



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios de Postgrado
Maestría en Prevención y Atención
Integral de Conductas Adictivas

Coaliciones Comunitarias: Estrategia para reducir el consumo de alcohol

Marielisa Mercedes González Sierra

Guatemala de la Asunción, octubre de 2,019

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

Secretaria

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

Representantes de los Profesores

Astrid Thelheimer Maradiaga

Lesly Danineth García Morales

Representantes Estudiantiles

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONSEJO ACADÉMICO

M.A. Ronald Amilcar Solís Zea

Director de Postgrado

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director de Escuela de Ciencias Psicológicas

Dr. Ph. D. Alex Melgar

M. Sc. Dr. Juan Antonio Álvarez Caal

Titulares



CODIPs 1643-2019

Autorización para impresión proyecto de investigación.

Maestría en Prevención de Atención Integral en Conductas Adictivas con Categoría en Artes

10 de octubre de 2019

Licenciada

Marielisa Mercedes González Sierra

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada González Sierra:

Transcribo a usted el punto **CUADRAGÉSIMO SEXTO (46)** del Acta **SESENTA Y SEIS GUION DOS MIL DIECINUEVE (66-2019)**, de la sesión celebrada por el Consejo el 08 de octubre de 2019, que literalmente dice:

"CUADRAGÉSIMO SEXTO: El Consejo Directivo, Considerando: Que se conoció oficio D.E.Ps 134-2019, de fecha 27 de septiembre, en el que transcribe el Punto CUARTO del ACTA No CADEP-Ps,07-2019 de fecha treinta de agosto de dos mil diecinueve, que se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: "Autorizar la impresión del trabajo final a la **Licenciada Marielisa Mercedes González Sierra**, carne No. **200317182** con el tema "Coaliciones comunitarias, estrategia para reducir el consumo de alcohol." **Acuerda: Autorizar la impresión del proyecto de investigación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas con categoría en Artes**".

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

SECRETARIA**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio "A"**

9ª. Avenida 9-45, zona 11. Tel. 24187530

/Verna



USAC
TRICENTENARIA
Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps. 153-2019

Guatemala, 10 de octubre de 2019

**Autorización para impresión proyecto de investigación.
Maestría en Prevención de Atención Integral en
Conductas Adictivas con Categoría en Artes**

Licenciada

Marielisa Mercedes González Sierra

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada González Sierra:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto CUARTO del ACTA No. CADEP-Ps-07-2019 de fecha treinta de agosto del dos mil diecinueve: se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: ACUERDA: 3) Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con el título **"Coaliciones comunitarias, estrategia para reducir el consumo de alcohol."** 4) programar la graduación como fecha de 25 de octubre para los maestrandos que cumplan con los requisitos académicos y administrativos. -----

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Maestro Ronald Amilcar Solís
Director Departamento de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

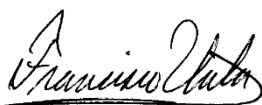
Guatemala, 26 de julio de 2019

Maestro
Ronald Solís Zea
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante **Marielisa Mercedes González Sierra**, previo a optar al grado de **Maestro(a) en prevención y atención integral de conductas adictivas**, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título **"Coaliciones comunitarias, estrategia para reducir el consumo de alcohol"**.

Atentamente,

(f.) 
M. Sc. Francisco José Ureta Morales
Colegiado No. 3327

¿Qué sería de la vida, si no tuviéramos el valor de intentar algo nuevo?

Vincent Van Gogh

Autor Proyecto de Investigación

Marielisa Mercedes González Sierra

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 1917

Coautor

Mtro. Francisco José Ureta Morales

Maestría en Educación especializada en Curriculum

Maestría en Medición, evaluación e investigación educativa

Colegiado No. 3327

INTRODUCCIÓN	<u>1</u>
CAPÍTULO 1	<u>3</u>
GENERALIDADES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	6
ALCANCES	8
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
DEFINICIÓN DE VARIABLES	12
• DEFINICIÓN CONCEPTUAL	12
• DEFINICIÓN OPERACIONAL	13
CAPÍTULO 2	<u>14</u>
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	14
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	29
LA PREVENCIÓN EFECTIVA DEL CONSUMO DE DROGAS CONTRIBUYE SIGNIFICATIVAMENTE A LA PARTICIPACIÓN POSITIVA DE LOS NIÑOS, ADOLESCENTES, JÓVENES Y ADULTOS CON SUS FAMILIAS, ESCUELAS, LUGARES DE TRABAJO Y COMUNIDAD.	29
COALICIONES COMUNITARIAS	32
MARCO LEGAL A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL	45
REFERENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES	63
CAPÍTULO 3	<u>66</u>
MARCO METODOLÓGICO	66
• SUJETOS DE INVESTIGACIÓN	66
• MUESTRA	66
• INSTRUMENTOS	68
• PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN	71
• DISEÑO Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	72
CAPÍTULO 4	<u>74</u>
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	74
CAPÍTULO 5	<u>81</u>
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	85
CAPÍTULO 6	<u>88</u>

PROPUESTA DEL PROGRAMA	88
• ANÁLISIS DE PARTICIPANTES	88
• ANÁLISIS DE PROBLEMAS	93
• ANÁLISIS CONTEXTUAL Y DIAGNÓSTICO	96
• ANÁLISIS DE OBJETIVOS	100
• ANÁLISIS DE OPCIONES	101
• MARCO CONCEPTUAL	107
• MATRIZ DEL PROYECTO	115
• PRESUPUESTO	127
• CRONOGRAMA	128
• EVALUACIÓN DEL PROYECTO	130
<u>CAPÍTULO 7</u>	<u>132</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>137</u>
<u>APÉNDICES</u>	<u>143</u>
GLOSARIO	143

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol y el uso nocivo de éste.

Una gran variedad de problemas relacionados con el alcohol puede tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias; además, pueden afectar gravemente a la vida comunitaria.

En el ámbito de la intervención social, las organizaciones comunitarias constituyen un contexto básico de participación ciudadana a través del cual los individuos toman decisiones en las instituciones, programas y contextos que les afectan (Heller, Reinhartz, & Riger, 1984), siendo la participación social, como generadora de capital social y desarrollo comunitario, de suma importancia entre las características sociopolíticas y culturales de los contextos que favorecen la integración comunitaria y el bienestar social.

Con frecuencia, los problemas de la comunidad son demasiado importantes y complejos para ser abordados por una sola institución u organización social y en esas circunstancias, organizar a individuos y grupos sociales en torno a una meta común y trabajar juntos para su logro, puede ser una estrategia eficaz para optimizar los recursos comunitarios y aplicarlos a la resolución del problema.

Como resultado de la investigación se presenta el proyecto de Coaliciones Comunitarias como estrategia para reducir el consumo de alcohol y que además, permiten abordar aspectos fundamentales relacionados con la complejidad del consumo de drogas y su multicausalidad, pues este fenómeno involucra factores: psicológicos, biológicos, sociales, económicos, políticos y ambientales, entre otros.

A través de una investigación cualitativa, se recopiló información de actores claves de la comunidad: líderes y beneficiarios de las coaliciones, quienes evidenciaron la necesidad de conectar múltiples sectores de la comunidad para crear espacios de participación ciudadana, que contribuyan a mejorar las condiciones locales en la temática de prevención del consumo de drogas.

En virtud de lo anterior, mediante la propuesta de Coaliciones Comunitarias se realizarán procesos de sensibilización y capacitación de los actores clave y miembros de la comunidad, para elaborar intervenciones de prevención del consumo de drogas que se adapten a las necesidades locales y por consiguiente, se asegure su efectividad.

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

Líneas de investigación

Tabla 1 – Descripción de las áreas, líneas de investigación y vinculación con el proyecto

Área	Línea de investigación	Vinculación con el proyecto
Salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca	 Apoyo social.  Adicciones, causas y efectos, prevención y tratamiento.  Componentes sociales, económicos, culturales y psicológicos de las adicciones.  Salud mental y calidad de vida.	Es necesario profundizar en los factores que inciden al consumo de alcohol a nivel comunitario, con el objetivo de conocer la dinámica del mismo y realizar un análisis de los medios de vida de la población, para brindar alternativas que se adapten a las necesidades locales y de esta manera, desarrollar
Asentamientos humanos	 Participación y descentralización en las experiencias de concejos municipales.  Ordenamiento y planificación territorial.	estrategias de intervención efectivas que se caractericen por promover estilos de vida saludables, enfocados en el fortalecimiento de factores de protección en la prevención del consumo de drogas.

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017) refiere en su Informe Mundial sobre Drogas, que aproximadamente 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Aún más inquietante es el hecho de que unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento.

Sin embargo, la oferta y acceso a servicios especializados de esos trastornos y de las dolencias conexas, siguen siendo limitados, ya que menos de una de cada seis de las personas afectadas reciben tratamiento cada año.

Al menos dos veces más hombres que mujeres sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, una vez que las mujeres inician el consumo de sustancias, en particular alcohol, cannabis, opioides y cocaína, tienden a aumentarlo más rápidamente que los hombres, razón por la cual pueden llegar también más rápidamente que ellos a sufrir trastornos. Además, las mujeres tienen menos acceso que los hombres al tratamiento necesario.

Este fenómeno se ha evidenciado en los pacientes que son atendidos en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), ya que los informes mensuales del Observatorio Nacional sobre Drogas, refieren el incremento de consumo de alcohol en mujeres adolescentes y adultas.

En Guatemala, el alcohol es la droga lícita de mayor consumo y desempeña un papel fundamental en las comunidades ya que cohesiona a la población al ingerirse en eventos que se enmarcan en los ciclos principales de la vida: celebrar el nacimiento de un hijo, rituales, al concluir los estudios, celebraciones o fiestas locales, inauguración de inmuebles, entre otras, sin embargo cuando se llega a los excesos, también es causa de violencia y crimen.

Es sumamente relevante profundizar en los factores que inciden en el consumo de alcohol a nivel comunitario, para conocer la dinámica existente e identificar alternativas que promueven comunidades saludables, por tal razón se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿son las coaliciones comunitarias una estrategia aplicable en Guatemala para brindar una alternativa a las necesidades locales en el tema de las drogodependencias, específicamente para la prevención del consumo de alcohol?

JUSTIFICACIÓN

La problemática de las drogas ha sido catalogada como un problema mundial y se constituye como un fenómeno complejo, dinámico y multicausal. En la región Latinoamericana, los problemas relativos a las drogas adquieren cada día una relevancia mayor e impactan el desenvolvimiento de toda sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), define droga como “toda sustancia que, al ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre su sistema nervioso central, puede modificar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas”, su estado de ánimo, pensamiento, forma de actuar, la coordinación motora e inducen a las personas que las toman a seguir consumiéndolas por los efectos que provocan.

Asimismo, el Estado de Guatemala ha sido parte de diversas declaraciones, dentro de las cuales se han estipulado lineamientos importantes en referencia al desarrollo y adopción de políticas de drogas con un enfoque integral, de salud pública y basadas en la realidad social, económica y cultural de los Estados.

Es importante reconocer que se encuentran desafíos persistentes, nuevos y cambiantes, los cuales requieren de una política pública que -conforme los lineamientos internacionales-, responda a las necesidades de la población en condición de vulnerabilidad ante la problemática que generan las drogas, considerando sus prioridades y necesidades, implementando un enfoque integrado, multidisciplinario, equilibrado, amplio y basado en evidencia científica, incorporando perspectivas de género y etaria, tomando en cuenta el principio de flexibilidad suficiente mediante la responsabilidad común y compartida.

Es por ello, que Guatemala se encuentra en un momento propicio para identificar, desarrollar e implementar acciones enfocadas en la prevención del consumo de drogas, tanto por el involucramiento del tema en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como los compromisos internacionales adquiridos, que promueven la cooperación y asistencia técnica necesaria para fortalecer los procesos vinculados con la prevención y la promoción de estilos de vida saludables.

ALCANCES

El principal alcance de la metodología narrativa aplicada, es que permite una descripción densa de la percepción de los sujetos consultados, en relación a la posibilidad que tienen las Coaliciones Comunitarias para prevenir el consumo de alcohol.

Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva.

La información se recolecta con la finalidad de analizarla, para comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones, experiencias o circunstancias, los eventos que suceden al paso del tiempo y los patrones que se desarrollan (Miles, Huberman y Saldaña, 2013; y Jorgensen, 1989).

Los propósitos centrales del análisis cualitativo están enfocados en explorar los datos para imponerles una estructura (organizándolos en unidades y categorías) y de esta manera, describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones.

Este tipo de análisis, permite descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema.

Asimismo, contribuyen a comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, reconstruir hechos e historias, vincular los resultados con el conocimiento disponible y generar una teoría fundamentada en los datos.

Debido a la naturaleza de la investigación, la principal limitante fue la cantidad de personas que pueden brindar información, ya que no se han sistematizado las experiencias y se carece de registros formales de recopilación que contengan incluso los datos de los miembros de la coalición.

Se experimentó resistencia de algunos miembros de la comunidad para proporcionar información, ya que es un tema enfocado en las drogas, también existieron dificultades de acceso a las áreas e inseguridad.

A pesar de las limitantes mencionadas, se obtuvo información relevante para los fines de esta investigación:

- Para la comunidad, el liderazgo es un elemento básico que promueve la participación ciudadana, es por ello que consideran a los líderes como personas que pueden realizar acciones vinculadas con la prevención del consumo de drogas.
- Se reconoce la necesidad de que las estrategias comunitarias propuestas para la prevención del consumo de drogas, respeten aspectos culturales como: respetar costumbres, apegadas a las tradiciones, formas de vivir y unir a la comunidad, lo cual puede ser contraproducente, si en algunos de estos aspectos está vinculado el consumo de alcohol.
- Las tiendas y las cantinas, son los lugares identificados en los que existe venta de alcohol y también son lugares en los que se consume, además de algunos espacios públicos, incrementándose en las festividades.
- Identifican el consumo de alcohol como un problema de la comunidad, el cual es serio, peligroso, dañino para la salud y creen que los adolescentes usan alcohol por curiosidad, desobediencia y falta de educación, desintegración familiar, falta de presencia de los padres porque han migrado a otros países, problemas académicos o familiares.

- La coalición propone un plan de trabajo, siendo responsables de su cumplimiento los sectores que la integran y otras autoridades. Este plan pretende capacitar, concientizar y divulgar información que contribuya a prevenir el consumo de alcohol.
- Las coaliciones coinciden en que realizan reuniones mensuales, en las que cada uno contribuye conforme su capacidad y trabajan en equipo de forma responsable, ya que están interesados en el avance de su comunidad.
- Posterior a la implementación del plan, se evidenció la disminución del consumo en los adolescentes, reducción de violencia y concientización del problema.

Por lo anterior, es fundamental reconocer la importancia de la prevención del consumo de drogas, para contribuir al bienestar y desarrollo integral de la población, mediante la implementación de planes, programas, proyectos, estrategias y otras intervenciones, ya que la problemática de drogas es un tema sensible, que se encuentra en constante cambio y continúa planteando retos para la salud, seguridad y bienestar de toda la población.

La estrategia identificada como propicia para contribuir a concientizar sobre los problemas psicológicos, sanitarios, sociales, económicos y comunitarios causados por el uso nocivo del alcohol, son las coaliciones comunitarias, ya que éstas contribuyen a desarrollar acciones que permiten reforzar el compromiso de los actores clave de la comunidad y adoptar medidas en el tema.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Identificar los factores que inciden en la conformación y sostenibilidad de las coaliciones comunitarias, como estrategia para reducir el consumo de alcohol a nivel municipal.

Objetivos específicos

1. Consultar a población experta los factores que inciden en el consumo de alcohol en la comunidad.
2. Brindar alternativas comunitarias que se adapten a las necesidades locales, enfocadas en el fortalecimiento de factores de protección en la prevención del consumo de drogas.
3. Determinar los aspectos que permiten la sostenibilidad de las coaliciones comunitarias enfocadas en la prevención del consumo de drogas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Definición Conceptual**

En esta investigación, una coalición (CADCA, 2005) se define como un arreglo formal para la colaboración entre grupos o sectores de una comunidad en la cual, cada grupo retiene su identidad, pero todos se comprometen a trabajar colectivamente hacia una meta común: construir una comunidad segura, saludable y libre de drogas.

De acuerdo con esta definición, los criterios (Fawcett, Paine, & Schulltz, 2001) que delimitan la naturaleza de una coalición comunitaria son:

- Están constituidas por miembros de la comunidad.
- Se ocupan fundamentalmente de temas locales.
- Abordan las necesidades de la comunidad utilizando sus propios recursos.
- Contribuyen a la resolución de los problemas a través de la colaboración.
- Los distintos sectores de la comunidad están representados suficientemente y pueden trabajar en múltiples temas.

A pesar de las limitaciones que se derivan de estos criterios, las coaliciones comunitarias pueden adoptar diversas formas. En ellas pueden participar una amplia representación de toda la comunidad o sólo estar presentes aquellos grupos de la misma, que están estrechamente vinculados al problema en cuestión.

- **Definición Operacional**

Las categorías identificadas para el desarrollo de la entrevista, fueron divididas para los actores clave y los beneficiarios, teniendo algunos elementos en común: participación comunitaria, consumo de alcohol y consecuencias en la comunidad.

Para los actores clave, el tema de participación comunitaria, fue identificado como comunidad e incorporó 9 items, mientras que para los beneficiarios tuvo 12 items que fueron identificados como tejido social.

En relación a la categoría “consumo”, que fue utilizada para ambos grupos, cada uno incluye 10 items.

La última categoría incorporada en la entrevista de los actores clave fue “coalición” y estuvo integrada por 30 items; para los beneficiarios fue “inseguridad” e incorporó 7 items.

La siguiente tabla contiene un resumen de la descripción operacional:

Tabla 2 - Descripción operacional de variables

POBLACIÓN	CATEGORÍAS	ITEMS	
		CANTIDAD	TOTAL
ACTORES CLAVE	Comunidad	9	49
	Consumo	10	
	Coalición	30	
BENEFICIARIOS	Tejido Social	12	29
	Consumo	10	
	Inseguridad	7	

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017) refiere en su Informe Mundial sobre Drogas, que aproximadamente 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015.

Aún más inquietante es el hecho de que unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol y el uso nocivo de éste.

La Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia al concepto de uso nocivo del alcohol como una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

El uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial; contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa

el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial.

Además, es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención; están surgiendo indicios de que dicho uso contribuye a aumentar la carga de morbilidad relacionada con enfermedades transmisibles como, por ejemplo, la tuberculosis y la infección por el VIH/SIDA, además es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres.

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que consume.

El volumen del consumo de alcohol y la manera en que se consume, plantean importantes problemas de salud pública. El consumo per cápita de bebidas alcohólicas en las Américas es superior al promedio mundial y la prevalencia de ingestión circunstancial de cantidades excesivas en la región, también es alta en comparación con otros países del mundo, al igual que la prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes (Cherpitel, Borges, Giesbrecht, Monteiro, & Stockwell).

A través del tiempo, se ha evidenciado la relación que existe entre los traumatismos y el consumo de alcohol, ha sido asociado a la morbilidad y mortalidad prevenible en occidente (Salud S. d., 2001) y es uno de los principales problemas de salud pública, pues las sustancias psicoactivas, en especial el alcohol y el cigarrillo, son usadas en mayor medida por adolescentes y jóvenes.

Los traumatismos por accidentes de tránsito se encuentran entre las 10 principales causas de muerte en todo el mundo, con aproximadamente 1,2 millones de defunciones cada año y una cifra al menos 20 veces mayor de traumatismos no mortales.

En muchos países de ingresos medios, estas cifras aumentan de forma sostenida. Aunque estos países solo tienen cerca de la mitad de los vehículos registrados a nivel mundial, en ellos ocurren 80% de las muertes por accidentes de tránsito en todo el mundo (WHO, Global status report on road safety , 2013).

La carga de traumatismos atribuibles al consumo de alcohol en las Américas es grande, pero prevenible; las estimaciones de la carga mundial de mortalidad del 2010 para las regiones central y tropical de América Latina, muestran un aumento de la carga por 100,000 habitantes en comparación con 1990 y corresponde a los hombres y personas de 15 a 49 años (WHO, Global status report on road safety , 2013).

La conducta de ingerir alcohol es similar a la del consumo de otras sustancias en términos de su complejidad y se asocia a una evitación o afrontamiento de los problemas que vive el joven (Lazarus & Folkman, 1986), a la necesidad de interactuar socialmente y ser aceptado (Muracen, Martínez, Aguilar, & González, 2001), a la búsqueda de una mayor potencia sexual y a la disminución de la tensión (Mora & Natera, 2001).

Entre las explicaciones de por qué ocurre el consumo, se encuentran: la idea de que este permite la relajación, facilita la comunicación social, es el pretexto para celebrar o convivir, no obstante, la percepción de riesgo influye en la continuidad del consumo y otras prácticas nocivas vinculadas (incurrir en conflictos con la ley, involucrarse en conductas violentas, manejar bajo la influencia del alcohol, entre otras).

La mayoría de representaciones del consumo de alcohol en los países y regiones, están ensombrecidas por mitos y suposiciones falsas.

La presentación estadística y el mapeo de los niveles y los hábitos de consumo de alcohol en el nivel regional y los países entre personas de 15 y más años de edad, brinda una base sólida para analizar los problemas relacionados con el consumo de alcohol en las Américas (Cherpitel, Borges, Giesbrecht, Monteiro, & Stockwell).

Las medidas de reducción de la demanda de drogas a menudo están limitadas en el rango de intervenciones que ofrecen, pues con frecuencia, las medidas se planifican y se llevan a cabo de manera aislada y abordan solo una parte de los problemas socioeconómicos y de salud asociados con el uso y la dependencia de las drogas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009).

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a los desafíos que se han de tener en cuenta en las iniciativas o programas mundiales o nacionales para reducir el consumo de alcohol, los cuales son:

Esquema 1 – Priorización de desafíos para reducir el consumo de alcohol



Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

El Observatorio Nacional sobre Drogas (OND, 2017) de la SECCATID ha realizado un análisis comparativo en estudios y encuestas nacionales: Encuesta nacional sobre uso de drogas (SECCATID, Encuesta nacional sobre uso de drogas, 1990), Encuesta nacional de investigación diagnóstica - Inventario de tamizaje sobre uso de drogas (SECCATID, Encuesta nacional , 1998), Encuesta nacional de desregularización psicológica y su relación con el consumo de drogas en jóvenes adolescentes guatemaltecos (SECCATID, Encuesta nacional, 2002) y la Encuesta Nacional sobre uso, abuso y prevalencia del consumo de drogas en el nivel medio de educación (SECCATID, Encuesta nacional, 2014), considerando como aspectos relevantes:

1. El aumento del consumo de marihuana en la población escolar guatemalteca. La edad de inicio tuvo una ligera disminución, concluyéndose que la persona inicia a consumir marihuana desde una edad más temprana, debido a una menor percepción de riesgo en la población encuestada, aumento de cultivos ilícitos de marihuana en algunas regiones del país como Totonicapán (SECCATID O. N., 2017), mayor facilidad de adquisición y su consecuente bajo costo.
2. Los inhalantes muestran un incremento en el consumo entre la población más vulnerable, tomando en cuenta los factores de accesibilidad y costo. La edad de inicio oscila entre los 12 y 13 años, concluyéndose que la población encuestada inicia desde una edad más temprana con el uso de inhalantes.
3. En cuanto al consumo de sustancias lícitas tales como el alcohol y el tabaco, éstas siguen siendo las drogas de inicio, aun cuando están prohibidas para menores de edad, convirtiéndose en factores determinantes para la interrupción del desarrollo psicobiosocial de la población más vulnerable.

4. Un dato relevante específico de la Encuesta del 2014, es relacionado a la población de mujeres, las cuales superan a los hombres en consumo de tranquilizantes (7.75% - 6.22%) y estimulantes (3.95% - 3.53%).

En el siglo XX, las medidas de salud pública han tenido un notable efecto sobre la salud de las poblaciones en todo el mundo. La esperanza de vida se ha incrementado en forma espectacular durante ese período, en gran medida debido a la aplicación de medidas de salud pública encaminadas a mejorar el saneamiento, reducir la contaminación ambiental y prevenir las enfermedades infecciosas y transmisibles (OMS, La política de drogas y el bien público , 2010).

Sin embargo, aun cuando han disminuido las epidemias de enfermedades infecciosas y transmisibles, ha aumentado la importancia de los riesgos para la salud asociados con los estilos de vida y las enfermedades crónicas como causas importantes de mortalidad, lesiones, enfermedades y discapacidades.

Cuando los encargados de formular las políticas usan enfoques de población en lugar de enfoques médicos y de justicia penal orientados a los individuos, o aplican conjuntamente ambos tipos de enfoques, los efectos generales sobre la salud, la morbilidad e incluso los problemas sociales probablemente serán mucho más pronunciados.

Es necesario desarrollar programas efectivos, integrales e integrados de reducción de la demanda de drogas, basados en evidencia científica y que cubran una gama de medidas, que incluyen prevención primaria, intervención temprana, tratamiento, atención, rehabilitación, reintegración social y servicios de apoyo relacionados, dirigidos a promover la salud y el bienestar social entre individuos, familias y comunidades y reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas para los individuos y la sociedad en general, que socavan el desarrollo humano (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009).

Los conceptos de salud pública constituyen un vehículo importante para la gestión de la salud de las poblaciones en relación con el uso de sustancias psicoactivas, en parte porque esas intervenciones subrayan la necesidad de modificar el entorno y el comportamiento individual.

La mayor parte de los países tienen un número limitado de profesionales y servicios de salud especializados en el consumo de sustancias (OPS, Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública, 2010). La manera más factible de mejorar la cobertura del tratamiento es integrar los servicios de prevención y tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias en los sistemas de salud y de bienestar social, basados la atención primaria de salud y en el sistema de justicia penal para formar la capacidad de los profesionales y no profesionales pertinentes para brindar la atención adecuada.

Además, los medicamentos psicotrópicos deben reglamentarse y recetarse de la manera adecuada, a fin de reducir considerablemente su uso no terapéutico y aumentar su disponibilidad dónde y cuándo se necesitan.

Una respuesta integral de reducción de la demanda es fundamental para el desarrollo sostenible de los países de la Región, al igual que estrategias para contrarrestar el problema mundial de las drogas y tomar medidas efectivas para enfatizar y facilitar alternativas saludables de vida.

En virtud de lo anterior, es fundamental implementar acciones de prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar, familiar, comunitario, laboral, entre otros, considerando que la prevención puede desarrollarse en tres modalidades de intervención:

Prevención universal

Se dirige a la población en general o a un amplio grupo de personas que no están identificadas a partir de un riesgo individual.

Estos programas tratan de fomentar habilidades para la vida y clarificar los valores, con el fin de impedir o retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas.

Prevención selectiva

Está dirigida a personas que pueden haber consumido, aunque sea esporádico o circunstancial, pero que pueden estar en riesgo de presentar un consumo cada vez mayor y en consecuencia, adquirir una adicción. Su acción se basa en evitar el consumo problemático de las sustancias psicoactivas.

Prevención indicada

Dirigida a personas que ya han mostrado indicios de consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas de conducta asociados.

Los principales objetivos que se pretenden cumplir con la prevención son: retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas, evitar la transición del uso de sustancias hacia el abuso y dependencia, disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o quienes ya tienen problemas de abuso o dependencia, potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas, modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables, entre otros.

Es común que se conciba como objetivo principal de la prevención ayudar a las personas a evitar o retrasar la iniciación en el consumo de drogas o si ya empezaron, evitar que desarrollen problemas como la dependencia.

Sin embargo, el objetivo general de la prevención es mucho más amplio, ya que contempla el desarrollo saludable y seguro de los niños, adolescentes y jóvenes para que aprovechen sus capacidades y potencial y sean miembros que aporten a sus comunidades y sociedad.

La evidencia sobre el problema de las drogas, sugiere que existen numerosos factores de riesgo, que contribuyen a determinar el potencial efecto del problema de las drogas sobre las personas, las comunidades y las sociedades en general.

Ciertos factores contribuyen a que un individuo sea vulnerable al consumo de las drogas, mientras que otros incrementan la probabilidad de que el narcotráfico prospere en determinado país o sociedad (CICAD/OEA, El Problema de las Drogas en las Américas, 2013).

De conformidad con el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2012), los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas.

En cada etapa, ocurren riesgos como: conductas agresivas, fracaso académico, problemática familiar, baja autoestima, crianza y cuidado negligente, violencia, mismas que se pueden modificar y/o minimizar a través de una intervención preventiva, para evitar que aumentan el riesgo de consumo y abuso de drogas en el futuro.

En este sentido, los expertos que han estudiado el uso indebido de drogas han establecido lo que se denomina el modelo de estrés social modificado ("Modified Social Stress Model") para comprender por qué ciertos individuos comienzan a utilizar drogas, identificando que en la vida de cada persona hay cierto número de factores que pueden dar lugar al uso de drogas (factores de riesgo) y otros que minimizan y/o impiden a ciertas personas usar drogas (factores de protección).

Si los factores de riesgo en la vida de una persona superan a los factores de protección, es muy probable que la persona comience a hacer uso indebido de drogas.

La Organización Panamericana de la Salud (Salud O. P., 2017) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2016), han adoptado como propios los resultados de un proceso de investigación global sobre las mejores prácticas de reducción de distintas formas de conductas de riesgo en la niñez y la adolescencia (GIZ, 2018), destacando:

1. Respeto y divulgación de normas

Una práctica prometedora promueve el respeto de las normativas vigentes con relación al consumo y acceso a bebidas alcohólicas para adolescentes ya que estas leyes y normas vigentes tienen en la base la intención de proteger y de promover el derecho de los adolescentes a una vida saludable. Esto implica que todos los actores sociales están responsabilizados de difundir y respetar ese marco normativo en el país.

2. Sensibilización y valores de autocuidado y protección comunitaria

Como seres humanos, que las normas existan no significa que los valores y prácticas de autocuidado se hayan aprendido, por lo que es importante que, al mismo tiempo de difundir las normas, existan procesos pedagógicos de aprendizaje, sensibilización y acción social frente al tema.

Esto compete a los funcionarios públicos, miembros de la comunidad educativa, padres, madres y cuidadores y a la ciudadanía en general desde las distintas instituciones locales.

3. Ambiente comunitario y restricción al acceso de bebidas alcohólicas para adolescentes

En una prevención efectiva, no solo se trabaja con el cambio individual sino también con las condiciones en la comunidad que promueven o restringen el acceso a las bebidas alcohólicas, creando una “cultura” y un “ambiente” de mayor protección.

4. Soporte e información a padres de familia y cuidadores

Frente a sus prácticas tradicionales, es importante que los padres, madres y cuidadores sepan cómo orientar de forma más efectiva a niños y adolescentes acerca del consumo de alcohol y sus distintos factores asociados para que esta conducta de abstención no solamente se dé por restricción o por imposición sino por conciencia de los mismos.

5. Alternativas sociales de convivencia y recreación

Al mismo tiempo es importante generar opciones de convivencia y recreación con niños, niñas y adolescentes donde no haya alcohol (por ejemplo: promoción de opciones deportivas para adolescentes donde no vendan y no exista cercanía de eventos recreativos o educativos).

6. Servicios de atención directa a casos de alto riesgo

El Estado y las organizaciones necesitan dar opciones de servicios para casos de alto riesgo incluyendo consejería y orientación profesional (casos de ansiedad, depresión y suicidio), rehabilitación temprana, grupos de autoayuda, acompañamiento psicosocial, servicios médicos, orientación laboral y vocacional, referencia a programas de protección según necesidades o condiciones especiales, mediación familiar y otros.

7. Fortalecimiento de habilidades para la vida

Esto incluye la posibilidad de que los niños y adolescentes aprendan en experiencias didácticas escolares y extraescolares ciertas habilidades como: comunicación asertiva, resolución de conflictos, trabajo en equipo, gestión del tiempo, relaciones interpersonales, hábitos de estudio, fortalecimiento del proyecto de vida, entre otras.

El consumo de alcohol es una enfermedad, un trastorno conductual crónico (Del Sol Padrón, Álvarez Fernández, & Rivero, 2004) manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

El alcoholismo puede ser primario o secundario sintomático. Para definir el alcoholismo primario se utilizan los siguientes criterios:

- Criterio tóxico: daño biológico, psicológico o social secundario.
- Criterio determinista: pérdida de libertad ante el alcohol (incapacidad para decidir no tomar o hasta cuándo tomar). La valoración de una persona como alcohólica dependerá del cumplimiento de los dos criterios señalados anteriormente (Esquema 1).

Esquema 2 – Tipos de alcoholismo



Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Desde el punto de vista práctico deben considerarse también:

- Criterio de cantidad y frecuencia: puede ser engañoso. Es la falta de control a la ingestión de alcohol, la imposibilidad de detenerse una vez que comienza.
- Criterio de “etiquetado” o “autoetiquetado”: cuando el medio social o el individuo lo reconocen como alcohólico.

Clasificación de Marconi (Del Sol Padrón, Álvarez Fernández, & Rivero, 2004) (criterios basados en la cantidad y frecuencia de consumo):

- Abstinente total
Persona que refiere que nunca ha bebido alcohol.
- Bebedor excepcional u ocasional
Persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año.
- Bebedor moderado
Persona que refiere beber cantidades de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos.
- Bebedor excesivo
Persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año.

- Bebedor patológico o alcohólico

Persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

La dependencia de sustancias es un trastorno que involucra los sistemas motivacionales del cerebro (WHO, Neuroscience of psychoactive substance use and dependence, 2004). Al igual que con cualquier otro trastorno específico en un órgano o sistema, debemos entender primero la función normal de tal órgano o sistema para comprender posteriormente su disfunción.

Puesto que la función del cerebro es producir comportamientos y pensamientos, los trastornos cerebrales son susceptibles de producir síntomas conductuales altamente complejos.

El cerebro puede padecer muchos tipos de enfermedades y traumas, desde condiciones neurológicas como embolias y epilepsias, hasta enfermedades neurodegenerativas como los males de Parkinson y Alzheimer, pasando por infecciones y daños cerebrales de origen traumático. En cada uno de estos casos, se reconoce al comportamiento como parte del trastorno.

En Guatemala, el alcohol es la droga lícita de mayor consumo y desempeña un papel fundamental en las comunidades ya que cohesiona a la población al ingerirse en eventos que se enmarcan en los ciclos principales de la vida: celebrar el nacimiento de un hijo, rituales, al concluir los estudios, celebraciones o fiestas locales, inauguración de inmuebles, entre otras, sin embargo cuando se llega a los excesos, también es causa de violencia y crimen.

La violencia relacionada con el alcohol es uno de los principales retos de salud pública en todo el mundo, pues el consumo abusivo actúa como catalizador de la violencia interpersonal y viceversa. A través de la interacción con diferentes factores, el alcohol puede aumentar la probabilidad de violencia al reducir el autocontrol, las inhibiciones, el reconocimiento de signos de advertencia en situaciones peligrosas y alterar el juicio (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

La edad, el sexo y los hábitos de consumo de alcohol, son algunos de los factores individuales que se asocian a la probabilidad de convertirse en víctima o agresor en una situación violenta relacionada con el consumo de alcohol.

Numerosos estudios han documentado la asociación entre el consumo de alcohol y muchos tipos de violencia, como las agresiones, la violencia doméstica, el homicidio, la agresión sexual y el suicidio (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

En virtud de lo anterior, es fundamental profundizar en los factores que inciden al consumo de alcohol, con el objetivo de conocer la dinámica del mismo y realizar un análisis de los medios de vida de la población, para brindar alternativas que se adapten a las necesidades locales y de esta manera, desarrollar estrategias de intervención efectivas.

Es por ello, que la creación de coaliciones comunitarias, se plantea como una estrategia para brindar respuesta a la problemática planteada, ya que involucra a diversos sectores de la comunidad, para desarrollar una solución comprensiva a los problemas que enfrenta y que están relacionadas al consumo de drogas.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

La prevención efectiva del consumo de drogas contribuye significativamente a la participación positiva de los niños, adolescentes, jóvenes y adultos con sus familias, escuelas, lugares de trabajo y comunidad.

De conformidad con National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2012), la ciencia de la prevención ha progresado mucho en los últimos años y se han identificado intervenciones eficaces con poblaciones más jóvenes para ayudar a prevenir las conductas de riesgo antes de que ocurra el abuso de drogas; estudian a los adolescentes mayores quienes ya están usando drogas para encontrar maneras de prevenir más abuso o adicción.

La necesidad de revisar la orientación de las políticas sobre drogas procurando que las mismas cuenten con un enfoque de salud pública, focalizando a las “personas” más no a las sustancias (OPS, El enfoque de salud pública en las políticas sobre drogas, 2016), es uno de los temas fundamentales en cuanto al abordaje del problema de las drogas, que ha sido ampliamente discutido a nivel global; el problema debe ser abordado de forma integral mediante la intervención multidisciplinaria con programas de prevención basados en evidencia.

Debido a lo anterior, es fundamental contar con un sistema nacional de prevención de drogas, con un enfoque integral de políticas e intervenciones basadas en evidencia científica, que atiendan múltiples ámbitos, dirigidas a las edades y niveles de riesgo identificados.

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en la publicación “International Standards on Drug Use Prevention” (UNODC U. N., 2013), establece que los principales elementos que requiere el enfoque de prevención a través de una base estructural sólida son:

- Marco político y jurídico.
- Investigación y evidencia científica.
- Coordinación de los múltiples sectores y niveles involucrados.
- Compromiso de los responsables políticos y profesionales.
- Asignación presupuestaria para implementar y mantener el sistema en el largo plazo.

La edad del grupo objetivo, el nivel de riesgo del grupo destinatario y el ámbito en el que se aplica la intervención, son aspectos fundamentales que permitirán: apoyar a los niños y jóvenes durante su desarrollo y especialmente en los periodos críticos de transición en que son más vulnerables, orientar a la población en general, grupos e individuos que están particularmente en riesgo y abordar tanto los factores individuales y ambientales de la vulnerabilidad y la resiliencia.

A nivel nacional y de conformidad con el Acuerdo Gubernativo 95-2012, a la Dirección de Prevención de la SECCATID, le compete ejecutar las políticas y las acciones orientadas a la prevención de la demanda indebida de drogas dentro del marco de la Política Nacional, para asesorar el abordaje integral y equilibrado del problema de las drogas y de sus consecuencias, coadyuvando a la garantía de la salud y el bienestar social de las personas, sus familias y comunidades, por medio de intervenciones preventivas con población en zonas vulnerables identificadas, logrando cobertura mediante capacitaciones, sensibilizaciones y otras actividades a través de los diferentes programas:

Tabla 3 – Programas de Prevención del Consumo de Drogas en Guatemala

PROGRAMA	OBJETIVO	POBLACIÓN META
Mis Primeros Pasos	Desarrollar habilidades y destrezas para el fortalecimiento de la salud emocional de los niños y niñas del nivel preprimaria.	Niñas y niños de 6 años que asisten a centros educativos públicos y privados.

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Continuación

Tabla 3 – Programas de Prevención del Consumo de Drogas en Guatemala

PROGRAMA	OBJETIVO	POBLACIÓN META
Programa Nacional de Educación Preventiva Integral (PRONEPI)	Sensibilizar y capacitar a la población educativa en la temática de prevención del consumo de drogas.	Estudiantes, docentes, madres y padres de familia.
Prevención Comunitaria	Promover estrategias para prevenir el consumo de drogas en las comunidades a través de agentes multiplicadores.	Líderes Juveniles, Servidores Cívicos, Población no escolarizada, Líderes Comunitarios, Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE), Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE) y Consejos Departamentales de Desarrollo (CODEDE).
Prevención Laboral	Prevenir el consumo de drogas en el contexto laboral, para minimizar y evitar conductas de riesgo y lograr una mejor calidad de vida.	Colaboradores de instituciones y empresas.
Familias Fuertes	Orientar a las familias para lograr la comunicación asertiva entre padres e hijos en un ambiente de mutua comprensión y respeto, teniendo como principios fundamentales el amor y los límites.	Adolescentes de 10 a 14 años, madres, padres de familia y/o tutores.
Lions Quest	Proveer a los adolescentes de oportunidades para que aprendan las destrezas esenciales necesarias para una vida sana y productiva, mediante la promoción de un enfoque de vida seguro y libre de drogas.	Adolescentes de sexto primaria, primero y segundo básico y padres de familia.
Por Un Mundo Libre de Drogas	Promover estrategias en el ámbito escolar, comunitario y laboral, que permitan fortalecer factores de protección para tener una vida libre de drogas.	Adolescentes, jóvenes y adultos.

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Asimismo, se desarrollan acciones preventivas en diferentes contextos sociales, recreativos, culturales y deportivos, enfocándose para ello en los lineamientos que enmarca la prevención universal, involucrando a la población en general, implementando estrategias interactivas con el objetivo de fortalecer factores de protección en la prevención del consumo de drogas a través de proyectos como:

Tabla 4 – Proyectos de prevención del consumo de drogas en Guatemala

PROYECTOS	OBJETIVO	POBLACIÓN META
Ferias de Salud	Sensibilizar a la población en la prevención del consumo de drogas y promover estilos de vida saludable.	Estudiantes universitarios y población de áreas priorizadas.
Info-Kiosko	Implementar estrategias de intervención mediante juegos interactivos, para promover estilos de vida saludable y fortalecer factores de protección en la prevención del consumo de drogas.	Población en general

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

COALICIONES COMUNITARIAS

A pesar de las acciones que se realizan en el ámbito de la prevención, existen diversidad de aspectos asociados al consumo de alcohol, el cual genera gran variedad de problemas relacionados, que puede tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias y afectar gravemente a la vida comunitaria.

Aunado a ello, existen carentes límites de regulación municipal y vacíos legales a nivel nacional, siendo demandas a las que algunos grupos poblacionales a nivel municipal, intentar identificar una solución, debido al impacto nocivo y la violencia que este genera a nivel comunitario.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2016) propone un modelo que explica los factores medioambientales que determinarán al sujeto para la comisión de un delito; los factores económicos y sociales de desesperanza e inseguridad conducen a una buena parte de los guatemaltecos a abusar del alcohol como medio de escape o desinhibidor de sentimientos reprimidos que han sido marcados por un contexto de violencia estructural y una cultura patriarcal y racista.

Esto puede conducir a la violencia bajo los efectos del consumo de alcohol, siendo los principales delitos directos provocados por el efecto del uso indebido de alcohol: lesiones culposas, homicidio culposo, hurtos, robos, maltrato a menores de edad, violencia contra la mujer, femicidio, violación y otros delitos sexuales.

En lo anterior, radica la importancia de identificar los factores prevenibles y actores clave a nivel municipal y comunitario, para desarrollar acciones desde diferentes ámbitos, que permitan brindar una respuesta que contribuya al bienestar de la comunidad y a fortalecer la confiabilidad de sus habitantes.

Las comunidades norteamericanas encontraron la respuesta al reunir a todos los sectores de la comunidad: padres, maestros, jóvenes, policía, fiscales, servicios de salud, iglesias, comerciantes, líderes cívicos, funcionarios electos y ciudadanos comprometidos, identificando que una comunidad puede transformarse a sí misma (CADCA, 2005).

El movimiento de coaliciones, formado como una respuesta al "crack" ha representado un rol significativo en comunidades donde surgieron grandes problemas por el uso de estas drogas, siendo claves en la búsqueda de soluciones efectivas.

Una coalición (CADCA, 2005) se define como un arreglo formal para la colaboración entre grupos o sectores de una comunidad en la cual, cada grupo retiene su identidad, pero todos se comprometen a trabajar colectivamente hacia una meta común: construir una comunidad segura, saludable y libre de drogas.

De acuerdo con esta definición, los criterios (Fawcett, Paine, & Schulltz, 2001) que delimitan la naturaleza de una coalición comunitaria son:

- Están constituidas por miembros de la comunidad.
- Se ocupan fundamentalmente de temas locales.
- Abordan las necesidades de la comunidad utilizando sus propios recursos.
- Contribuyen a la resolución de los problemas a través de la colaboración.
- Los distintos sectores de la comunidad están representados suficientemente y pueden trabajar en múltiples temas.

A pesar de las limitaciones que se derivan de estos criterios, las coaliciones comunitarias pueden adoptar diversas formas. En ellas pueden participar una amplia representación de toda la comunidad o sólo estar presentes aquellos grupos de la misma, que están estrechamente vinculados al problema en cuestión.

La coalición representa el nexo entre diversas organizaciones sobre un tema o enfoque en particular, por lo tanto mientras más fuerte sea éste, mayor será el impacto logrado por la coalición en la comunidad, la cual ocurre porque las personas y organizaciones prestan su tiempo, energía, habilidades, recursos y experiencia, para llevar a cabo estas actividades colectivas.

En cierto sentido, la coalición es simplemente el espacio o “vehículo” que ayuda a que el trabajo suceda dentro de los grupos asociados de manera coordinada, dirigida y enfocada. Dentro de las áreas más importantes de desarrollo de coaliciones tenemos:

- Determinación de quién debe estar dentro del “vehículo” de la coalición.
- Conservación de los asociados para que la coalición pueda utilizar adecuadamente las habilidades y recursos de sus miembros.

Se debe tener en cuenta siempre que no existe una combinación “perfecta” única de afiliados para todas las comunidades y la combinación más apropiada de asociados para la coalición de su comunidad podría cambiar a medida que su trabajo progresa.

En los Estados Unidos, las coaliciones deben tener por lo menos 12 sectores involucrados:

- Educación (pública y privada).
- Salud.
- Justicia: policía, fiscalía y tribunales.
- Instituciones gubernamentales (locales y regionales).
- Agrupaciones cívicas y vecinales.
- Negocios y comercios.
- Profesionales de la salud pública.
- Padres y representantes.
- Adolescentes y jóvenes.
- ONG que ofrecen servicio a los jóvenes.
- Organizaciones religiosas y fraternales.
- Medios de comunicación, ya que esto asegurará el involucramiento de representantes de las organizaciones e instituciones más representativas de la comunidad.

Las coaliciones también deben prestar atención a los representantes de los grupos de base ya que de lo contrario, la coalición no tendrá un apoyo genuino de la comunidad; los líderes de las coaliciones deben crear estructuras que promuevan la unidad de la comunidad y faciliten el trabajo colectivo de todos los sectores de la sociedad.

Del mismo modo, las coaliciones pueden tener una vida muy corta y desaparecer una vez conseguido el objetivo o pueden llegar a constituirse en organizaciones en sí mismas, con un carácter más permanente, con órganos de gobierno, fuentes de financiación, etc (Martínez & García, 2002).

Las metas de una coalición, se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- Desarrollar, participar o influir en las políticas públicas, en torno a un problema específico.
- Modificar el comportamiento de personas o grupos sociales.
- Construir una comunidad saludable, no sólo en lo relacionado con la salud física (servicios de salud y bienestar) sino psicológica y social.

Desde la perspectiva de la intervención, las coaliciones comunitarias poseen una serie de atributos que la hacen idóneas como vehículo para el cambio comunitario.

Wolff (Wolff, 2001) describe algunos de ellos:

- Son comprensivas y holísticas, lo que les permite abordar un amplio rango de temas relevantes para la comunidad.
- Son flexibles y con capacidad para adaptarse y responder a los cambios que en la priorización de necesidades se plantea la comunidad.
- Contribuyen a construir sentimiento psicológico de comunidad, sentido de pertenencia, integración, satisfacción de necesidades y compartir emociones.
- Contribuyen a construir y/o mejorar el compromiso de las personas en la vida comunitaria.
- Desarrollan y/o consolidan redes sociales de apoyo, incrementan el capital social y favorecen las normas de reciprocidad en la comunidad.
- Son un vehículo para el *empowerment comunitario* (Zimmerman, 2000), entendido como los esfuerzos para mejorar la comunidad, responder a las amenazas a la calidad de vida y proveer oportunidades para la participación comunitaria.

- Permiten adoptar la perspectiva de la diversidad humana en su acercamiento a los problemas de la comunidad.
- Son una adecuada plataforma para promover soluciones innovadoras en la resolución de los grandes problemas sociales.

Las coaliciones crean y requieren profundas conexiones con la comunidad local y sirven de catalizadores para cambios en su comunidad, pues trabajan fuertemente para lograr conectarse con los miembros de todos los niveles socio-económicos en su comunidad y además, aceptar que construir una coalición se requiere tiempo y esfuerzo.

La formación de una coalición, la colaboración en la solución de problemas y el desarrollo comunitario son algunas de las intervenciones más efectivas para mejorar la comunidad (CADCA, 2005), pues una verdadera coalición utiliza múltiples estrategias a través de múltiples sectores de la comunidad; cuando son promovidas por un fuerte deseo de resolver problemas identificados por los residentes, ellos se involucran en todos los pasos del proceso para crear una respuesta duradera al problema de las drogas.

Las coaliciones mejoran la prestación de servicios sociales, implementan programas de prevención y promoción de la salud y diseminan buenas prácticas de intervención. La formación de coaliciones produce efectos positivos en procesos como el capital social, el sentido de comunidad y la preparación comunitaria para el cambio social (Ramos Vidal, 2014).

La formación de coaliciones es una estrategia de colaboración entre organizaciones de diversas instituciones públicas y comunitarias, que trabajan en red y de forma coordinada, para mejorar las condiciones de vida de la población.

Además, son consideradas como potentes plataformas para la participación social de individuos, grupos y comunidades en la resolución de sus problemas. Desde la perspectiva del empowerment (Zimmerman, 2000), las coaliciones promueven procesos de movilización ciudadana, de incremento de conciencia crítica, de capacitación colectiva para prevenir y afrontar problemas, etc.

La relación positiva entre participación ciudadana e integración comunitaria se fundamenta en que la participación:

- Incrementa el sentimiento de utilidad y responsabilidad y hace decrecer los sentimientos de alienación y desencanto.
- Incrementa el sentimiento de control sobre el entorno y ayuda a los individuos a desarrollar acciones mejor ajustadas a sus necesidades y valores.
- Promueve valores democráticos, aumenta la conciencia política y fortalece el apoyo de la administración y de los responsables de la planificación.
- Mejora la calidad del contexto y de las acciones de intervención, porque las personas implicadas en su puesta en práctica tienen un alto conocimiento de los objetivos, actividades y tareas.

Un aspecto importante en las coaliciones comunitarias es representado por su capacidad para constituir y desarrollar un cuerpo social (Kieffer, 1984), sin olvidar que al constituir una coalición, es esencial considerar la historia previa de la comunidad en términos de participación y tener en cuenta que aquellas coaliciones donde la motivación para participar procede directamente de las bases, conllevan una mayor probabilidad de éxito en el logro de sus metas.

Desde un punto de vista cualitativo (Zimmerman, 2000), hay ciertas personas y/o grupos sociales cuya participación en la coalición parece fundamental:

- Aquellos que tienen un interés esencial en el éxito de la coalición.

- Las personas que padecen directamente el problema en cuestión.
- Actuales o potenciales participantes en programas de intervención, o personas que carecen de una protección sanitaria/social mínima, entre otras.
- Responsables formales e informales en la comunidad, de temas relacionados con el problema y aquellos otros que pueden resultar afectados por las actividades desarrolladas por la coalición.
- Los líderes de opinión de la comunidad, miembros de la iglesia, líderes locales o personas que tienen un gran carisma y gozan de credibilidad entre los miembros de la comunidad.

Uno de los elementos centrales de las coaliciones comunitarias es el trabajo cooperativo que realizan sus miembros para resolver problemas. Sin embargo, no es fácil ni existe una amplia tradición de trabajar conjuntamente. Para lograrlo y ser eficaces en el logro de las metas propuestas, son necesarios una serie de requisitos relacionados tanto con los miembros, como con el propio contexto de la coalición.

El cambio social se define como una modificación significativa de la estructura de un sistema social de modo que supone la alteración de los sistemas normativos, relacionales y teleológicos (fijación de metas) que los gobiernan y que afectan a la vida y relaciones (horizontales y verticales) de sus miembros (Musitu, 2004).

Los valores que sirven de base a este acercamiento son numerosos, pues por una parte se plantea que el bienestar, la salud y la calidad de vida son un bien social que debe ser accesible a todas las personas. Sin embargo, es frecuente que se produzca una distribución desigual de los recursos en la sociedad.

Suele suceder que los grupos y comunidades más desfavorecidos étnica, cultural o socialmente son los que menos recursos poseen, por lo que su bienestar, salud y calidad de vida se ven seriamente dañados.

La psicología comunitaria, una disciplina comprometida socialmente con una clara vocación aplicada, es en cierto modo, una psicología de las comunidades desfavorecidas, que pretende superar estas situaciones de desigualdad.

El modelo de la salud pública requiere que las coaliciones piensen de forma comprensiva y utilicen métodos científicos para atacar los más serios problemas de la comunidad (CADCA, 2005). El modelo enfatiza que aquellos problemas surgen de la relación e interacción entre el agente, el huésped y el ambiente.

En el caso del alcohol, tabaco y de otros problemas de drogas, el agente es la sustancia, el huésped es el individuo que bebe alcohol o el usuario de drogas líticas y el ambiente es el contexto físico y social de beber y consumir drogas.

Un enfoque de salud pública para la prevención requiere no solo entender cómo estos tres factores (huésped, agente y ambiente) interactúan, sino además desarrollar un plan de acción para influenciar a los tres:

1. Influyendo al huésped

Los especialistas de la prevención pueden llegar directamente a las personas por trabajar con las escuelas, programas sociales, lugares de empleo, centros de cuidado diurnos, organizaciones religiosas y otros grupos.

2. Influyendo al agente y a otros factores causales

El agente en el modelo de salud pública es la sustancia. Los que abogan por la salud pública han tenido algún éxito en influenciar el uso de agentes legales tales como el alcohol y el tabaco.

3. Influyendo el ambiente

Los programas que influyen el ambiente para reforzar conductas saludables son parte de los esfuerzos comunitarios de prevención.

Los ambientes incluyen escuelas, familias, vecindarios y comunidades, así como otros escenarios socio-culturales.

Varias investigaciones realizadas durante las pasadas dos décadas intentaron determinar cómo comienza y cómo progresa el consumo de drogas (NIDA, 2012). La identificación de los factores de riesgo y protección en la comunidad brindan una base sólida desde dónde comenzar la planificación de la intervención.

Los factores de riesgo aumentan las oportunidades de una persona para consumir las drogas, mientras que los factores de protección reducen ese riesgo. Sin embargo, es importante notar que la mayoría de las personas en riesgo del uso de drogas no son ni consumidores ni adictos.

Los factores de riesgo y protección afectan a las personas (CADCA, 2005) en un ambiente en donde las intervenciones pueden tomar lugar:

Tabla 5 – Factores de riesgo y protección en la prevención del consumo de drogas

FACTORES DE RIESGO	DOMINIO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Comportamiento agresivo temprano	Individual	Autocontrol
Falta de supervisión por parte de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Conocidos	Capacidad académica
Disponibilidad de drogas	Escuela	Políticas antidrogas
Pobreza	Comunidad	Apego fuerte a la comunidad

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

La creación de liderazgo y de preparación comunitaria son factores claves en la capacitación de la comunidad, que contribuyen indirectamente a la efectividad de los programas de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, no basta con la presencia de figuras de liderazgo en la comunidad, sino que es fundamental garantizar la calidad de este liderazgo (Holgado Ramos, Maya Jariego, & Ramos Vidal, 2013).

La existencia de líderes que promuevan la toma de decisiones compartida o que faciliten la búsqueda y la gestión de los recursos permite un mejor desarrollo comunitario y la intervención sobre problemas sociales.

Para la efectividad de una coalición, se requiere la práctica de principios de liderazgo colectivo (CADCA, 2005):

- Mantener a la coalición enfocada en la meta
Los líderes colaboradores exitosos mantienen a los diversos miembros sincronizados hacia la meta común.
- Persuadir y usar aliados en su comunidad que tienen influencia
Los líderes fuertes gozan de buenas relaciones con la comunidad y desarrollan alianzas con organizaciones e individuos.
- Mantener procesos de colaboración
Los líderes colaboradores buscan activamente utilizar procesos colectivos para la toma de decisiones, la planificación y la construcción de infraestructura en grupo.
- Diversificar, motivar y energizar a su base de voluntarios
Los líderes efectivos reclutan diversos miembros de la comunidad, les involucra de maneras significativas y les mantienen entusiasmados con su experiencia como miembros de la coalición.
- Ayudar a solucionar problemas entre los miembros
Los líderes colaboradores constantemente intentan solucionar los conflictos entre los miembros del grupo en una manera abierta y no prejuiciada.

- Comunicarse con la comunidad
Los líderes de coaliciones que aporten excelentes habilidades de comunicación ayudarán a llevar el mensaje de la coalición a la comunidad y a aliados potenciales.
- Cultivar liderazgo en los miembros, incluyendo a los jóvenes
Para que una coalición mantenga su fuerza, es crucial que permita y aliente el desarrollo de nuevo liderazgo.

La creación de liderazgo y de preparación comunitaria son factores claves en la capacitación de la comunidad, que contribuyen indirectamente a la efectividad de los programas de prevención y promoción de la salud (Holgado Ramos, Maya Jariego, & Ramos Vidal, 2013). Sin embargo, como señalan los autores, no basta con la presencia de figuras de liderazgo en la comunidad, sino que es fundamental garantizar la calidad de este liderazgo.

La existencia de líderes que promuevan la toma de decisiones compartida o que faciliten la búsqueda y la gestión de los recursos permite un mejor desarrollo comunitario y la intervención sobre problemas sociales.

La habilidad de una coalición de comunicarse efectivamente dentro de un ambiente de diversidad cultural aporta perspectivas, ideas y estrategias diferentes "a la mesa" y puede aumentar la confianza y la cooperación entre los miembros de la comunidad (CADCA, 2005).

Un alto nivel de competencia cultural aumenta el respeto y entendimiento mutuo entre las culturas, a la vez que permite la identificación de posibles problemas. Al incorporar conceptos de inclusión e igualdad, las coaliciones mejoran la participación de la comunidad y su propio sostenimiento, considerando como posibles intervenciones (CADCA, 2005):

- Aumentar la diversidad de personas en su coalición.
- Desarrollar un plan de capacitación para empleados, miembros y voluntarios de la coalición para mejorar sus habilidades.
- Identificar y reescribir políticas, prácticas y estructuras que limiten la plena participación de diversas comunidades.
- Realizar eventos de sensibilización que exploren la historia, cultura y fortalezas de los diversos grupos dentro de su comunidad.
- Asegurarse de que diversas voces se encuentren en la coalición.
- Establecer, comunicar y crear un modelo sobre cómo la misión, la visión, las metas y los valores de la coalición se alinean con, y son servidos por, una membresía diversa y por prácticas inclusivas.

Para asegurar la efectividad y sostenimiento de una coalición, es fundamental verificar si todos los elementos necesarios se encuentran presentes para iniciar y mantener un plan para reducir uno o más problemas de consumo de las sustancias en la comunidad y para lograr el mayor impacto posible, se deberán desarrollar los siguientes mecanismos organizativos:

- Roles y estructura organizativa claras.
- Buenos hábitos de reunión y comunicación.
- Estructuras y prácticas legales y financieras apropiadas.

La coalición necesita mantener canales abiertos con otras organizaciones de la comunidad y con los miembros de la misma, ya que tendrá mayor éxito en la obtención de recursos, en mantener el interés general y en construir nuevas alianzas si la comunidad en general conoce y comprende su trabajo.

Además, las coaliciones deben ser cuidadosas de utilizar el tiempo de sus miembros de manera eficiente, pues necesitan demostrar que está siendo utilizado de manera adecuada o se perderá el apoyo. Cuando la coalición cuenta con las estructuras correctas y los procesos adecuados, la eficiencia y la efectividad aumentan.

MARCO LEGAL A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

De conformidad con la Constitución Política de la República de Guatemala, el Estado se organiza para proteger a la persona y a la familia, debiendo garantizar la vida, libertad, seguridad, paz y desarrollo integral de sus habitantes, así como tomar medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para hacer efectivas las acciones contra la drogadicción y otras causas de desintegración familiar, contemplando el derecho a la salud como un derecho fundamental y un bien público, estableciendo la obligación de todas las personas y establecimientos, de velar por su conservación y restablecimiento, tal como se menciona en:

- **Artículo 1 - Protección a la Persona**

El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común.

- **Artículo 2 - Deberes del Estado**

Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

- **Artículo 3 - Derecho a la vida**

El estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

La Ley contra la Narcoactividad, Decreto 48-92 por su parte, contiene las disposiciones relativas o vinculadas con la producción, fabricación, uso, tenencia, tráfico y comercialización de estupefacientes, psicotrópicos, drogas y demás fármacos, declarando de interés público y en protección de la salud, la adopción por parte del Estado de las medidas necesarias para prevenir, controlar, investigar, evitar y sancionar toda actividad relacionada con dichas sustancias.

A través de dicha normativa, se crea la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (CCATID) como el órgano responsable de estudiar y decidir las políticas nacionales para la prevención y tratamiento de adicciones, así como la prevención de las acciones ilícitas vinculadas con el tráfico de drogas en todas sus formas y actividades conexas, ejecutando sus decisiones mediante la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), creada mediante el Acuerdo Gubernativo No. 143-94, y cuyas funciones que se encuentran definidas en el reglamento de la CCATID contenido en el Acuerdo Gubernativo No. 95-2012.

Asimismo, la Política Nacional toma como referente la diversa legislación interna, leyes conexas y normas de procedimiento entre la que se encuentran el Decreto No. 47-96, el cual declara de interés nacional el rescate del niño, niña y adolescente alcohólico; Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96, reformado por el Decreto No. 31-97; Código de Salud, Decreto 90-97; Ley Contra la Delincuencia Organizada, Decreto No.21-2006, Ley de Armas y Municiones, Decreto No.15-2009 y sus reformas.

Ambas leyes, emitidas en aplicación de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional del año 2000; así como la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, Decreto No. 74-2008, promulgada por el Estado guatemalteco en cumplimiento del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco.

En el ámbito internacional, Guatemala ha aceptado, suscrito y ratificado diversos tratados internacionales que le comprometen a la lucha contra el narcotráfico y toda actividad relacionada con la producción, fabricación, uso, tenencia, tráfico y comercialización de los estupefacientes, psicotrópicos y drogas.

Dentro de los instrumentos internacionales más significativos que sustentan el contenido de la Política se encuentran los tres Tratados de Naciones Unidas que conforman el marco legal internacional del régimen de control mundial de las drogas. Estos son: la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

Aunque en Guatemala, la prevención del consumo de bebidas alcohólicas no está regulada con un único instrumento específico, existen varios instrumentos jurídicos y políticos que sustentan la acción de prevenir el consumo al mismo tiempo desde diferentes competencias de las instancias del Estado, de las municipalidades y del gobierno municipal, así como alientan la participación de la cooperación internacional y las organizaciones de sociedad civil en esta tarea:

Tabla 6 – Instrumentos jurídicos y políticos sobre las bebidas alcohólicas

INSTRUMENTO	CONTRIBUCIÓN
Ley de Alcoholes, Bebidas Alcohólicas y Fermentadas	Tipifica y regula la fabricación, venta y usos del alcohol y bebidas alcohólicas y establece la prohibición de su venta a adolescentes bajo pena de 20 días de prisión o la venta a 100 metros de centros educativos.
Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia	Esta ley establece las responsabilidades de todas las instituciones públicas, padres de familia y educadores en relación a la protección de la niñez y la adolescencia. El Artículo 52 indica que “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra el consumo, uso y abuso de sustancias que produzcan dependencia, para lo cual el Estado creará y apoyará las condiciones apropiadas para los programas correspondientes”.

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Continuación

Tabla 6 – Instrumentos jurídicos y políticos sobre las bebidas alcohólicas

INSTRUMENTO	CONTRIBUCIÓN
Decreto 90-97 y Acuerdo Gubernativo 127-2002	Regula la publicidad de bebidas alcohólicas, prohíbe la publicidad a menos de 500 metros de centros educativos y recreativos y establece el papel de las municipalidades como parte del sistema de salud.
Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia y el Delito	Establece principios y acciones de prevención de diversas formas de violencia y delito incluyendo el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes.
Otros	Decreto 11-97 (acuerdo gubernativo) instrumentos derivados establecen las competencias de la PNC en materia de prevención. Acuerdo Gubernativo 405-96 y sus instrumentos derivados que definen las competencias del Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE). Acuerdo Ministerial 542-2008 relacionado con la creación y funcionamiento de la Unidad de Prevención Comunitaria de la Violencia. Acuerdo Gubernativo 13-77 que regula el funcionamiento del Ministerio de Educación adjudicándole competencias en materia de la educación para la juventud, la convivencia, el arte y la recreación.

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

El derecho a un ambiente adecuado se deriva de otros como el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud e incluso el derecho a la vida. Explícitamente ha sido recogido en varias declaraciones de la ONU como la Resolución de la Asamblea General 45/94: “todas las personas tienen derecho a vivir en un ambiente adecuado para su salud y bienestar”.

También hay un reconocimiento de este derecho en la Declaración de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano aprobada en Estocolmo el 16 de junio de 1972, en la Declaración de Río Sobre Medio Ambiente y Desarrollo de 1992, en el Protocolo de Kyoto de 2005 y en la Declaración Universal de Derechos Humanos Emergentes que, en su artículo 3, reconoce el derecho a habitar el planeta y al medio ambiente. Igualmente, el Protocolo de San Salvador establece en su artículo 11 que “toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos. Los Estados parte promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente”. Aunque se trate de un derecho que no está explícitamente reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) su reconocimiento se deriva fundamentalmente de sus artículos 12 y 13.

En el ámbito regional, destacan el Convenio Europeo de Derechos Humanos en el artículo 8.1, el Protocolo de San Salvador en los artículos 7 y 11, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos en su artículo 24.

Nuestra Constitución eleva a Derecho Humano desde 1985 el medio ambiente en su Artículo 97 que dice literalmente: “Medio ambiente y equilibrio ecológico. El Estado, las municipalidades y los habitantes del territorio nacional están obligados a propiciar el desarrollo social, económico y tecnológico que prevenga la contaminación del ambiente y mantenga el equilibrio ecológico. Se dictarán todas las normas necesarias para garantizar que la utilización y el aprovechamiento de la fauna, de la flora, de la tierra y del agua, se realicen racionalmente, evitando su depredación”.

Atendiendo a las definiciones jurídicas que nos otorgan los instrumentos nacionales como nuestra Carta Magna, el Derecho a un Medio ambiente sano es un resultado del Derecho a la vida, no podemos hablar de vida sin que el entorno ecológico no esté adaptado para las condiciones de viabilidad de los seres humanos.

De esta cuenta, la administración pública en su función de policía vigila el cumplimiento de la normativa medio ambiental a través del Ministerio de Medio Ambiente.

El Derecho a la Salud es también un correspondiente al Derecho a la Vida, el derecho a la vida garantizado en el artículo 3 de la Constitución Política de la República, cabe la afirmación que no es un derecho en abstracto, no se trata de una simple declaración del Estado de Guatemala, es un compromiso de Estado en cuanto a las condiciones sociales, económicas políticas y humanas para que la vida de los seres humanos que habitamos el territorio nacional la llevemos con dignidad.

Nuestra Carta Magna define el derecho a la salud en los siguientes artículos:

- **Artículo 93 - Derecho a la salud**

El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

- **Artículo 94 - Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social**

El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

- **Artículo 95 - La salud, bien público**

La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

- **Artículo 96 - Control de calidad de productos**

El Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquéllos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.

- **Artículo 100 - Seguridad social**

El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria.

El Estado, los empleadores y los trabajadores cubiertos por el régimen, con la única excepción de lo preceptuado por el artículo 88 de esta Constitución, tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho a participar en su dirección, procurando su mejoramiento progresivo.

La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias; goza de exoneración total de impuestos, contribuciones y arbitrios, establecidos o por establecerse. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada.

El Organismo Ejecutivo asignará anualmente en el Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado, una partida específica para cubrir la cuota que corresponde al Estado como tal y como empleador, la cual no podrá ser transferida ni cancelada durante el ejercicio fiscal y será fijada de conformidad con los estudios técnicos actuariales del instituto.

Contra las resoluciones que se dicten en esta materia, producen los recursos administrativos y el de lo contencioso-administrativo de conformidad con la ley. Cuando se trate de prestaciones que deba otorgar el régimen, conocerán los tribunales de trabajo y previsión social.

Este derecho está interrelacionado y es interdependiente con el derecho a un medio ambiente sano, asimismo, es compromiso de Estado velar porque el entorno de la vida humana sea saludable de esta cuenta entre las obligaciones del Estado se encuentra la prevención y las medidas pertinentes para llevar a su concreción el Derecho a la Salud.

En cuanto a la función de policía administrativa, Guatemala, garantiza este derecho en la obtención de licencia sanitaria, de salud y de manipulación de alimentos, siendo estas las licencias que necesitan los establecimientos que expenden licor.

El Derecho de la Niñez y la Juventud es un Derecho Social, contemplado en la Constitución Política de la República de Guatemala. Asimismo, en la Convención de Derechos del Niño, ratificada y firmada por el Estado de Guatemala.

Nuestra Carta Magna la define como:

- **Artículo 51 - Protección a menores y ancianos**

El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

Asimismo, su desarrollo normativo ordinario en Guatemala se encuentra en la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia. En el mismo sentido se tiene como disposición normativa administrativa la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de edad en el Código de Salud en su artículo 50.

Este enfoque de la garantía de protección a la niñez y adolescencia desde nuestra constitución es biologicista en cuanto a proteger su salud, que también es considerado un derecho, en realidad por el avance social este derecho es más integral en cuanto a la protección de la vida el futuro de la sociedad y como grupo vulnerable protegiendo de esta forma el derecho a la igualdad.

De esta cuenta la protección a la niñez y adolescencia es un compromiso del Estado de Guatemala ante la vida, el desarrollo integral de las personas y garantía de igualdad de condiciones para desarrollar la vida misma.

Para el Estado de Guatemala, la Seguridad Ciudadana conceptualmente se define de la siguiente manera:

- **Seguridad de la Nación**

Incluye el conjunto de principios, políticas, objetivos, estrategias, procedimientos, organismos, funciones y responsabilidades de los componentes del Estado en materia de seguridad, que garantizan la independencia, soberanía e integridad y los derechos fundamentales de la población establecidos en la Constitución Política de la República de Guatemala, que consolidan la paz, el desarrollo, la justicia y el respeto de los derechos humanos

- **Seguridad Democrática**

Es la acción del Estado que garantiza el respeto, la promoción y la tutela de la seguridad, al mismo tiempo que el pleno ejercicio de los derechos humanos, mediante la creación de condiciones que permitan a la persona su desarrollo personal, familiar y social en paz, libertad y democracia, conforme con lo establecido en el Tratado Marco de Seguridad Democrática en Centroamérica.

En las dos definiciones conceptuales, los derechos otorgados por la constitución se convierten en el principal objetivo de brindar seguridad a la población, con la finalidad que estos valores y derechos contenidos en la Constitución Política de la República de Guatemala se realicen.

El Código de Salud y su Reglamentación, es la normativa en el desarrollo ordinario del Derecho de la Salud en cuanto a las acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social, que la Constitución Política de la República de Guatemala contiene.

Estas acciones por delegación de la Ley del Organismo Ejecutivo se encuentran a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien tiene como función, el control de los establecimientos de expendio de licor en cuanto concierne a la salud preventiva.

El Código de Salud contempla artículos de suma importancia, que fundamentan la necesidad de tomar acciones pertinentes para el abordaje del consumo de alcohol y otras sustancias que regularmente se encuentran en ambientes en los que se consume:

- **Artículo 47 - Sustancias dañinas para la salud**

Se promoverán programas para informar sobre los riesgos del consumo de sustancias dañinas para la salud, especialmente aquellas que producen adicción.

- **Artículo 48 - Sustancias prohibidas por la ley**

Se promoverán programas para erradicar el consumo de sustancias nocivas para la salud, cuyo consumo, producción y comercialización son consideradas en este Código y otras leyes como prohibidas, especialmente las drogas en cualquiera de sus formas y las bebidas alcohólicas clandestinas de cualquier naturaleza.

Reformas al Código de Salud - Decreto Número 90-97 del Congreso de la República

Artículo 1 - Se reforma el artículo 49, el cual queda así:

- **Artículo 49 - La publicidad y consumo perjudicial.**

- a) Toda publicidad relacionada con tabaco, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas, que se realice por medio escrito, gráfico, radial, televisivo, eléctrico o electrónico y unidades móviles, deberá contar con la autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, antes de ser difundida en dichos medios de comunicación.
- b) Es obligación de los fabricantes, importadores y anunciantes de cigarrillos y otros productos derivados del tabaco, indicar en los espacios de su publicidad, y colocar en el empaque o envoltorio, y en la cajetilla del producto mismo, alternativamente una de las siguientes advertencias:
 - FUMAR TABACO PRODUCE CÁNCER.
 - EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
 - EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE CÁNCER DE LA BOCA Y DE LA FARINGE.
 - EN LA MUJER EMBARAZADA EL FUMAR TABACO PRODUCE ABORTO Y MALFORMACIÓN FETAL.
 - EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE CÁNCER PULMONAR.

Las leyendas de advertencia, cuando se trate de la cajetilla del producto deberán ser visibles, escritas en idioma español, con letra ARIAL BLACK MAYÚSCULA NÚMERO 12, como mínimo,

claramente legible, que ocupe un 25% en la parte inferior de la cara frontal de su presentación o cajetilla. El fabricante deberá asignar una de las advertencias a que se refiere el presente inciso CADA CINCUENTA POR CIENTO DE LA PRODUCCIÓN MENSUAL, hasta completar el cien por ciento de la misma e incluir la totalidad de las leyendas de la advertencia, y así sucesivamente. En igual forma todas las cajetillas deberán mostrar en letra clara y visible, en la parte lateral de su presentación la advertencia siguiente: EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO CAUSA SERIOS DAÑOS A LA SALUD.

En toda publicidad sobre tabaco por medios escrito, gráfico, radial, televisivo, eléctrico o electrónico y unidades móviles se deberán incluir las leyendas de advertencia al inicio y al final de la publicidad a que se refiere este inciso, en forma rotativa y en la misma transmisión de emisión mensual porcentual que se indica; además, en el caso de medios televisivo, eléctrico o electrónico, mientras se paute la publicidad deberá insertarse el cintillo que indique las advertencias enumeradas en el inciso b).

- c) En el caso de medios televisivo, eléctrico o electrónico, es obligación de los fabricantes, importadores y anunciantes de bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas, indicar en los espacios de su publicidad que "EL EXCESO EN EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO ES DAÑINO PARA LA SALUD DEL CONSUMIDOR"; la anterior advertencia deberá incluirse al inicio y al final de la publicidad. Todo envase o etiqueta de producto nacional o importado que contenga bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas deberá contener la leyenda: "EL EXCESO EN EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO ES DAÑINO PARA LA SALUD DEL CONSUMIDOR"; la anterior advertencia deberá incluirse al inicio y al final de la publicidad. Todo envase o etiqueta

de producto nacional o importado que contenga bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas deberá contener la leyenda: "EL EXCESO EN EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO ES DAÑINO PARA LA SALUD DEL CONSUMIDOR", la leyenda deberá estar escrita en español y en letra ARIAL BLACK MAYÚSCULA NÚMERO 12, como mínimo, claramente legible, que ocupe un 25% de la cara frontal de la etiqueta, envase y embalaje, y a su vez deberá indicar el contenido de sus ingredientes.

- d) La publicidad en general no debe contener mensajes que se consideren nocivos para la salud individual o colectiva, y no se promocionará el consumo de cigarrillo y tabaco en cualquiera de sus formas ni de bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas en la moderación y el autocontrol de los consumidores.
- e) En toda publicidad sobre tabaco, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas por medios escrito, gráfico, radial, televisivo, eléctrico o electrónico y unidades móviles en cualquiera de sus formas deberá incluirse la advertencia EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO CAUSA SERIOS DAÑOS A LA SALUD. Además en la publicidad sobre tabaco se deben incluir las advertencias que indica la literal b) del presente artículo.

La publicidad por medio radial, televisivo, eléctrico u electrónico y unidades móviles, la transmisión de publicidad sobre tabaco, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas, no se efectuará en horario de programación infantil.

- f) La publicidad sobre productos de tabaco, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas, deberá referirse al producto en la forma de su presentación, o a su envase, pero en ningún caso demostrar o sugerir en forma directa el consumo del mismo, por medio de modelos humanos, dibujos animados, atletas deportivos y personajes públicos para tal fin.
- g) No se podrá colocar propaganda o publicidad que promocioe el consumo de cigarrillos o productos derivados del tabaco, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas a menos de 500 metros de las entradas y salidas de establecimientos educativos de nivel preescolar, preprimario, primario, medio y universidades, instalaciones o complejos deportivos, instituciones de asistencia hospitalaria, y centros de recreación.
- h) Queda prohibida la distribución gratuita o promocional de cigarrillos en cajetilla o sueltos, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas; asimismo, de bienes y servicios que lleven nombre o marca registrada de producto de tabaco, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas, en todo el territorio nacional.
- i) Queda prohibida la venta de cigarrillos en presentación individual o menores de 20 cigarrillos por cajetilla de cualquiera de las marcas nacionales o importadas.
- j) Todo producto distribuido en contravención a cualquiera de los preceptos anteriores, así como toda publicidad que no se apegue a la presente ley, serán retirados o suspendidos de forma inmediata por disposiciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y dichas acciones serán a costa y bajo responsabilidad del infractor.

Artículo 2 - Se reforma el artículo 51, el cual queda así:

- **Artículo 51 - Lugares de consumo de tabaco y sus derivados.**

- a) Se prohíbe fumar en los locales de las oficinas del Estado, sus entidades descentralizadas o autónomas y empresas del Estado, en edificios que alberguen centros educativos de nivel preescolar, preprimario, primario, medio y en las aulas universitarias, unidades de transporte colectivo urbano y extraurbano, taxis, centros de atención médica, hospitales públicos y privados, salas de cine, lugares cerrados donde se presenten espectáculos públicos, teatros, aeropuertos, gasolineras, expendios de gas u otros combustibles o productos inflamables, y en general en todos aquellos lugares cerrados en que se presten servicios públicos, salvo que los propietarios de los teatros, cines y lugares de espectáculos públicos dispongan de un local adecuado para fumadores, debidamente ventilado para no afectar a los no fumadores.
- b) Los establecimientos que expendan comida, deberán acondicionar lugares para fumadores y no fumadores. Las áreas para fumadores deberán constituir no más del veinticinco por ciento del área total del establecimiento abierto al público y éstas deberán contar con ventilación adecuada de manera que no afecte las áreas de no fumadores.

Artículo 3 - Se reforma el artículo 126, el cual queda así:

- **Artículo 126 - Bebidas alcohólicas**

Todas las bebidas que contengan más de 0.5% de alcohol por volumen, se considerarán como bebidas alcohólicas y quedarán sujetas a evaluación de conformidad y al control sanitario, de acuerdo a lo establecido en el presente capítulo y el reglamento respectivo.

Queda terminante prohibido el consumo de bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas, en parqueos públicos y en parqueos exclusivos de establecimientos de expendio de alimentos y/o licores, así como en la vía pública.

El consumo en parqueos exclusivos de aquellos establecimientos que expendan alimentos y/o licores, dará lugar a que se aplique a estos una multa de QUINCE MIL QUETZALES (Q.15,000.00); la reincidencia hará que se aplique el doble de la multa impuesta la primera vez, y en el caso de continuar infringiendo la ley se procederá de conformidad con el artículo 219, incisos c) y e) del Código de Salud.

- **Artículo 4 - Se reforma el último párrafo del artículo 224, el cual queda así:**

“Quien cometa éstas y las infracciones enunciadas en el artículo 51 del presente código. Será sancionado con la multa correspondiente de conformidad a los valores indicados en el artículo 219 inciso b) del Código de Salud. La infracción a la prohibición de venta a menores de dieciocho años, dará lugar a la aplicación de una multa de CINCO MIL QUETZALES (Q.5,000.00), cuando se trate de establecimientos comerciales, de CIEN MIL QUETZALES (Q.100,000.00) cuando la venta la promuevan o la realicen directamente los fabricantes, importadores y distribuidores, mediante promociones o distribuciones al público. Igual sanción se aplicará cuando dicha distribución, en cualesquiera de sus formas, la realicen otros agentes con fines de propaganda o promoción. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, velará por que se cumpla con lo observado en la presente disposición.

En los casos anteriores la reincidencia, hará que se aplique el doble de la multa impuesta la primera vez, y de continuar infringiendo la ley se procederá de conformidad con el artículo 229 del Código de Salud."

- **Artículo 5 - Se reforma el artículo 229, adicionándole un numeral, identificado con el número 7, de la forma siguiente:**

"7. La reincidencia por más de dos veces en la violación o infracción de las normas y disposiciones prohibitivas a que se refieren los numerales 1, 2, 3 y 8 del artículo 224 del presente Código hará que se aplique al infractor, además de las sanciones establecidas, el cierre temporal del establecimiento en que se haya cometido la infracción. Cumplido el término del cierre o suspensión, la apertura se realizará bajo autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social."

- **Artículo 6**

El cumplimiento de las normas contenidas en el presente decreto será exigible a los fabricantes de productos derivados del tabaco y bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y demás bebidas fermentadas, al cumplirse seis meses de su vigencia.

De esta cuenta, en los artículos 121 al 126 del Código de Salud contempla el otorgamiento de licencias sanitarias, cuyo desarrollo reglamentario se encuentra en el reglamento de inocuidad de alimentos. Asimismo, las personas que atienden el establecimiento deberán contar con tarjeta de manipulación de alimentos y de pulmones para garantizar que no habrá propagación de enfermedades infecto-contagiosas, lo cual realiza a través de sus delegaciones departamentales y municipales, aplicando el principio administrativo de desconcentración de las funciones.

El Código de Salud contempla en su artículo 47 que se promoverán programas para informar sobre los riesgos del consumo de sustancias dañinas para la salud especialmente aquellas que producen adicción.

El Acuerdo Gubernativo 221.2004 es una disposición administrativa que limita las horas del expendio de licor, a nivel de la República de Guatemala, se encuentra prohibida la venta de licor de 1 A.M. a 7 A.M. Esta medida de control tiene por objetivo evitar los accidentes y violencia que genera el consumo de alcohol.

Asimismo, contiene disposiciones de sanción administrativa si en el expendio de licor se le vende a menores de edad o existe portación de armas, siendo la multa que contempla el reglamento en cuestión es de Q.5000.00.

El cumplimiento de este reglamento le corresponde a la Policía Nacional Civil, mientras que el régimen sancionatorio le corresponde a la Superintendencia de Administración Tributaria, sin embargo, la coordinación entre Policía Nacional Civil y Superintendencia de Administración Tributaria en el nivel local es casi nula o inexistente.

Según el Decreto 56-95 se autorizó a las Municipalidades a autorizar el funcionamiento de locales que expendan bebidas, alimentos, hospedaje, recreación y otros. Debido a ello algunas Municipalidades cuentan con reglamentos para otorgar las licencias de funcionamiento a establecimientos comerciales que operan en su Municipio, el trámite de cada Municipio será diverso.

Esta medida legislativa de alguna forma ha paliado la situación de la incidencia de delitos en ciertas circunscripciones municipales, pero también puede adolecer de inconstitucionalidades por lo cual cada Municipio deberá asesorarse sobre la juridicidad de sus reglamentos.

Si bien es cierto varios entes administrativos se involucran en el control, este no se da de manera coordinada, provocando así duplicidad de funciones.

Asimismo, que el cumplimiento de requisitos no mide el impacto que tendrá el consumo de alcohol y su incidencia en hechos violentos, provocando así un fenómeno social en el que la población exige solución a sus problemáticas sin que el Estado de Guatemala las atienda.

REFERENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES

La problemática de las drogas ha sido catalogada como un problema mundial y se constituye como un fenómeno complejo, dinámico y multicausal (CICAD/OEA, Estrategia Hemisférica sobre Drogas , 2010). En la región Latinoamericana, los problemas relativos a las drogas adquieren cada día una relevancia mayor e impactan el desenvolvimiento de toda sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), define droga como “toda sustancia que, al ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre su sistema nervioso central, puede modificar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas”, su estado de ánimo, pensamiento, forma de actuar, la coordinación motora e inducen a las personas que las toman a seguir consumiéndolas por los efectos que provocan.

Debido a la preocupación nacional sobre el uso, abuso, consumo, producción y tráfico ilícito de drogas, a partir del año 1990 se han realizado acciones y estudios relacionados con el fenómeno de las drogas en el país.

Según el Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2017) se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015.

Aún más inquietante es el hecho de que unos 29.5 millones de esos consumidores, es decir, el 0.6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento.

En este período ha imperado en el Estado de Guatemala una perspectiva reactiva para abordar el problema de las drogas y las adicciones, siendo evidente lo expuesto, por el desbalance del presupuesto asignado actualmente entre el ámbito de Reducción de la Demanda y el ámbito de Reducción de la Oferta en el contexto nacional, lo cual incide en mantener un enfoque punitivo y de combate en el tema de drogas y adicciones, minimizando el abordaje en prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción que requiere la población involucrada en la problemática.

Este tema ha generado debate en foros internacionales, como la XXVII Reunión de Jefes de Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas (HONLEA, 2017) en la cual se aprobaron recomendaciones encaminadas a alentar a los Gobiernos para la asignación de recursos necesarios en el ámbito de la Reducción de la Oferta y la Demanda de forma equilibrada, con el objetivo de prevenir la prevalencia de sustancias psicoactivas, mediante políticas adecuadas.

Para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas con resultados satisfactorios, es preciso que las autoridades nacionales mantengan una estrecha cooperación y coordinación a todos los niveles, en particular en los sectores de la salud, la educación, la justicia y el cumplimiento de la ley, teniendo en cuenta sus respectivos ámbitos de competencia con arreglo a la legislación nacional (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

El Estudio sobre las capacidades del sector salud para el abordaje de los problemas de salud pública relativos al uso de sustancias psicoactivas (Salud O. P., Estudio sobre las capacidades del sector salud para el abordaje de los problemas de salud pública relativos al uso de sustancias psicoactivas, 2014), recomendó al Estado de Guatemala, el fortalecimiento de los servicios de salud, mediante el establecimiento de redes integradas de atención primaria, dirigidas a la población más vulnerable y usuaria de sustancias psicoactivas, incluyéndolas en los diferentes niveles del Sistema de Salud.

Tanto la sociedad civil como la comunidad científica y el mundo académico, desempeñan una función importante para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas y deben desempeñar una función participativa en la formulación y aplicación de las políticas y programas, en el suministro de los datos científicos pertinentes de apoyo a la evaluación de dichas políticas y programas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

En la Agenda 2030 (United Nations, 2017), conformada por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales pretenden lograr un enfoque holístico del desarrollo internacional que representará y combatirá todos los grandes obstáculos que actualmente impiden su avance, tiene el conjunto de los 17 objetivos y 169 metas.

El tema de las drogas es abordado en el **Objetivo 3 "Asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas las edades"**, siendo una de las metas: *"fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes"*, y como medio de implementación *"fortalecer la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en todos los países, según corresponda"*, *"aumentar sustancialmente la financiación de la salud, con respecto a atención y formación profesional"* y *"fortalecer la capacidad de todos los países, en particular en los países en desarrollo, para la alerta temprana, reducción de riesgos y la gestión de los riesgos de salud nacionales y mundiales"*.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

- **Sujetos de investigación**

Líderes comunitarios y beneficiarios de coaliciones implementadas en:

- Cantel, Quetzaltenango.
- San Bartolomé Milpas Altas, Sacatepéquez.
- San Lucas Sacatepéquez, Sacatepéquez.

- **Muestra**

Está integrada por 20 casos, 10 actores clave y 10 beneficiarios de las coaliciones comunitarias identificadas y de éstos se realiza el análisis correspondiente:

- **Actores Clave:**

Nombre: E.C.

Edad: 23 años.

Género: Masculino.

Profesión / Oficio: Ingeniero Civil.

Rol en la comunidad: Concejal de Alcaldía Comunitaria.

Rol en la coalición: Secretario.

Nombre: O.M.

Edad: 40 años.

Género: Femenino.

Profesión / Oficio: Terapeuta Quiropráctica.

Rol en la comunidad: Líder comunitario.

Rol en la coalición: Vocal.

Nombre: F.I.V.
Edad: 30 años.
Género: Masculino.
Profesión / Oficio: Comunicador Social.
Rol en la comunidad: Participante.
Rol en la coalición: Líder.

Nombre: E.A.S.C.
Edad: 30 años.
Género: Masculino.
Profesión / Oficio: Vice Alcalde Comunitario de Cantel.
Rol en la comunidad: Vice Alcalde Comunitario de Cantel.
Rol en la coalición: Vicepresidente.

Nombre: F.H.T.
Edad: 60 años.
Género: Masculino.
Profesión / Oficio: Agricultor.
Rol en la comunidad: Líder comunitario.
Rol en la coalición: Tesorero.

Nombre: G.E.S.
Edad: 53 años.
Género: Femenino.
Profesión / Oficio: Ama de casa.
Rol en la comunidad: Líder comunitario.
Rol en la coalición: Vocal II.

Nombre: F.R.X.G.
Edad: 43 años.
Género: Femenino.
Profesión / Oficio: Facilitadora de Educación Popular.
Rol en la comunidad: Líder comunitario.
Rol en la coalición: Presidenta.

Nombre: L.P.
Edad: 23 años.
Género: Femenino.
Profesión / Oficio: Estudiante.
Rol en la comunidad: Líder comunitario.
Rol en la coalición: Vocal III.

- **Beneficiarios:**

Nombre: M.L.
Edad: 75 años.
Género: Femenino.
Profesión / Oficio: Ama de casa.
Rol en la comunidad: Líder comunitario.
Rol en la coalición: Tesorera.

- **Instrumentos**

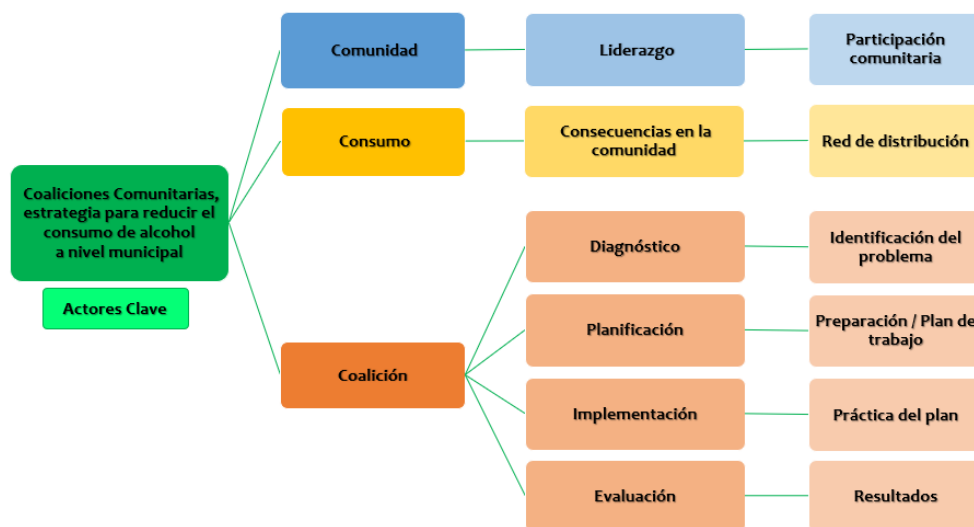
- a. Entrevistas (anexo 1)**

Contiene preguntas abiertas y cerradas, las cuales están enfocadas en conocer la percepción de la población, en relación al consumo de drogas a nivel local, así como las posibles soluciones que han identificado para abordar la problemática.

b. Árbol de categorías

Actores clave

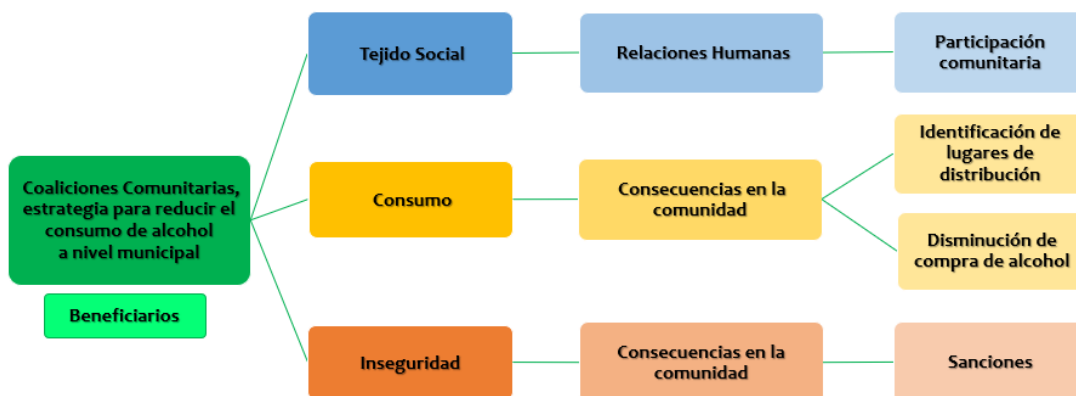
Esquema 3 – Árbol de categorías de los actores clave



Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Beneficiarios

Esquema 4 – Árbol de categorías de los beneficiarios



Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

c. Naturaleza de los datos

La naturaleza de los datos es cualitativa: observación, descripciones de la población y entrevistas.

d. Recolección de datos

Está orientada a identificar la percepción en relación al problema de las drogas, el proceso de la implementación de coaliciones comunitarias y las experiencias de los actores clave y beneficiarios.

e. Finalidad del análisis de datos

Comprender los factores que inciden en la conformación de las coaliciones comunitarias y su sostenibilidad, mediante la información recopilada de actores clave y beneficiarios, así como el proceso que conlleva el desarrollo de una estrategia para reducir el consumo de alcohol a nivel municipal.

- **Procedimiento de investigación**

Esquema 5 – Elementos del procedimiento de investigación



Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

El procedimiento de la investigación estuvo conformado por la planificación, el trabajo de campo y los resultados.

La identificación del problema, la recopilación de la información para desarrollar el Estado del Arte y para elaborar los árboles de categorías e instrumentos, conformaron el proceso de planificación.

El trabajo de campo inició con la selección de la muestra y la gestión de espacios para la aplicación de las entrevistas, las cuales fueron previamente revisadas y validadas, para posteriormente aplicarlas a los actores claves: líderes comunitarios y beneficiarios.

Los resultados se obtuvieron al integrar las respuestas incorporadas a la base de datos, éstas fueron analizadas para elaborar una presentación final, la cual evidencia aspectos de comunidad y tejido social, participación ciudadana, inseguridad y consumo de alcohol.

- **Diseño y metodología de investigación y sistematización de la información**

La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014), centrada en:

1. El significado de las acciones, en este caso, la percepción de los actores claves de la comunidad y los beneficiarios de las coaliciones comunitarias, considerando información relevante de diversos aspectos de la interacción comunitaria, la participación ciudadana y los aspectos que han influido en el tejido social.
2. Postula la realidad a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto a las propias realidades, las cuales tienden a modificarse conforme el transcurso de la misma.
3. Construcción del conocimiento del fenómeno estudiado, considerando la diversidad de ideologías y cualidades de los participantes.

El diseño narrativo (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014) que utilicé pretende entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron.

El diseño se centra en “narrativas”, entendidas como historias de participantes relatadas o proyectadas y registradas en diversos medios que describen un evento o un conjunto de eventos conectados cronológicamente (Czarniawska, 2004).

En este sentido, uno de los aspectos fundamentales será orientar las acciones de prevención del consumo de drogas, hacia un enfoque idóneamente cultural, respetando las costumbres y formar de vida de los miembros de la comunidad.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Las preguntas estuvieron orientadas a conocer la percepción de líderes comunitarios y beneficiarios de las coaliciones locales, en lo que respecta a: liderazgo en la comunidad, participación ciudadana, consecuencias del consumo de drogas en la comunidad y aspectos específicos de las coaliciones comunitarias, las cuales realizan reuniones mensuales, en las que cada uno contribuye conforme su capacidad y trabajan en equipo de forma responsable, ya que están interesados en el avance de su comunidad.

Los líderes y los beneficiarios, consideran que el liderazgo es un elemento básico que promueve la participación ciudadana y es por ello, que identifican a las autoridades locales, líderes comunitarios y vecinos, como miembros indispensables de las coaliciones, pues sienten la confianza de otorgarles el poder de decisión de las acciones que se implementarán conforme el plan de trabajo de la coalición.

Es fundamental que las estrategias comunitarias propuestas para la prevención del consumo de drogas, consideren diversos aspectos culturales como: respeto a las costumbres, apegadas a las tradiciones, formas de vivir y unir a la comunidad, sin embargo esto puede ocasionar contradicciones si se involucra el consumo de sustancias para festividades locales.

Algunas coaliciones cuentan con información no estructurada, referente al plan de trabajo, actividades realizadas y documentación fotográfica, que están dispuestas a compartir para de esta manera, pueda sistematizarse la información existente y que sea el punto de partida para las diferentes acciones estratégicas que debe tomar la coalición.

Los miembros de la coalición, identifican el consumo de alcohol como un problema de la comunidad, el cual es serio, peligroso, dañino para la salud y creen que los adolescentes usan alcohol por curiosidad, desobediencia, falta de educación, desintegración familiar, falta de presencia de los padres porque han migrado a otros países, problemas académicos o familiares.

Los beneficiarios coinciden con las causas planteadas, sin embargo consideran que el consumo es intermedio y que los adolescentes consumen porque no identifican la posibilidad de tener consecuencias legales.

Los miembros de las coaliciones con el apoyo de los beneficiarios, han identificado que en las cantinas y las tiendas es en dónde mayoritariamente existe venta de alcohol y también son los lugares en los que se consume, además de algunos espacios públicos, incrementándose en las festividades.

Existen grupos ajenos a las coaliciones que se han organizado para implementar algunas acciones para prevenir el consumo de alcohol, realizando charlas para padres de familia y estudiantes organizadas por alcaldías, conformación de escuelas para padres y prácticas religiosas.

Posterior a un diagnóstico comunitario, la coalición propone un plan de trabajo y los sectores que la integran, son los responsables del cumplimiento. Las acciones están dirigidas a capacitar, concientizar y divulgar la información que contribuirá a prevenir el consumo de alcohol en la comunidad.

Además de las acciones planteadas por la coalición, los jóvenes beneficiarios, proponen la incorporación de actividades recreativas como factor protector para la prevención del consumo de drogas.

Debido al reconocimiento que las coaliciones tienen en la comunidad, las acciones que implementan han sido adoptadas de manera positiva, es por ello que se considera que son las personas idóneas para la continuidad de su desarrollo.

A pesar de lo anterior, los beneficiarios difieren con los miembros de la coalición pues aunque éstos indican que existen restricciones para la venta y compra de alcohol mediante acciones de vigilancia, los beneficiarios indican que únicamente aplican para mayores de edad y no hay acciones enfocadas en los adolescentes, quienes no conciben el consumo como un problema y por tal razón, deben de desarrollarse acciones específicas en esta población.

Al concluir la implementación del plan, las coaliciones recopilaron información con la cual identificaron la disminución del consumo de alcohol en los adolescentes, reducción violencia e incremento de la concientización del problema.

En virtud de lo anterior, se identifica que la propuesta de las Coaliciones Comunitarias para la prevención del consumo de alcohol, responde a las necesidades de los miembros de la comunidad, ya que a través de éstas, se pueden desarrollar planes de trabajo y estrategias que contribuyen a implementar acciones enfocadas en la prevención del consumo de alcohol y en las que participan los sectores involucrados, cada uno conforme su ámbito de acción y sus posibilidades de intervención.

Algunos criterios que delimitan la naturaleza de una coalición comunitaria (Fawcett, Paine, & Schulltz, 2001), hacen referencia a que están constituidas por miembros de la comunidad que se ocupan fundamentalmente de temas locales y abordan las necesidades de la comunidad utilizando sus propios recursos, contribuyendo la resolución de los problemas a través de la colaboración.

Desde un punto de vista cualitativo (Zimmerman, 2000), hay ciertas personas y/o grupos sociales cuya participación en la coalición parece fundamental pues tienen un interés esencial en el éxito de la coalición, padecen directamente el problema en cuestión y pueden ser responsables formales e informales en la comunidad, esto alineado con lo que mencionan los beneficiarios, pues consideran que las personas idóneas para la implementación de acciones en la comunidad, son los líderes identificados y activos en las coaliciones existentes.

Además de lo planteado con anterioridad, los beneficiarios coinciden con Wolff (Wolff, 2001), quien describe una serie de atributos que hacen a las coaliciones idóneas como vehículo para el cambio comunitario: son comprensivas, holísticas, flexibles, con capacidad para adaptarse y responder a los cambios que en la priorización de necesidades se plantea la comunidad; contribuyen a construir sentimiento psicológico de comunidad, sentido de pertenencia, construir y/o mejorar el compromiso de las personas en la vida comunitaria; desarrollan y/o consolidan redes sociales de apoyo y favorecen las normas de reciprocidad en la comunidad.

Un aspecto importante en las coaliciones comunitarias está representado por su capacidad para constituir y desarrollar un cuerpo social (Kieffer, 1984), sin olvidar que al constituir una coalición, es esencial considerar la historia previa de la comunidad en términos de participación y tener en cuenta que aquellas coaliciones donde la motivación para participar procede directamente de las bases, conllevan una mayor probabilidad de éxito en el logro de sus metas.

Por lo anterior, es fundamental concientizar a la coalición de la necesidad de sistematizar la información generada para contribuir a su sostenimiento, que requiere la creación de una coalición fuerte y que reúna a toda la comunidad para desarrollar un plan integral que solucione eficazmente el problema y de esta manera, evitar entonces que tengan una vida muy corta y desaparecer una vez conseguido el objetivo (Martínez & García, 2002),

La creación de liderazgo y de preparación comunitaria son factores claves en la capacitación de la comunidad, que contribuyen indirectamente a la efectividad de los programas de prevención y promoción de la salud (Holgado Ramos, Maya Jariego, & Ramos Vidal, 2013). No basta con la presencia de figuras de liderazgo en la comunidad, sino que es fundamental garantizar la calidad de este liderazgo, tal como lo mencionan los líderes y los beneficiarios de las coaliciones, pues consideran que éste es un elemento básico que promueve la participación ciudadana.

Los líderes de las coaliciones, identifican la necesidad de que las estrategias comunitarias propuestas para la prevención del consumo de drogas, consideren diversos aspectos culturales, sin considerar que la idoneidad cultural, no está limitada a temas étnicos sino que abarca edad, género, tendencia sexual y otras variables (Cherpitel, Borges, Giesbrecht, Monteiro, & Stockwell).

El modelo de salud pública muestra que los problemas se presentan mediante la relación e interacción de un agente, un receptor y el entorno. Estas relaciones tan complejas obligan a las coaliciones a considerar un modelo más integral, el modelo de salud pública, que ha demostrado ser el enfoque más efectivo para lograr y mantener un cambio a nivel comunitario.

La conducta de ingerir alcohol es similar a la del consumo de otras sustancias en términos de su complejidad y se asocia a una evitación o afrontamiento de los problemas que vive el joven (Lazarus & Folkman, 1986), a la necesidad de interactuar socialmente y ser aceptado (Muracen, Martínez, Aguilar, & González, 2001), a la búsqueda de una mayor potencia sexual y a la disminución de la tensión (Mora & Natera, 2001), a diferencia de los autores, los líderes de las coaliciones, que han identificado que los adolescentes usan alcohol por curiosidad, desobediencia, falta de educación, desintegración familiar, falta de presencia de los padres porque han migrado a otros países, problemas académicos o familiares.

Los beneficiarios difieren a lo planteado con anterioridad, pues indican que la causa de consumo en los adolescentes se debe a que no identifican la posibilidad de tener consecuencias legales, por ello cobra relevancia mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (Salud O. P., 2017) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2016) y la Cooperación Alemana (GIZ, 2018), en documentos referidos en la presente investigación, destacan el respeto y divulgación de normas, como una práctica prometedora que promueve el respeto de las normativas vigentes con relación al consumo y acceso a bebidas alcohólicas para adolescentes, ya que estas leyes y normas vigentes, tienen en la intención de proteger y de promover el derecho de los adolescentes a una vida saludable y esto implica que los actores sociales están responsabilizados de difundir y respetar ese marco normativo en el país.

Debido a que los miembros de las coaliciones y los beneficiarios, han identificado que en las cantinas y las tiendas es en dónde mayoritariamente existe venta de alcohol y también son los lugares en los que se consume, es necesario generar un ambiente comunitario en el que exista restricción al acceso de bebidas alcohólicas para adolescentes, pues para una prevención efectiva, no solo se trabaja con el cambio individual sino también con las condiciones en la comunidad que promueven o restringen el acceso a las bebidas alcohólicas, creando una “cultura” y un “ambiente” de mayor protección.

Como parte de su plan de trabajo, la coalición identifica la importancia de desarrollar acciones dirigidas a capacitar, concientizar y divulgar información, para prevenir el consumo de alcohol en la comunidad, coincidiendo con los autores que enfatizan en la capacitación como un factor clave que contribuyen a la efectividad de los programas de prevención y promoción de la salud (Holgado Ramos, Maya Jariego, & Ramos Vidal, 2013).

El modelo de estrés social modificado (“Modified Social Stress Model”) refiere que en la vida de cada persona hay cierto número de factores que pueden dar lugar al uso de drogas (factores de riesgo) y otros que minimizan y/o impiden a ciertas personas usar drogas (factores de protección), por lo que es relevante mencionar que los jóvenes beneficiarios, proponen la incorporación de actividades recreativas en el plan de trabajo de la coalición, como factor protector para la prevención del consumo de drogas.

Por lo anterior, es evidente la relación de la fundamentación teórica, los resultados obtenidos de la investigación y lo planteado en la propuesta, ya que la creación de una coalición para reducir el consumo de drogas y problemas relacionados, significa que su comunidad se ha comprometido decididamente a aumentar y mejorar su salud pública y su bienestar.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

1. Según la evidencia recolectada con los informantes se cumplió con los objetivos de la presente investigación, ya que:
 - 1.1. Se identificaron los factores que inciden en la conformación y sostenibilidad de las coaliciones comunitarias, que tanto los líderes como los beneficiarios, reconocen como estrategia efectiva para reducir el consumo de alcohol, tanto en el bienestar de las personas como en el desarrollo de su comunidad.
 - 1.2. Se reconocieron a las coaliciones comunitarias como una alternativa de intervención que se adapta a las necesidades locales y además contribuyen al fortalecimiento de factores de protección a nivel personal, escolar, comunitario y laboral, para la prevención del consumo de drogas.
2. En lo que refiere a la participación comunitaria los líderes y los beneficiarios coincidieron en que:
 - 2.1. El liderazgo es un elemento básico que promueve la participación ciudadana e identifican a las autoridades locales, líderes comunitarios y vecinos, como miembros indispensables de las coaliciones, pues sienten la confianza de otorgarles el poder de decisión de las acciones que se implementarán conforme el plan de trabajo de la coalición.

- 2.2. Es importante establecer una red de líderes actuales y nuevos, para fortalecer el trabajo de la coalición e identificar las oportunidades de mejora en la misma y de esta manera formalizar los procesos de intervención.
- 2.3. Es necesario reconocer los componentes y roles de liderazgo en su coalición para el continuo desarrollo de nuevas fortalezas de liderazgo que contribuya a lograr las metas a corto, mediano y largo plazo.
- 3. Se identificó la necesidad de diseñar acciones que permitan desarrollar y fortalecer habilidades de liderazgo juvenil, pues es una población que además de proponer ideas innovadores para el desarrollo de la coalición, son el futuro de ésta.
- 4. Para desarrollar planes de trabajo, estrategias e incluso políticas locales idóneas para la comunidad, es necesario conectar a múltiples sectores de ésta, quienes serán responsables del cumplimiento y además, deberán fomentar y desarrollar procesos de capacitación, concientización y divulgación de información que contribuirá a prevenir el consumo de alcohol en la comunidad.
- 5. Para mejorar el impacto, la visibilidad, la sostenibilidad y la expansión de las coaliciones comunitarias, es necesario:
 - 5.1. Estructurar y sistematizar la información existente, ya que actualmente carecen de registros formales y estructurados, contando la mayoría con una recopilación fotográfica amplia, pero es vital contar con soporte metodológico y documental, pues será el referente para las diferentes acciones estratégicas que debe tomar la coalición y para la creación de nuevas coaliciones.

- 5.2. Incorporar planes de seguimiento y monitoreo en la estructura de la coalición, pues aún cuando se benefician con la presencia de líderes fuertes, no pueden arriesgarse a ser demasiado dependientes de un número reducido o de una persona, razón por la cual es fundamental equilibrar las posiciones de liderazgo, para no condicionar el actuar de la coalición hacia criterios unilaterales, pues en algunas ocasiones esto podría interrumpir la efectividad de las acciones que la coalición implementa en la comunidad y por consiguiente, su continuidad.
6. Se identificó la necesidad de desarrollar coaliciones independientes, capaces de fortalecer normas de prevención y para ello, los miembros deben realizar su trabajo como un equipo funcional, que aporte acciones para organizar y desarrollar los proyectos de la coalición, caracterizándose por mantener una comunicación efectiva, habilidades para la resolución de conflictos y trabajo productivo en las reuniones, convirtiéndose en grupos funcionales dentro y fuera de la coalición.
7. El problema de las drogas es un fenómeno complejo, dinámico y multicausal y en la región Latinoamericana, los problemas relativos a las drogas adquieren cada día una relevancia mayor e impactan el desenvolvimiento de toda sociedad y en Guatemala, el alcohol es la droga lícita de mayor consumo tanto para adultos como para adolescentes, a pesar de ser ilícita para ellos y actualmente se cuenta con evidencia estadística que el consumo en población de hombres y mujeres es equitativo, con tendencia a incrementar en ellas.
8. El uso nocivo de alcohol influye en el desenvolvimiento del individuo y puede ocasionar conductas violentas que conlleven a acciones tipificadas como delitos en la legislación guatemalteca, afectando el desarrollo de la comunidad, es por ello que el abordaje del consumo de alcohol no puede

ser únicamente normativo, sino de carácter multifactorial, implementando intervenciones preventivas, en el ámbito escolar, familiar, comunitario y laboral.

9. Las acciones de prevención del consumo de drogas a nivel comunitario, deben brindar respuesta a las necesidades de la población vulnerable ante la problemática que generan las drogas, considerando sus prioridades y necesidades, implementando un enfoque integrado, multidisciplinario, equilibrado, amplio y basado en evidencia científica, incorporando perspectivas de género, etnia y etaria, tomando en cuenta el principio de flexibilidad suficiente mediante la responsabilidad común y compartida.
10. Se comprobó que la propuesta de las Coaliciones Comunitarias para la prevención del consumo de alcohol, responde a las necesidades de los miembros de la comunidad, ya que a pesar de ser un trabajo arduo, funciona eficazmente para desarrollar una solución comprensiva a los problemas que enfrenta la comunidad vinculados con el consumo de drogas y de esta manera, permite realizar un esfuerzo conjunto que ofrezca una excelente oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social e iniciar a mitigar la diversidad de problemáticas atribuibles al uso nocivo del alcohol.

RECOMENDACIONES

1. A la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -CCATID-
 - 1.1. Priorizar el cumplimiento de diversas declaraciones, dentro de las cuales se han estipulado lineamientos importantes en referencia al desarrollo y adopción de políticas de drogas con un enfoque integral, de salud pública y basadas en la realidad social, económica y cultural de los Estados, de las cuales el Estado de Guatemala ha sido parte.
 - 1.2. Gestionar asignación presupuestaria para la implementación de la Política Nacional para el Abordaje de las Drogas y las Adicciones, la cual incorpora en los Ejes: Fortalecimiento Institucional, Reducción de la Demanda y Desarrollo y Derechos Humanos, en los que prioriza las acciones enfocadas en la prevención del consumo de drogas a nivel nacional.
2. A la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-
 - 2.1. Proponer a la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, para su consideración y aprobación, las coaliciones comunitarias como un programa de prevención del consumo de drogas a nivel comunitario.
 - 2.2. Solicitar al Ministerio de Finanzas Públicas el incremento de presupuesto anual para la SECCATID, lo cual se traduce a mayor cantidad de recursos financieros para la implementación, formación de recurso humano, coordinación, monitoreo y evaluación, de los programas de prevención del consumo de drogas a nivel nacional.

3. A la Dirección de Prevención de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-
 - 3.1. Profundizar en la identificación y comprensión de los factores que inciden al consumo de alcohol a nivel comunitario, con el objetivo de conocer la dinámica del mismo y realizar un análisis de los medios de vida de la población, para brindar alternativas que se adapten a las necesidades locales y de esta manera, desarrollar estrategias de intervención efectivas que se caractericen por promover estilos de vida saludables, enfocados en el fortalecimiento de factores de protección en la prevención del consumo de drogas.
4. A la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud y la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - 4.1. Fortalecer los conceptos de salud pública, pues estos constituyen un vehículo importante para la gestión de la salud de las poblaciones en relación con el uso de drogas, ya que estas intervenciones priorizan la necesidad de modificar el entorno y el comportamiento individual.
5. A la Oficina Municipal de la Niñez y Adolescencia, Oficina de la Mujer y a las Direcciones de Salud, Educación, Desarrollo Social y Seguridad Integral de las Municipalidades y Gobernaciones Departamentales
 - 5.1. Formular estrategias concertadas para la implementación de medidas de prevención del consumo de alcohol en las comunidades, desde el abordaje psicoeducativo a través de programas de prevención y desarrollo de habilidades para la vida, como desde la regulación de establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas, a través del aporte normativo municipal y transferencia de capacidades técnicas a los funcionarios y empleados municipales, para la implementación de la reglamentación municipal.

- 5.2. Promover la formación de coaliciones comunitarias, ya que estas colaboran en la solución de problemas y el desarrollo comunitario, a través de intervenciones efectivas para mejorar una comunidad, utilizando múltiples estrategias a través de diversos actores clave de la comunidad, involucrándolos en todos los pasos del proceso para crear una respuesta duradera al problema de las drogas.
 - 5.3. Sensibilizar a la población en el tema de prevención del consumo de drogas, mediante intervenciones psicoeducativas validadas por la SECCATID, que permitan a la población identificar sus necesidades en el tema e implementar programas de prevención que promuevan estilos de vida saludable y contribuyan al desarrollo integral.
6. A los líderes de las Coaliciones Comunitarias existentes y activas en Guatemala
- 6.1. Sistematizar las experiencias obtenidas mediante la implementación de coaliciones comunitarias, como estrategia de prevención del consumo de drogas a nivel comunitario y mediante la cual, se generan mejoras en las condiciones de vida de la población.
 - 6.2. Generar o fortalecer el Marco de Prevención Estratégica, ya que mediante la creación de un marco lógico, reportes de diagnóstico comunitario, estrategias de intervención y plan: anual de acción, estratégico, de implementación y de sostenibilidad, contribuirán al desarrollo, progreso y mantenimiento de su coalición.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA DEL PROGRAMA

- **Análisis de participantes**

Los participantes considerados relevantes para las Coaliciones Comunitarias están conformados por los líderes de las comunidades y otros sectores significativos en la comunidad, identificados como actores clave y los beneficiarios, es decir, las personas que diariamente experimentan los resultados positivos de la implementación de las acciones en la comunidad.

Asimismo, se identifica a nivel de Estado, a la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-, como ente rector que le compete ejecutar las políticas y las acciones orientadas a la prevención de la demanda indebida de drogas dentro del marco de la Política Nacional y su Dirección de Prevención, como asesora del abordaje integral del problema de las drogas, mediante acciones orientadas a la prevención.

Tabla 7 – Análisis de participantes

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
Líderes Comunitarios	 Desarrollar acciones comunitarias que promuevan un entorno sano y libre de drogas.	 Temor de implementar acciones orientadas a la prevención del consumo de drogas, debido a la inseguridad en la comunidad.	 Artículos 93, 94, 95 y 96 de la Constitución Política de la República de Guatemala.  Artículos 47, 49 y 50 del Código de Salud.

	- Disminuir la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad. - El cumplimiento de las normativas y leyes. - Respetar costumbres y formas de vida de la comunidad. - Elaborar una planificación democrática del desarrollo, tomando en cuenta principios de unidad nacional, multiétnica, pluricultural y multilingüe de Guatemala.	- Dificultades con los lugares que venden bebidas alcohólicas. - Incumplimiento de las normativas y leyes. - Imposición de acciones que afecten las costumbres de la comunidad. - Resistencia de los líderes locales para implementar acciones de prevención.	- Políticas Municipales. - Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.
Beneficiarios	- Vivir en una comunidad sana y libre de drogas. - Evitar la venta de bebidas alcohólicas a menores. - Fortalecer los valores en la familia.	- Entorno violento e inseguro. - Venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.	- Artículos 93, 94, 95 y 96 de la Constitución Política de la República de Guatemala. - Artículos 47, 49 y 50 del Código de Salud. - Políticas Municipales.

		✚ Mínima percepción de riesgo de los adolescentes de las consecuencias del consumo de alcohol y las consecuencias con la ley. ✚ Desintegración familiar.	
Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID)	✚ Cumplimiento de los tratados y acuerdos nacionales e internacionales. ✚ Implementar las acciones estratégicas propuestas en la Política Nacional para el Abordaje de las Drogas y las Adicciones. ✚ Desarrollar medidas enfocadas en la Reducción de la Demanda de Drogas. ✚ Realizar abordajes oportunos y basados en evidencia científica.	✚ Desbalance entre las acciones de apoyo (político y presupuestario) a la Reducción de la Demanda y Reducción de la Oferta de Drogas a nivel nacional. ✚ Priorización de la Reducción de la Oferta de Drogas a nivel nacional. ✚ Escasa participación de los miembros de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas.	✚ Tratados de Naciones Unidas que conforman el marco legal internacional del régimen de control mundial de las drogas. Estos son: la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

	- Fortalecer la Red de Información sobre Drogas (RID) del Observatorio Nacional sobre Drogas (OND), con datos de prevención de drogas en la comunidad. - Crear capacidades en el recurso humano o agentes de salud que trabajan en el tema de adicciones. - Establecer alianzas estratégicas con comités y organizaciones comunitarias, para abordar la problemática del consumo de drogas en la comunidad. - Formular y/o promover acciones de fortalecimiento de iniciativas o normativas locales.	- Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas desactualizada. - Políticas y planes de Gobierno incorporan el problema de las drogas en el enfoque de seguridad.	- Estrategia Hemisférica y Plan Hemisférico sobre Drogas. - Objetivos de Desarrollo Sostenible. - Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas. - Acuerdo Gubernativo 95-2012. - Artículos 93, 94, 95 y 96 de la Constitución Política de la República de Guatemala. - Artículos 47, 49 y 50 del Código de Salud. - Ley de Alcoholes, Bebidas Alcohólicas y Fermentadas. - Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. - Decreto 90-97 y Acuerdo Gubernativo 127-2002.
--	---	---	--

Dirección de Prevención de la SECCATID	✚ Implementar un nuevo programa de prevención del consumo de drogas en la comunidad. ✚ Sistematizar experiencias de prevención del consumo de drogas. ✚ Orientar en la formulación de políticas municipales con acciones estratégicas de prevención del consumo de drogas. ✚ Capacitar a los sectores clave de la comunidad para desarrollar acciones orientadas a la prevención del consumo de drogas. ✚ Cumplimiento de los estándares internacionales de prevención.	✚ Resistencia de las comunidades para implementar acciones enfocadas en la prevención del consumo de drogas. ✚ Inexistencia de información sistematizada de buenas prácticas en el tema a nivel comunitario. ✚ Limitaciones de personal en la Dirección de Prevención de la SECCATID. ✚ Escaso presupuesto destinado para la SECCATID. ✚ Incumplimiento de las normas, la regulación y la vigilancia. ✚ Necesidad de incrementar el apoyo del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el tema de la Reducción de la Demanda de Drogas.	✚ Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia y el Delito. ✚ Decreto 11-97 y Acuerdo Gubernativo. ✚ Acuerdo Gubernativo 405-96. ✚ Acuerdo Gubernativo 13-77.
--	---	--	---

	Integrar a los sectores clave de la comunidad, comités y demás organizaciones, en las acciones de prevención del consumo de drogas. Establecer alianzas estratégicas con comités y organizaciones comunitarias, para implementar acciones de prevención del consumo de drogas.		
--	--	--	--

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

• **Análisis de problemas**

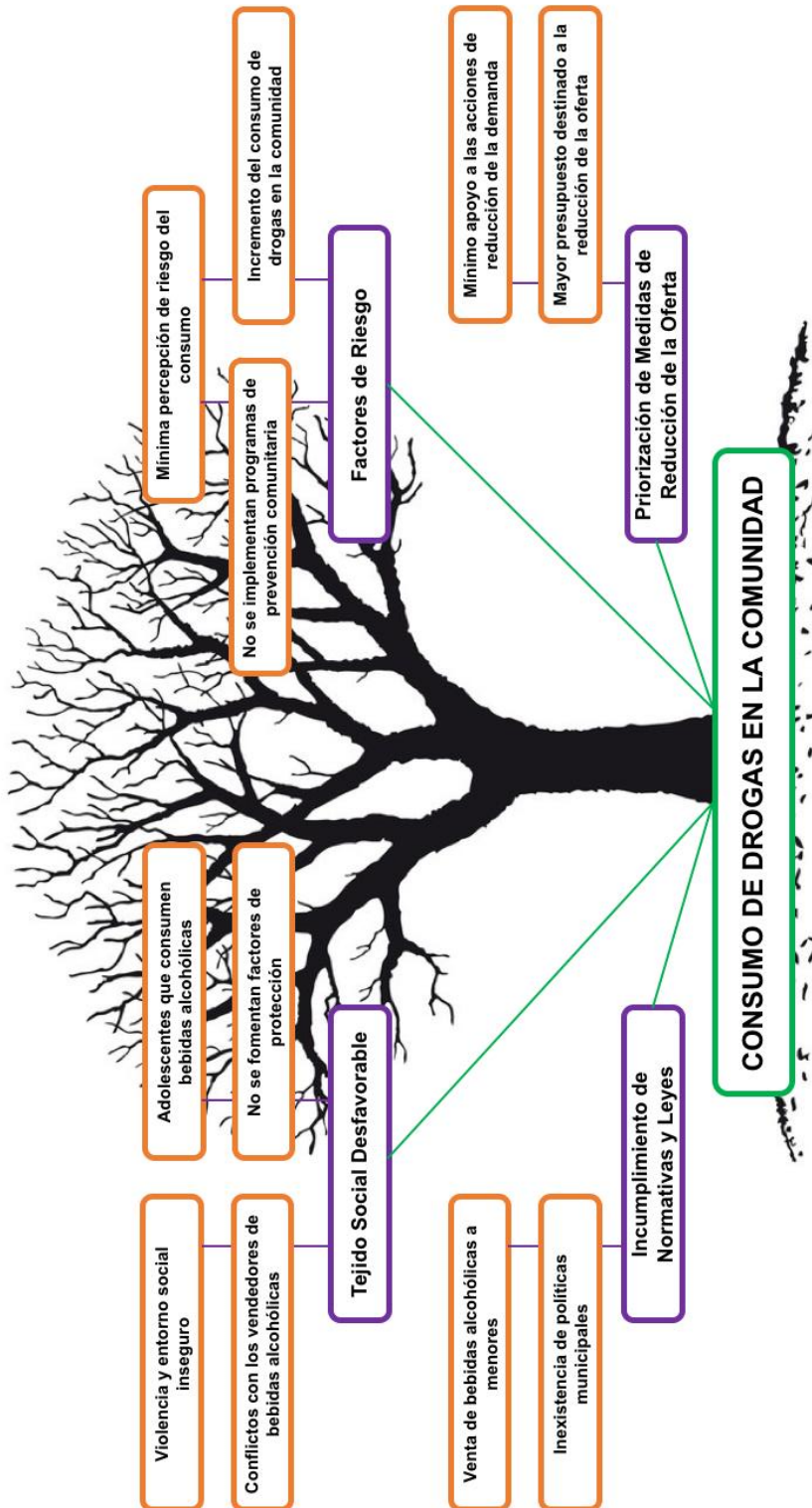
La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017) refiere en su Informe Mundial sobre Drogas, que aproximadamente 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015.

El 0,6% de la población adulta mundial, es decir, 29,5 millones de esos consumidores, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento.

Al menos dos veces más hombres que mujeres sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, una vez que las mujeres inician el consumo de sustancias, en particular alcohol, cannabis, opioides y cocaína, tienden a aumentarlo más rápidamente que los hombres, razón por la cual pueden llegar también más rápidamente que ellos a sufrir trastornos. Además, las mujeres tienen menos acceso que los hombres al tratamiento necesario.

En Guatemala, el alcohol es la droga lícita de mayor consumo y desempeña un papel fundamental en las comunidades ya que cohesiona a la población al ingerirse en eventos que se enmarcan en los ciclos principales de la vida: celebrar el nacimiento de un hijo, rituales, al concluir los estudios, celebraciones o fiestas locales, inauguración de inmuebles, entre otras, sin embargo cuando se llega a los excesos, también es causa de violencia y crimen.

Es fundamental profundizar en los factores que inciden en el consumo de alcohol a nivel comunitario, para conocer la dinámica existente y para ello, se presenta el siguiente árbol de problemas:



- **Análisis contextual y diagnóstico**

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol y el uso nocivo de éste.

La Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia al concepto de uso nocivo del alcohol como una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo, asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

El uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial; contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial.

Además, es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención.

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que consume; en las Américas es superior al promedio mundial y la prevalencia de ingestión circunstancial de cantidades excesivas en la región, también es alta en comparación con otros países del mundo, al igual que la prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes (Cherpitel, Borges, Giesbrecht, Monteiro, & Stockwell).

La conducta de ingerir alcohol es similar a la del consumo de otras sustancias en términos de su complejidad y se asocia a una evitación o afrontamiento de los problemas que vive el joven (Lazarus & Folkman, 1986), a la necesidad de interactuar socialmente y ser aceptado (Muracen, Martínez, Aguilar, & González, 2001), a la búsqueda de una mayor potencia sexual y a la disminución de la tensión (Mora & Natera, 2001).

Entre las explicaciones de por qué ocurre el consumo, se encuentran: la idea de que este permite la relajación, facilita la comunicación social, es el pretexto para celebrar o convivir, no obstante, la percepción de riesgo influye en la continuidad del consumo y otras prácticas nocivas vinculadas (incurrir en conflictos con la ley, involucrarse en conductas violentas, manejar bajo la influencia del alcohol, entre otras).

El Observatorio Nacional sobre Drogas (OND, 2017) de la SECCATID ha realizado un análisis comparativo en estudios y encuestas nacionales:

- Encuesta nacional sobre uso de drogas (SECCATID, Encuesta nacional sobre uso de drogas, 1990).
- Encuesta nacional de investigación diagnóstica - Inventario de tamizaje sobre uso de drogas (SECCATID, Encuesta nacional , 1998).
- Encuesta nacional de desregularización psicológica y su relación con el consumo de drogas en jóvenes adolescentes guatemaltecos (SECCATID, Encuesta nacional, 2002).
- Encuesta Nacional sobre uso, abuso y prevalencia del consumo de drogas en el nivel medio de educación (SECCATID, Encuesta nacional, 2014), considerando como aspectos relevantes:

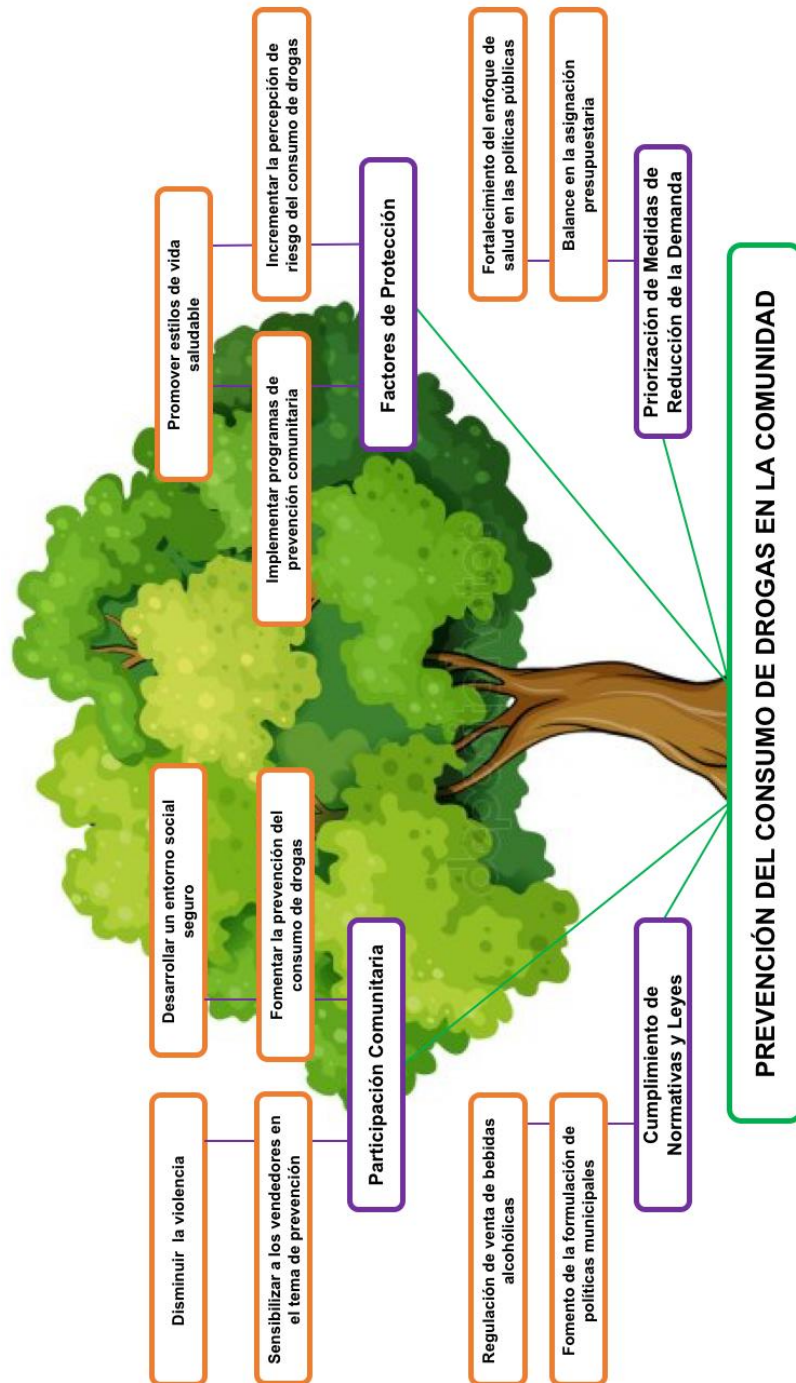
 El aumento del consumo de marihuana en la población escolar guatemalteca.

- ✚ La edad de inicio tuvo una ligera disminución, concluyéndose que la persona inicia a consumir marihuana desde una edad más temprana, debido a una menor percepción de riesgo en la población encuestada, aumento de cultivos ilícitos de marihuana en algunas regiones del país como Totonicapán (SECCATID O. N., 2017), mayor facilidad de adquisición y su consecuente bajo costo.
- ✚ Los inhalantes muestran un incremento en el consumo entre la población más vulnerable, tomando en cuenta los factores de accesibilidad y costo. La edad de inicio oscila entre los 12 y 13 años, concluyéndose que la población encuestada inicia desde una edad más temprana con el uso de inhalantes.
- ✚ En cuanto al consumo de sustancias lícitas tales como el alcohol y el tabaco, éstas siguen siendo las drogas de inicio, aun cuando están prohibidas para menores de edad, convirtiéndose en factores determinantes para la interrupción del desarrollo psicobiosocial de la población más vulnerable.
- ✚ Un dato relevante específico de la Encuesta del 2014, es relacionado a la población de mujeres, las cuales superan a los hombres en consumo de tranquilizantes (7.75% - 6.22%) y estimulantes (3.95% - 3.53%).

Por lo anterior, es fundamental profundizar en los factores que inciden al consumo de alcohol, con el objetivo de conocer la dinámica del mismo y realizar un análisis de los medios de vida de la población, para brindar alternativas que se adapten a las necesidades locales y de esta manera, desarrollar estrategias de intervención efectivas.

La implementación del programa de prevención del consumo de drogas “Coaliciones Comunitarias”, se plantea como una estrategia para brindar respuesta a la problemática planteada, ya que involucra a diversos sectores de la comunidad, para desarrollar una solución comprensiva a los problemas que enfrenta y que están relacionadas al consumo de drogas.

- **Análisis de objetivos**



- **Análisis de opciones**

De conformidad con lo establecido en el árbol de objetivos, se identifican alternativas que pueden contribuir a desarrollar estrategias enfocadas en la prevención del consumo de drogas a nivel comunitario:





Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Las opciones identificadas para promover el cambio de la situación actual y con ello lograr la prevención del consumo de drogas a nivel comunitario son:

Tabla 8 – Análisis de opciones

OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
Las coaliciones comunitarias implementan acciones para promover factores de protección para la prevención del consumo de drogas.	La Dirección de Prevención de la SECCATID, identifica la comunidad e implementa el programa “Coaliciones Comunitarias”.	Implementación de la Política Nacional para el Abordaje de las Drogas y las Adicciones.
Las coaliciones comunitarias identifican a los sectores clave de la comunidad, para desarrollar acciones de prevención del consumo de drogas en diferentes ámbitos, priorizando el comunitario.	- La Dirección de Prevención de la SECCATID, presenta el Programa “Coaliciones Comunitarias” en la Sesión Ordinaria de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (CCATID) y es aprobado. - La Dirección de Prevención identifica a la comunidad y propone la implementación del programa. - Capacitación a los sectores clave de la comunidad en el Programa. - Implementación del Programa “Coaliciones Comunitarias”.	- Se aprueba la Política Nacional para el Abordaje de las Drogas y las Adicciones y es presentada a nivel nacional. - Se socializa la política con los sectores clave y la sociedad civil. - Se inicia la implementación de los lineamientos estratégicos de la Política Nacional.

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

A continuación, se establece la viabilidad de las mismas, considerando criterios como recursos materiales, humanos, tiempo estimado para el logro de objetivos, riesgos, probabilidades para el logro de los objetivos y vinculación con los beneficiarios:

Tabla 9 – Viabilidad de las opciones

ALTERNATIVAS	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
Recursos materiales	Solicitar acceso a espacio para la implementación de las acciones enfocadas en la prevención del consumo de drogas.	Elaboración de un diagnóstico de las necesidades de la comunidad. Identificación de los sectores clave de la comunidad. Presupuesto: materiales didácticos, traslado de los asesores, viáticos,	Los miembros de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -CCATID-, promueven e inician con la implementación de los lineamientos estratégicos de la Política. Asignación presupuestaria para la implementación.
Recursos humanos	Participantes locales. Sectores clave de la comunidad. Asesor en Reducción de la Demanda de la SECCATID.	Participantes locales. Sectores clave de la comunidad. Asesores en Reducción de la Demanda y Dirección de Prevención de la SECCATID. Secretario Ejecutivo de la CCATID.	Presidente y Vicepresidente de la República de Guatemala. Secretario Ejecutivo y miembros de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -CCATID-. Instituciones gubernamentales, sector privado, sociedad civil y demás actores involucrados.

Tiempo estimado para el logro de los objetivos	1 año.	1 año.	4 años.
Riesgos	Resistencia de la comunidad para la implementación de acciones enfocadas en la prevención del consumo de drogas. Incorporar en los objetivos de la coalición, acciones no enfocadas en abordar la problemática del consumo de drogas.	Cantidad limitada de Asesores en Reducción de la Demanda. Carecer de presupuesto.	La problemática del consumo de drogas no es una prioridad nacional. Poca participación y compromiso de los actores involucrados en la implementación y cumplimiento de la Política Nacional.
Probabilidades para el logro de los objetivos	<u>Alta</u> Las coaliciones comunitarias atienden a las necesidades de la población y promueven la prevención del consumo de drogas en la comunidad.	<u>Alta</u> Interés y compromiso del ente rector en el tema para la implementación del programa. Gestiones para el proceso de capacitación y asistencia técnica ante CADCA por parte de la Dirección de Prevención.	<u>Media</u> Compromiso variable de los actores involucrados en el cumplimiento de la Política. Cambios a nivel Gobierno.
Vinculación con los beneficiarios	Miembros de la comunidad y poblaciones vulneradas.	Dirección de Prevención, Asesores en Reducción de la Demanda, miembros de las Coaliciones Comunitarias y beneficiarios locales.	Autoridades nacionales y toda la población guatemalteca.

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

El análisis comparativo de las alternativas presentadas, permite identificar la viabilidad de la opción dos: la Dirección de Prevención de la SECCATID, identifica la comunidad e implementa el programa “Coaliciones Comunitarias”.

La Nueva Política Nacional para el Abordaje de las Drogas y las Adicciones, promueve el fortalecimiento de las acciones enfocadas en la Reducción de la Demanda de Drogas, así como el Desarrollo y Derechos Humanos, aspectos que consideran las Coaliciones Comunitarias, como respuesta a las necesidades de la población y contribución al desarrollo integral de la persona.

La Dirección de Prevención asesora el abordaje integral y equilibrado del problema de las drogas y de sus consecuencias y contribuye al bienestar social de las personas, familias y comunidades, a través de la prevención. Además, propone programas y proyectos de prevención del consumo de drogas, para ser implementados en los ámbitos: escolar, familiar, comunitario y laboral.

Asimismo, esta Dirección reconoce a las Coaliciones Comunitarias, como estrategias de intervención que, a través de la participación de individuos, grupos y comunidades, contribuyen a la resolución de problemas, identifican alternativas que promueven comunidades saludables, que orienten sus esfuerzos hacia la mejora de los factores que ponen en riesgo la calidad de vida.

- **Marco conceptual**

La problemática de las drogas ha sido catalogada como un problema mundial y se constituye como un fenómeno complejo, dinámico y multicausal.

En la región Latinoamericana, los problemas relativos a las drogas adquieren cada día una relevancia mayor e impactan el desenvolvimiento de toda sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), define droga como “toda sustancia que, al ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre su sistema nervioso central, puede modificar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas”, su estado de ánimo, pensamiento, forma de actuar, la coordinación motora e inducen a las personas que las toman a seguir consumiéndolas por los efectos que provocan.

En Guatemala, el alcohol es la droga lícita (únicamente para mayores de edad) de mayor consumo y desempeña un papel fundamental en las comunidades ya que cohesiona a la población al ingerirse en eventos que se enmarcan en los ciclos principales de la vida: celebrar el nacimiento de un hijo, rituales, al concluir los estudios, celebraciones o fiestas locales, inauguración de inmuebles, entre otras, sin embargo cuando se llega a los excesos, también es causa de violencia y crimen.

Numerosos estudios han documentado la asociación entre el consumo de alcohol y muchos tipos de violencia, como las agresiones, la violencia doméstica, el homicidio, la agresión sexual y el suicidio (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Es fundamental reconocer la importancia de la prevención del consumo de drogas, para contribuir al bienestar y desarrollo integral de la población, mediante la implementación de planes, programas, proyectos, estrategias y otras intervenciones, pues el problema de las drogas es tan complejo, que el Estado no puede permanecer estático ante sus nuevas formas de operación y propagación y se requiere de acciones puntuales y actualizadas para abordarlo.

A pesar de las acciones que se realizan en el ámbito de la prevención, existen diversidad de aspectos asociados al consumo de alcohol, el cual genera gran variedad de problemas relacionados, que puede tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias y afectar gravemente a la vida comunitaria.

Aunado a ello, existen carentes límites de regulación municipal y vacíos legales a nivel nacional, siendo demandas a las que algunos grupos poblacionales a nivel municipal, intentar identificar una solución, debido al impacto nocivo y la violencia que este genera a nivel comunitario.

Las comunidades norteamericanas encontraron la respuesta al reunir a todos los sectores de la comunidad: padres, maestros, jóvenes, policía, fiscales, servicios de salud, iglesias, comerciantes, líderes cívicos, funcionarios electos y ciudadanos comprometidos, identificando que una comunidad puede transformarse a sí misma (CADCA, 2005).

El movimiento de coaliciones, formado como una respuesta al "crack" ha representado un rol significativo en comunidades donde surgieron grandes problemas por el uso de estas drogas, siendo claves en la búsqueda de soluciones efectivas.

Una coalición (CADCA, 2005) se define como un arreglo formal para la colaboración entre grupos o sectores de una comunidad en la cual, cada grupo retiene su identidad, pero todos se comprometen a trabajar colectivamente hacia una meta común: construir una comunidad segura, saludable y libre de drogas.

De acuerdo con esta definición, los criterios (Fawcett, Paine, & Schulltz, 2001) que delimitan la naturaleza de una coalición comunitaria son:

- Están constituidas por miembros de la comunidad.
- Se ocupan fundamentalmente de temas locales.
- Abordan las necesidades de la comunidad utilizando sus propios recursos.
- Contribuyen a la resolución de los problemas a través de la colaboración.
- Los distintos sectores de la comunidad están representados suficientemente y pueden trabajar en múltiples temas.

A pesar de las limitaciones que se derivan de estos criterios, las coaliciones comunitarias pueden adoptar diversas formas. En ellas pueden participar una amplia representación de toda la comunidad o sólo estar presentes aquellos grupos de la misma, que están estrechamente vinculados al problema en cuestión.

Del mismo modo, las coaliciones pueden tener una vida muy corta y desaparecer una vez conseguido el objetivo, o pueden llegar a constituirse en organizaciones en sí mismas, con un carácter más permanente, con órganos de gobierno, fuentes de financiación, etc (Martínez & García, 2002).

Las metas de una coalición, se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- Desarrollar, participar o influir en las políticas públicas, en torno a un problema específico.
- Modificar el comportamiento de personas o grupos sociales.
- Construir una comunidad saludable, no sólo en lo relacionado con la salud física (servicios de salud y bienestar) sino psicológica y social.

Desde la perspectiva de la intervención, las coaliciones comunitarias poseen una serie de atributos que la hacen idóneas como vehículo para el cambio comunitario. Wolff (Wolff, 2001) describe algunos de ellos:

- Son comprensivas y holísticas, lo que les permite abordar un amplio rango de temas relevantes para la comunidad.
- Son flexibles y con capacidad para adaptarse y responder a los cambios que en la priorización de necesidades se plantea la comunidad.
- Contribuyen a construir sentimiento psicológico de comunidad, sentido de pertenencia, integración, satisfacción de necesidades y compartir emociones.
- Contribuyen a construir y/o mejorar el compromiso de las personas en la vida comunitaria.
- Desarrollan y/o consolidan redes sociales de apoyo, incrementan el capital social y favorecen las normas de reciprocidad en la comunidad.
- Son un vehículo para el *empowerment comunitario* (Zimmerman, 2000), entendido como los esfuerzos para mejorar la comunidad, responder a las amenazas a la calidad de vida y proveer oportunidades para la participación comunitaria.
- Permiten adoptar la perspectiva de la diversidad humana en su acercamiento a los problemas de la comunidad.
- Son una adecuada plataforma para promover soluciones innovadoras en la resolución de los grandes problemas sociales.

Las coaliciones crean y requieren profundas conexiones con la comunidad local y sirven de catalizadores para cambios en su comunidad, pues trabajan fuertemente para lograr conectarse con los miembros de todos los niveles socio-económicos en su comunidad y además, aceptar que construir una coalición se requiere tiempo y esfuerzo.

La formación de una coalición, la colaboración en la solución de problemas y el desarrollo comunitario son algunas de las intervenciones más efectivas para mejorar la comunidad (CADCA, 2005), pues una verdadera coalición utiliza múltiples estrategias a través de múltiples sectores de la comunidad; cuando son promovidas por un fuerte deseo de resolver problemas identificados por los residentes, ellos se involucran en todos los pasos del proceso para crear una respuesta duradera al problema de las drogas.

Un aspecto importante en las coaliciones comunitarias está representado por su capacidad para constituir y desarrollar un cuerpo social (Kieffer, 1984), sin olvidar que al constituir una coalición, es esencial considerar la historia previa de la comunidad en términos de participación y tener en cuenta que aquellas coaliciones donde la motivación para participar procede directamente de las bases, conllevan una mayor probabilidad de éxito en el logro de sus metas.

Desde un punto de vista cualitativo (Zimmerman, 2000), hay ciertas personas y/o grupos sociales cuya participación en la coalición parece fundamental:

- Aquellos que tienen un interés esencial en el éxito de la coalición.
- Las personas que padecen directamente el problema en cuestión.
- Actuales o potenciales participantes en programas de intervención, o personas que carecen de una protección sanitaria/social mínima, entre otras.

- Responsables formales e informales en la comunidad, de temas relacionados con el problema y aquellos otros que pueden resultar afectados por las actividades desarrolladas por la coalición.
- Los líderes de opinión de la comunidad, miembros de la iglesia, líderes locales o personas que tienen un gran carisma y gozan de credibilidad entre los miembros de la comunidad.

Uno de los elementos centrales de las coaliciones comunitarias es el trabajo cooperativo que realizan sus miembros para resolver problemas. Sin embargo, no es fácil ni existe una amplia tradición de trabajar conjuntamente. Para lograrlo y ser eficaces en el logro de las metas propuestas, son necesarios una serie de requisitos relacionados tanto con los miembros, como con el propio contexto de la coalición.

El modelo de la salud pública requiere que las coaliciones piensen de forma comprensiva y utilicen métodos científicos para atacar los más serios problemas de la comunidad (CADCA, 2005). El modelo enfatiza que aquellos problemas surgen de la relación e interacción entre el agente, el huésped y el ambiente.

En el caso del alcohol, tabaco y de otros problemas de drogas, el agente es la sustancia, el huésped es el individuo que bebe alcohol o el usuario de drogas líticas y el ambiente es el contexto físico y social de beber y consumir drogas.

Un enfoque de salud pública para la prevención requiere no solo entender cómo estos tres factores (huésped, agente y ambiente) interactúan, sino además desarrollar un plan de acción para influenciarlos.

La identificación de los factores de riesgo y protección en la comunidad brindan una base sólida desde dónde comenzar la planificación de la intervención.

Los factores de riesgo aumentan las oportunidades de una persona para consumir las drogas, mientras que los factores de protección reducen ese riesgo. Sin embargo, es importante notar que la mayoría de las personas en riesgo del uso de drogas no son ni consumidores ni adictos.

La creación de liderazgo y de preparación comunitaria son factores claves en la capacitación de la comunidad, que contribuyen indirectamente a la efectividad de los programas de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, no basta con la presencia de figuras de liderazgo en la comunidad, sino que es fundamental garantizar la calidad de este liderazgo (Holgado Ramos, Maya Jariego, & Ramos Vidal, 2013).

Para la efectividad de una coalición, se requiere la práctica de principios de liderazgo colectivo (CADCA, 2005):

- Mantener a la coalición enfocada en la meta
Los líderes colaboradores exitosos mantienen a los diversos miembros sincronizados hacia la meta común.
- Persuadir y usar aliados en su comunidad que tienen influencia
Los líderes fuertes gozan de buenas relaciones con la comunidad y desarrollan alianzas con organizaciones e individuos.
- Mantener procesos de colaboración
Los líderes colaboradores buscan activamente utilizar procesos colectivos para la toma de decisiones, la planificación y la construcción de infraestructura en grupo.

- Diversificar, motivar y energizar a su base de voluntarios
Los líderes efectivos reclutan diversos miembros de la comunidad, les involucra de maneras significativas y les mantienen entusiasmados con su experiencia como miembros de la coalición.
- Ayudar a solucionar problemas entre los miembros
Los líderes colaboradores constantemente intentan solucionar los conflictos entre los miembros del grupo en una manera abierta y no prejuiciada.
- Comunicarse con la comunidad
Los líderes de coaliciones que aporten excelentes habilidades de comunicación ayudarán a llevar el mensaje de la coalición a la comunidad y a aliados potenciales.
- Cultivar liderazgo en los miembros, incluyendo a los jóvenes
Para que una coalición mantenga su fuerza, es crucial que permita y aliente el desarrollo de nuevo liderazgo.

Para asegurar la efectividad y sostenimiento de una coalición, es fundamental verificar si todos los elementos necesarios se encuentran presentes para iniciar y mantener un plan para reducir uno o más problemas de consumo de las sustancias en la comunidad.

- **Matriz del proyecto**

Tabla 10 – Matriz del proyecto

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE (IVO)	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: prevenir y reducir el consumo de alcohol en la comunidad.			
PROPÓSITO Implementar el programa “Coaliciones Comunitarias”.	Programa implementado a nivel nacional.	Cantidad de coaliciones comunitarias conformadas.	Carente interés por conformar coaliciones comunitarias.
COMPONENTES Los sectores de la comunidad que integrarán las coaliciones comunitarias que abordarán la problemática de las drogas a nivel local.	Número de sectores clave que integran la coalición comunitaria.	Listado de asistencia de los participantes. Acta de conformación de la coalición comunitaria.	Carente interés de sectores clave de la comunidad para formar parte de la coalición.
ACTIVIDADES 1. Conformación de las Coaliciones Comunitarias: 1.1. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
1.2. Participación en programas de radio locales para brindar información de las Coaliciones Comunitarias y objetivos de éstas.	Ejecución del programa de radio.	Promoción del programa radial.	Poco interés para brindar espacio en radios locales.
1.3. Taller con los sectores identificados para participar en la Coalición Comunitaria.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes.	Poco interés o resistencia para participar en el taller.

		Informe del taller.	Carencia de espacio físico para realizar el taller.
1.4. Capacitación en Coaliciones Comunitarias.	Ejecución de la capacitación. Asistencia a la capacitación.	Listados de asistencia de los participantes en la capacitación. Informe de la capacitación.	Poco interés o resistencia para participar en la capacitación. Carencia de espacio físico para realizar la capacitación.
1.5. Reunión para la conformación de la Coalición.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.6. Reunión para la elaboración de la misión de la Coalición.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.7. Reunión para la elaboración de la visión de la Coalición.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.8. Reunión para crear la estructura organizativa de la Coalición.	Ejecución de la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión.

	Asistencia a la reunión.	Organigrama de la Coalición.	Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.9. Reunión para establecer los roles de los sectores claves, miembros de la Coalición.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.10. Reunión para planificar la elaboración del diagnóstico de la comunidad.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.11. Elaboración del diagnóstico de la comunidad.	Ejecución del diagnóstico.	Informe del diagnóstico de la comunidad.	Poco interés o resistencia para participar en la elaboración del diagnóstico. Deserción de algunos sectores. Resistencia de la comunidad para brindar información útil para la elaboración del diagnóstico.
1.12. Reunión para la presentación de los resultados del diagnóstico.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión.

			Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.13. Reunión para la elaboración de un plan estratégico integral para la Coalición.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión. Plan estratégico integral de la Coalición.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.14. Reunión para la elaboración de un plan de implementación.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión. Plan de implementación de la Coalición.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Deserción de algunos sectores. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.15. Reuniones para gestión de apoyo municipal y otras instancias locales.	Ejecución de reuniones.	Acta o minuta de las reuniones.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión y para brindar apoyo a la Coalición.
1.16. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a autoridades locales.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
1.17. Reuniones para definir una estrategia y plan para divulgación de la Coalición y de las acciones que implementará.	Ejecución de las reuniones. Asistencia a las reuniones.	Acta o minuta de las reuniones. Estrategia y plan de divulgación.	Poco interés o resistencia para participar en las reuniones.

			Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
1.18. Reuniones para elaboración de materiales que promuevan la Coalición y las acciones que implementará.	Ejecución de las reuniones. Asistencia a las reuniones.	Acta o minuta de las reuniones. Material promocional.	Poco interés o resistencia para participar en las reuniones. Carencia de espacio físico para realizar la reunión. Mínima disponibilidad de recursos para la elaboración del material.
2. Proceso psicoeducativos para la prevención del consumo de drogas en la comunidad: 2.1. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a estudiantes.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.2. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a docentes.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.3. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a padres de familia.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.4. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a líderes	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes.	Poco interés o resistencia para participar en el taller.

comunitarios.		Informe del taller.	Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.5. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a autoridades locales.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.6. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido al área laboral de la comunidad.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.7. Capacitación en programas de prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar, dirigida a docentes.	Ejecución de la capacitación. Asistencia a la capacitación.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la capacitación.	Poco interés o resistencia para participar en la capacitación. Carencia de espacio físico para realizar la capacitación.
2.8. Capacitación en programas de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar, dirigida a docentes.	Ejecución de la capacitación. Asistencia a la capacitación.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la capacitación.	Poco interés o resistencia para participar en la capacitación. Carencia de espacio físico para realizar la capacitación.
2.9. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a vendedores de tiendas.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller. Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.10. Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas dirigido a vendedores de bebidas alcohólicas.	Ejecución del taller. Asistencia al taller.	Listados de asistencia de los participantes. Informe del taller.	Poco interés o resistencia para participar en el taller.

			Carencia de espacio físico para realizar el taller.
2.11. Caminata para promover la prevención del consumo de drogas.	Ejecución de la caminata. Asistencia a la caminata.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en la caminata. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.12. Stands informativos en los cuales se sensibilice a la población sobre las consecuencias del consumo de drogas en la comunidad.	Ejecución del stand. Asistencia al stand.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en los stands. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.13. Feria de Salud para promover la prevención del consumo de drogas y la importancia de la salud mental.	Ejecución de la feria de salud. Asistencia a la feria de salud.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar de la feria. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.14. Campeonatos para promover el deporte como factor protector en la prevención del consumo de drogas.	Ejecución del campeonato. Asistencia al campeonato.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en los campeonatos. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.15. Stand de federaciones deportivas para promover el deporte como factor protector en la prevención del consumo de drogas.	Ejecución del stand. Asistencia al stand.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en los stands. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.16. Teatro comunitario, con obra que aborde la prevención del consumo de drogas.	Ejecución de la obra de teatro. Asistencia a la obra de teatro.	Listados de asistencia de los participantes.	Poco interés o resistencia para participar en la obra.

		Informe de la actividad.	Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.17. Clases de danza para promover el arte como factor protector en la prevención del consumo de drogas.	Ejecución de las clases de danza. Asistencia a las clases de danza.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en las clases de danza. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.18. Clases de teatro para promover el arte como factor protector en la prevención del consumo de drogas.	Ejecución de las clases de teatro. Asistencia a las clases de teatro.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en las clases de teatro. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.19. Clases de música para promover el arte como factor protector en la prevención del consumo de drogas.	Ejecución de las clases de música. Asistencia a las clases de música.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en las clases de música. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.20. Clases de pintura para promover el arte como factor protector en la prevención del consumo de drogas.	Ejecución de las clases de pintura. Asistencia a las clases de pintura.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en las clases de pintura. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.21. Concurso de afiche enfocado en la sensibilización a la comunidad.	Ejecución del concurso de afiche. Asistencia al concurso de afiche.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en el concurso de afiche. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.

2.22. Concurso de dibujo, enfocado en maneras de prevenir el consumo de drogas en la comunidad.	Ejecución del concurso de dibujo. Asistencia al concurso de dibujo.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en el concurso de dibujo. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.23. Concurso de fotografía enfocada en la respuesta de la comunidad a la problemática de las drogas.	Ejecución del concurso de fotografía. Asistencia al concurso de fotografía.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en el concurso de fotografía. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.24. Concurso de canto enfocado en la prevención del consumo de drogas.	Ejecución del concurso de canto. Asistencia al concurso de canto.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en el concurso de canto. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.25. Feria de emprendimiento juvenil.	Ejecución de la feria de emprendimiento juvenil. Asistencia a la feria de emprendimiento juvenil.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en la feria. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad.
2.26. Elaboración de afiches enfocados en la prevención y la Coalición.	Ejecución de afiches. Colocación de afiches en áreas estratégicas.	Listados de asistencia de los participantes. Informe de la actividad.	Poco interés o resistencia para participar en la actividad. Deficiencia en la convocatoria y promoción de la actividad. Limitantes para la colocación de los afiches.
2.27. Participación en programas de radio comunitaria para socializar y promover las	Asistencia al programa radial.	Listados de asistencia de los participantes.	Poco interés o resistencia para brindar espacio radial.

actividades de la coalición.		Informe de la actividad.	Rating bajo del programa radial.
3. Monitoreo y seguimiento al trabajo de las coaliciones:			
3.1. Reunión con Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE).	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.2. Reunión con Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE).	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.3. Reunión con Consejos Departamentales de Desarrollo (CODEDE).	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.4. Reunión con líderes representativos de la comunidad.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.5. Reunión para elaborar el plan de evaluación de las acciones implementadas por la coalición.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.6. Elaboración de la evaluación.	Ejecución de la evaluación.	Informe de la evaluación.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión.

			Limitaciones para facilitar información y acceso a áreas de la comunidad.
3.7. Reunión para la elaboración de propuestas para fortalecer las acciones de la coalición.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.8. Reuniones de asistencia técnica a la Coalición.	Ejecución de las reuniones. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.9. Monitoreo de la Coalición.	Ejecución de las sesiones monitoreo. Asistencia a las sesiones.	Acta o minuta de la sesión.	Poco interés o resistencia para participar en la sesión. Limitaciones para facilitar información y acceso a áreas de la comunidad.
3.10. Reunión bimestral con la Coalición.	Ejecución de las reuniones. Asistencia a la reunión.	Acta o minuta de la reunión.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.
3.11. Reunión de asistencia técnica para la orientación para la formulación de propuesta municipal.	Ejecución de la reunión. Asistencia a la reunión. Elaboración de propuesta.	Acta o minuta de la reunión. Propuesta municipal.	Poco interés o resistencia para participar en la reunión. Carencia de espacio físico para realizar la reunión.

			Limitaciones para facilitar información.
--	--	--	--

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

- **Presupuesto**

La integración de costos proyectados corresponde a período anual y en moneda local (quetzales).

Tabla 11 – Integración de montos proyectados

ITEM	CONCEPTO	MONTO PROYECTADO
1.	Recurso humano.	160,000.00
2.	Insumos y materiales.	30,000.00
3.	Equipo.	15,000.00
4.	Servicios.	50,000.00
TOTAL		255,000.00

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Los montos proyectados incorporan: recurso humano, insumos, materiales, equipo y otros servicios que son necesarios para la implementación de la propuesta.

Tabla 12 – Desglose cuatrimestral de montos proyectados

CUATRIMESTRE	MONTOS PROYECTADOS
Primer cuatrimestre	85,000.00
Segundo cuatrimestre	85,000.00
Tercer cuatrimestre	85,000.00
TOTAL	255,000.00

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

Los datos de esta tabla presentan los montos proyectados de los conceptos establecidos en la tabla 11, desglosado en los tres cuatrimestres anuales.

- **Cronograma**

Tabla 13 – Cronograma del proyecto

NO.	ACTIVIDADES	MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Gestión de apoyo municipal y otras instancias locales.												
2.	Reunión con COCODE, COMUDE y CODEDE.												
3.	Diagnóstico de la comunidad.												
4.	Adquisición de materiales para la implementación del programa.												
5.	Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas a la comunidad.												
6.	Capacitación en Coaliciones Comunitarias.												
7.	Conformación de la Coalición.												
8.	Elaboración de un plan de implementación.												
9.	Implementación de la coalición.												
10.	Reuniones con la coalición.												
11.	Desarrollo e implementación de procesos psicoeducativos enfocados en la prevención del consumo de drogas en la comunidad.												
12.	Recopilación de materiales de las acciones desarrolladas.												

- **Evaluación del proyecto**

Tabla 14 – Evaluación del proyecto

	ACTIVIDADES	MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
EVALUACIÓN INICIAL	Gestión de apoyo municipal y otras instancias locales.												
	Reunión con COCODE, COMUDE y CODEDE.												
	Diagnóstico de la comunidad.												
	Adquisición de materiales para la implementación del programa.												
EVALUACIÓN DE PROCESO	Taller de sensibilización en prevención del consumo de drogas a la comunidad.												
	Capacitación en Coaliciones Comunitarias.												
	Conformación de la Coalición.												
	Elaboración de un plan de implementación.												
	Implementación de la coalición.												
	Reuniones con la coalición.												
	Desarrollo e implementación de procesos psicoeducativos enfocados en la prevención del consumo de drogas en la comunidad.												
	Recopilación de materiales de las acciones desarrolladas.												
	Asistencia técnica a la coalición.												
	Monitoreo de la coalición.												

CAPÍTULO 7

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CADCA, C. C.-D. (2005). *Manual para coaliciones comunitarias anti-drogas*.
- Cherpitel, C., Borges, G., Giesbrecht, N., Monteiro, M., & Stockwell, T. (s.f.). *Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas*. (O. M. Organización Panamericana de la Salud, Ed.) Washington, D.C.
- CICAD/OEA, C. I. (2013). *El Problema de las Drogas en las Américas*.
- CICAD/OEA, C. I. (2010). *Estrategia Hemisférica sobre Drogas*.
- Del Sol Padrón, L. G., Álvarez Fernández, O., & Rivero, J. (2004). Consumo de alcohol. *Revista Científica Médica Cienfuegos*, 6.
- Fawcett, S., Paine, A., & Schulltz, J. (2001). *Working together for healthier communities*.
- GIZ. (2018). *Guía orientadora*. Guatemala.
- Heller, K., Reinharz, S., & Riger, S. (1984). *Psychology and community change: challenges of the future*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, M. d. (2014).

- Holgado Ramos, D., Maya Jariego, I., & Ramos Vidal, I. (2013). *Programa de promoción de la salud*.
- HONLEA, R. d. (2017). *Informe de recomendaciones*.
- JIFE, J. I. (2016). *Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocial*. Obtenido de www.incb.org/documents/UNGASS_CONTRIBUTION/ChpIAR2003_S.pdf
- Kieffer, C. (1984). *Citizen empowerment: a developmental perspective*.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization WHO.
- Lazarus, & Folkman. (1986).
- Martínez, M., & García, M. (2002). *El empowerment como referente de procesos de intervención social*.
- *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México: McGraw-Hill.
- Mora, & Natera. (2001).
- Muracen, