

Intervención educativa en salud para prevenir la violencia en estudiantes adolescentes

Health education intervention for prevention of violence in adolescent students

MPHE. Jessenia Zayas-Ríos,¹ PhD. Víctor Reyes-Ortiz,¹ MSc. Darleen González-Cortés,¹ MPH. Santos Villarán Gutiérrez,^{1,2} MPH. Gabriel Vilella Rivera¹

¹ Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Biosociales. San Juan, Puerto Rico.

^{1,2} Departamento de Salud de Puerto Rico, Programa de Madres, Niños y Adolescentes. San Juan, Puerto Rico.

RESUMEN

Introducción: la capacitación de los jóvenes en los contenidos de la violencia puede mejorar sus relaciones con padres, maestros y amigos.

Objetivo: evaluar una intervención educativa en salud acerca de la violencia y sus consecuencias en adolescentes.

Métodos: investigación de tipo evaluativa realizada en el 2013 en 23 estudiantes identificados con problemas de violencia y que cursan grados intermedios en una escuela pública en Puerto Rico. El primer segmento de la intervención tuvo énfasis en la parte cognoscitiva y en la segunda parte se utilizó una estrategia motivacional para modificar actitudes hacia la violencia. Antes y después de la intervención se aplicó un cuestionario basado en el Modelo de Conocimiento, Actitudes y Prácticas para la prevención de la violencia.

Resultados: El 52,17 % (n= 12) eran féminas. La edad promedio fue de $14 \pm 1,51$ años. Después de la intervención, el 56,53 % (n= 13) de los participantes demostró tener buen conocimiento sobre violencia y el 47,05 % (n= 8) tenían una actitud positiva hacia la misma. La intervención logró un cambio en conocimiento ($\Delta=-2,178$, $p= 0,03$), pero no hubo diferencia significativa en cuanto a la actitud hacia la violencia ($\Delta=-1,124$, $p= 0,26$).

Conclusiones: la intervención realizada es eficaz en el incremento de conocimientos acerca de la violencia, no así para modificar las actitudes hacia la misma. Una sola actividad no es suficiente para causar el cambio deseado. Es indispensable la colaboración

de los sectores que pueden ayudar a los jóvenes a adoptar nuevas figuras de autoridad que rechacen la violencia.

Palabras clave: evaluación, intervención, violencia, prevención, educación en salud.

ABSTRACT

Introduction: training of young people in the violence content may improve their relationship with parents, teachers and friends.

Objective: to evaluate a health education intervention about violence and its consequences for adolescents.

Methods: Evaluative research conducted in 2013 in 23 students with violence problems, who are studying at intermediate grades of a public school in Porto Rico. The first segment of intervention made emphasis on the cognitive aspects whereas the second one used a motivational strategy to modify attitudes towards violence. Before and after the intervention, a questionnaire was provided, which was based on the Knowledge, Attitudes and Practices for the Prevention of Violence Model.

Results: in the sample, 52.17 % (n= 12) were females and the average age of participants was 14 ± 1.51 years. After the intervention, 56.53 % (n= 13) proved to have good knowledge about violence and 47.05% (n= 8) had positive attitude toward violence. The intervention managed to change the level of knowledge ($U = -2.178$, $p = 0.03$) but no significant difference was observed about attitudes toward violence in the participants ($U = -1.124$, $p = 0.26$).

Conclusions: the intervention is effective in terms of increasing knowledge about violence rather than modifying positive attitude toward it. Just one activity is not enough to bring about the desired change. It is then indispensable to encourage the cooperation among the sectors that might help the young people to adopt new authoritative attitudes that reject violence.

Keywords: evaluation, intervention, violence, prevention, health education.

