recibido información sobre el consumo étlico en la adolescencia temprana, se le da el valor de uno.

– Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.

Si responde afirmativamente, vías a través de las que ha recibido la información: televisión, radio, prensa, personal de la salud u otras.

– Si señala una a dos, se le da el valor de uno.

– Si señala tres o cuatro, se le da el valor de dos.

– Si señala cinco o más, se le da el valor de tres.

2. – Si considera que, en su formación, es necesario potencializar la información relacionada con el consumo étlico en la adolescencia temprana, se le da el valor de uno.

– Si considera que no es necesario, se le da el valor de cero.

3. – Si considera que, en su centro escolar, existen profesores con conocimientos suficientes en esta temática, se le da el valor de uno.

– Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.

4. – Si considera que, en el municipio, existen profesores con conocimientos suficientes en esta temática, se le da el valor de uno.

– Si no lo considera, se le da el valor de cero.

Se considera capacitado si la suma de los ítems es de cuatro a siete.

No se considera capacitado si la suma de los ítems es de cero a tres.

Anexo 8.

Operacionalización de la atención según criterios de la familia

Mientras mayor sea el valor del ítem, mejor será el criterio de la atención.

1. – Si conoce dónde acudir ante algún problema de salud que presente su hijo adolescente, se le da el valor de uno.
 - Si refiere que no lo conoce, se le da el valor de cero.

Si responde afirmativamente y señala que el lugar más importante es:

- El consultorio médico de familia, se le da el valor de cuatro.
 - El policlínico, se le da el valor de tres.
 - El hospital pediátrico, se le da el valor de dos.
 - La consulta de Psicología o Psiquiatría, se le da el valor de uno.
2. – Si plantea que deben establecerse consultas propias para adolescentes, se le da el valor de uno.
 - Si refiere que no deben establecerse, se le da el valor de cero.
 3. – Si responden de forma afirmativa y el horario sugerido es:
 - De 5:00 p. m. a 9:00 p. m., se le da el valor de tres.
 - De 1:00 p. m. a 5:00 p. m., se le da el valor de dos.
 - De 8:00 a. m. a 12:00 a. m., se le da el valor de uno.
 4. – Si, cuando asiste a consulta con su hijo adolescente, considera que se tratan aspectos relacionados con las acciones para evitar el consumo de bebidas alcohólicas, se le da el valor de uno.
 - Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
 5. Si, cuando asiste a consulta con su hijo, se siente:
 - Satisfecho, se le da el valor de tres.
 - Moderadamente satisfecho, se le da el valor de dos.
 - Insatisfecho, se le da el valor de uno.
 6. – Si considera que deben mejorarse los servicios de atención al adolescente en el consultorio médico de familia y policlínico, se le da el valor de uno.
 - Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
 7. Especialista más apropiado para tratar adolescentes.
 - Si responde que debe ser el especialista en Medicina General Integral (médico de familia), se le da el valor de cuatro.
 - Si responde que debe ser el pediatra, se le da el valor de tres.
 - Si responde que debe ser el psicólogo, se le da el valor de dos.
 - Si responde que debe ser el psiquiatra, se le da el valor de uno.
 8. – Si refiere que el médico de familia le ha explicado las medidas educativas para evitar el consumo de bebidas alcohólicas, se le da el valor de uno.
 - Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.
 9. – Si refiere que el pediatra le ha explicado las medidas educativas para evitar el consumo de bebidas alcohólicas, se le da el valor de uno.
 - Si la respuesta es negativa, se le da el valor de cero.

Atención

Muy buena: si la suma de los ítems es de 16 a 20.

Buena: si la suma de los ítems es de 11 a 15.

Regular: si la suma de los ítems es de seis a 10.

Mala: si la suma de los ítems es de uno a cinco.