INTRODUCCIÓN

La violencia se ha considerado como un acto que atenta contra las personas o incluso contra la misma que ejecuta el acto de violencia y causa algún daño físico, sicológico y puede llegar a provocar la muerte.¹ Los diferentes tipos de violencia son: física, sexual, emocional, doméstica, social e institucional. Algunos de los factores de riesgo asociados a la violencia incluyen: 1) discriminación social, 2) segregación racial, 3) disposición de armas de fuego, 4) consumo de drogas y alcohol, 5) falta de información y educación, 6) abuso infantil, 7) exposición de los niños a la violencia, 8) desempleo y 9) pobreza. Los comportamientos violentos pueden deberse a la interacción o convergencia de factores genéticos, psicológicos (familia/social) y de aprendizaje/conocimiento.

Los factores que se asocian al comportamiento violento en los jóvenes incluyen: creencias y actitudes antisociales, fracaso académico, comportamiento agresivo, relaciones familiares y sociales débiles, pobreza y presenciar ambientes de delincuencia en la comunidad. Los adolescentes que están mayormente expuestos a la violencia tienen mayor riesgo de experimentar las consecuencias de esta a nivel

emocional. Es por esto que es necesario trabajar desde diferentes perspectivas para combatir los actos de violencia desde la educación en salud.

Siendo la violencia un problema de salud pública por sus repercusiones en el desarrollo de los jóvenes adolescentes y también para la sociedad por costos humanos, económicos y sociales, es imperativo reconocer la necesidad y tomar acción inmediata, de ahí que el objetivo de este trabajo es evaluar una intervención educativa en salud acerca de la violencia y sus consecuencias en adolescentes.

MÉTODOS

Investigación de tipo evaluativa realizada en mayo de 2013 en 23 estudiantes adolescentes que cursan grados desde séptimo a noveno en una escuela del sector público en el área metropolitana de Puerto Rico. Estos jóvenes fueron escogidos por el personal docente y administrativo de la escuela debido a su comportamiento antisocial durante el transcurso del año escolar.

La intervención educativa consistió en dos secciones: una parte cognoscitiva que ofreció educación acerca de la violencia y una estrategia motivacional que pretendió trabajar las actitudes de los jóvenes. Además, se facilitó una encuesta antes de la intervención salubrista educativa (preprueba) y al finalizar se repitió el cuestionario (posprueba).

Las pruebas suministradas se construyeron utilizando el modelo de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP), un modelo que explica la influencia de los conocimientos y actitudes sobre las conductas en relación con un tema determinado. De acuerdo al análisis de los resultados, se pudieron identificar problemas de salud e implementar estrategias de intervención.

El instrumento recopiló información del perfil sociodemográfico, el conocimiento que adquirieron los jóvenes sobre violencia y sus dimensiones y las actitudes hacia eventos violentos. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Por otra parte, se realizaron análisis inferenciales para evaluar los cambios en conocimientos y actitud respecto a la violencia utilizando la prueba no-paramétrica de Mann-Whitney. Para identificar los elementos que pudieran explicar la actitud de los participantes, se realizó una regresión múltiple tipo *backward*. La significación estadística para los análisis inferenciales fue de $p < 0,10$. El programa estadístico utilizado fue STATA 12.0.

RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

De los 23 estudiantes participantes, el 47,83 % ($n= 11$) eran varones y el 52,17 % ($n=12$) eran féminas. La edad promedio fue de 14 ($\pm 1,51$). Particularmente, el 34,78 % ($n= 8$) tenía entre 12 y 13 años de edad, mientras el 60,86 % ($n= 14$) estaba entre los 14 y 15 años. Finalmente, el 4,35 % ($n= 1$) resultó ser un participante de 17 años de edad.

Acerca de la afiliación religiosa respondieron 19 alumnos, de ellos el 47,37 % (n= 9) indicó que practican la religión pentecostal/evangélica, seguido del 31,58 % (n= 6) que practican la religión protestante. Solo el 15,79 % (n= 3) de los estudiantes eran católicos y el 5,26 % (n= 1) no profesa religión alguna.

El 52,17 % (n= 12) de los participantes estaba en noveno grado, el 30,43 % (n= 7) en séptimo y el 17,39 % (n= 4) restante cursaba estudios en el octavo grado. El promedio académico tuvo una mediana de 3,0 entre los participantes que lo informaron, sin embargo, 30 % (n= 3) documentaron un promedio académico entre 2,51 a 3,49, al igual que el 30 % (n= 3) que tuvo un promedio académico entre 2,00 a 2,50. El resto de los participantes que indicaron su promedio académico representó el 40 % (n= 4) y tenían un promedio académico entre 3,51 a 4,00. Además, el 68,18 % (n= 15) de la muestra señaló haber tomado algún curso de salud.

CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES SOBRE VIOLENCIA

Para medir las variables de conocimiento y actitud, se administró una preprueba antes de la intervención y al finalizar la actividad los participantes completaron una posprueba. La escala de conocimiento tuvo una consistencia interna de 0,70. Por otra parte, la escala de actitud tuvo una consistencia interna de 0,78. El 100 % (n= 23) de los participantes completó la preprueba, y el 91,30 % (n= 21) logró completar la posprueba. Al comparar ambas pruebas, resultó que, de acuerdo a la preprueba, el 56,53 % (n= 13) tenía un conocimiento *promedio* acerca de la violencia, seguido por el 39,13 % (n= 9) que tenía *poco* conocimiento acerca del concepto. Solo el 4,35 % (n= 1) resultó tener un alto conocimiento acerca de la violencia. De igual forma, los resultados de la posprueba de 20 estudiantes quienes respondieron las premisas de la subescala de conocimiento, indicaron que el 25 % (n= 5) tenía *poco* conocimiento, seguido del 75 % (n= 15) con un conocimiento *promedio*. Ninguno de los participantes mostró tener un conocimiento considerablemente *alto* luego de la posprueba.

El 100 % (n= 20) de los participantes que contestaron las premisas en la posprueba consideró que la violencia es solamente cuando se agrede a otra persona y percibieron que el suicidio no es violencia; el 80 % (n= 16) de los estudiantes tenía la percepción de que cuando la comunidad se reúne con un fin de protesta y terminan a empujones no es violencia (tabla 1).

ACTITUD DE LOS PARTICIPANTES HACIA LA VIOLENCIA

Los resultados generales de la preprueba relacionado a la actitud indicaron que el 60,87 % (n= 14) tenía una actitud considerablemente favorable al concepto de violencia, seguido del 34,78 % (n= 8) con una actitud poco favorable. Solo el 4,35 % (n= 1) indicó tener una posición neutral al concepto. Por otra parte, en la posprueba, el 47,62 % (n= 10) con comportamiento favorable al concepto, pero 47,62 % (n= 10) declaró tener una actitud poco favorable. Únicamente el 4,76 % (n= 1) mantuvo una posición neutral en relación con la violencia.

En la posprueba, el 60,87 % (n= 14) estuvo totalmente en *desacuerdo* con que la violencia se debe detener solo si hay sangre. Además, el 47,62 % (n= 10) indicó estar *totalmente de acuerdo* con que se detenga la violencia solo en casos extremos o amenaza de vida. De igual forma, el 43,48 % (n= 10) de los participantes estuvo *totalmente de acuerdo* con que la violencia es algo inevitable. También, el 65,22 % (n= 15) de los participantes indicó que están *totalmente de acuerdo* con que hay que avisar si alguien está involucrado en un evento violento para ayudarlo (tablas 2 y 3)

Tabla 1. Distribución de frecuencia y porcentaje del conocimiento de la violencia entre los participantes

Premisa	Preprueba					Posprueba				
	Si	%	No	%	Total	Si	%	No	%	Total
Violencia es únicamente agredir a otra persona.	23	100	-	-	23	20	100	-	-	43
El suicidio no es violencia.	23	100	-	-	23	20	100	-	-	43
Violencia sexual es únicamente cuando hay penetración a la fuerza.	22	95,65	1	4,35	23	20	85	1	15	43
Violencia incluye abuso de poder, amenaza y uso de la fuerza.	20	86,96	3	13,04	23	17	90	3	10	43
Recibir un piropo con connotación sexual no deseada es violencia sexual.	15	65,22	8	34,78	23	18	90	8	10	43
Un insulto no es violencia.	23	100	-	-	23	20	100	-	-	43
Ejercer dominio de los derechos humanos es violencia.	3	13,04	20	86,96	23	12	60	20	40	43
Cuando la comunidad se reúne para protesta y terminan a empujones no es violencia.	13	56,52	10	43,48	23	16	80	4	20	43

ANÁLISIS INFERENCIALES

Los resultados de la evaluación de la intervención ilustraron que para el *conocimiento* hubo una diferencia significativa en la distribución antes y después de la intervención ($U = -2,278 p = 0,03$). Por consiguiente, la intervención logró aumentar el conocimiento sobre violencia entre los participantes. Sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa en la distribución antes y después de la intervención para la *actitud* hacia la violencia en la muestra ($U = -1,124 p = 0,26$).

Entre los factores que ayudaron a un cambio de actitud hacia la violencia estaba el tomar un curso de salud ($\beta = 6,10 p \leq 0,10$). Consecuentemente, el modelo matemático indicó un cambio significativo que explicó con una exactitud moderada el cambio (definido por la siguiente ecuación= $11,27 + 6,10 X$).

Tabla 2. Distribución porcentual por premisa sobre la actitud hacia la violencia según los resultados de la preprueba

Premisa	Totalmente en desacuerdo (%)	En desacuerdo (%)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (%)	De acuerdo (%)	Totalmente de acuerdo (%)
Hay que avisar los eventos violentos para detenerlos.	-	-	30,43	-	69,57
Hay que avisar si alguien está involucrado en un evento violento para ayudarlo.		-	21,74	13,04	65,22
La violencia se debe detener solo si hay sangre.	60,87	8,70	26,09	-	4,35
La violencia se debe detener sólo en casos extremos (amenaza de vida).	30,43	8,70	26,09	-	34,78
La violencia es algo inevitable	26,09	-	26,09	4,35	43,48
Hay que buscar ayuda de profesionales para trabajar con la violencia.	-	-	26,09	4,35	69,56
Los trabajadores sociales son de gran ayuda para trabajar los problemas de violencia.	8,70	-	30,43	-	60,87
El problema de violencia es responsabilidad única de adultos (padres, maestros, y otros).	17,39	13,04	47,83	4,35	17,39

DISCUSIÓN

Siguiendo el modelo teórico CAP, se midió el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes mediante pre y pospruebas. Ambas escalas se han validado con una consistencia interna aceptable dado que lograron medir el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes. Los resultados mostraron que la intervención fue efectiva

al causar un cambio significativo en *conocimiento*; sin embargo, no hubo cambio considerable en la *actitud* de los participantes. Esto indica que una sola intervención no es útil para cambiar las actitudes de los participantes.

Resulta pertinente, por tanto, llevar a cabo actividades que ayuden a cambiar estas actitudes. Hallazgos tales como el que todos los participantes entendieron que a) la violencia es solamente cuando hay agresión física, b) que el suicidio no es violencia y c) que un insulto no es violencia, es preocupante y va en acuerdo con la literatura.⁴ De igual forma, el que aproximadamente la mitad pensó que la violencia es algo inevitable llama a tomar acciones.

De acuerdo con los resultados, poco más de 2/3 partes de la muestra ha tomado el curso de salud. Dado que los análisis de regresión múltiple realizados mostraron que el tomar el curso de salud ayudó a trabajar las actitudes, se debe de incentivar desde allí el cambio. Por último, nuevas actividades podrían ser implementadas en el sistema educativo para reforzar conductas no violentas entre los adolescentes. Según los datos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la violencia entre los adolescentes puede prevenirse mediante talleres, ferias de salud, certámenes de carteles y otros, que podrían ser estrategias efectivas entre los estudiantes adolescentes. De esa manera, se podría fomentar la prevención de la violencia e incrementar tanto el conocimiento como la actitud en los alumnos y demás empleados.

De acuerdo con un programa basado en la evidencia de práctica en Nueva Escocia Occidental, el capacitar a los jóvenes, a sus padres o encargados y a los maestros con aptitudes sociales, optimizó la asistencia escolar, el rendimiento y éxito académico A su vez, mejoró la relación maestro-alumno-padre y la comunicación, lo que conllevó a reducir los incidentes de intimidación (*bullying*) y la cantidad de trabajo perdido por los maestros relacionados con la violencia en sus planteles. Además, como factor protector, implementaron un programa familiar donde los padres reciben adiestramientos en destrezas y actividades conjuntas con sus hijos durante el período de la crianza. También el programa incorpora intervenciones comunitarias recreacionales y de mentoría. Estas actividades aumentaron la tasa de participación de los jóvenes considerados en riesgo de violencia y mejoraron las relaciones familiares y con amigos. Por supuesto, estos resultados se vieron luego de 7 a 10 años practicando estas intervenciones pero hay que mantenerse y continuar trabajando arduamente para lograr el éxito.

Podemos concluir que la intervención realizada es eficaz en el incremento de conocimientos acerca de la violencia, no así para modificar las actitudes hacia la misma. Una sola intervención no hace la diferencia. Es indispensable la colaboración de los sectores que pueden ayudar a los jóvenes a adoptar nuevas figuras de autoridad que rechacen la violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organizacion Mundial de la salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.
2. Coleman R, Thorson E. The effects of news stories that put crime and violence into context: testing the public health model of reporting. J Health Commun. 2002; 7(5): 401–25.
3. Roldán I, Duque E, Barrera J, Pérez R, Carvajal P. La violencia en la televisión nacional y la percepción de los niños. Rev Colomb Psiquiatr. 2011[citado 22 Agos

- 2012]; 40(3):446-56. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014601396>
4. Quinn G, Bell-Ellison B, Loomis W, Tucci M. Adolescent perceptions of violence: Formative research findings from a social marketing campaign to reduce violence among middle school youth. *Public Health.* 2007; 121(5): 357-66.
 5. O'Keefe M. Adolescents' exposure to community and school violence: Prevalence and behavioral correlates. *J Adolesc Health.* 1997; 20(5): 368-76.
 6. Gumucio S. Knowledge Attitudes and Practices Survey Model. In: Gumucio S, editor. The KAP Survey Model. 2011 [cited 2012 Agos 22]:1-73. Available from: https://www.google.com.pr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjABahUKEwiou9fho47IAhVDLB4KHZ6-DNk&url=http%3A%2F%2Fwww.medecinsdumonde.org%2Fcontent%2Fdownload%2F1772%2F13753%2Ffile%2F6c27001736f069d23fab6b06b30ee3a1.pdf&usg=AFQjCNF_WaB1ji7yH7yd769uB8DrMq069Q
 7. Wayne DW. Non parametrics and Distribution-free Statistics. In: Corliss S, editor. Biostatistics: A fundation for Analysis in Health Sciences. 9th ed. EE. UU.: Laurie Rosatone; 2009. p. 703.
 8. Wayne DW. Regression Analysis: Some Additional Techniques. In: Corliss S, editor. Biostatistics: A fundation for Analysis in Health Sciences. 9th ed. EE. UU.: Laurie Rosatone; 2009. p. 536-565.
 9. Centers of Disease Control and Prevention. Global Violence .Atlanta: CDC; 2012 [cited 2012 Dic. 22]. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/globalviolence/index.html>
 10. Yonas M a. Addressing youth violence. *J Public Health Manag Pract.* 2002; 10(6):567-8.

Recibido: 8 de septiembre de 2015.

Aprobado: 18 de octubre de 2015.

Jessenia D. Zayas Ríos. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Biosociales. San Juan, Puerto Rico. [J.D. Zayas-Ríos]. Dirección electrónica: jessenia.zayas@upr.edu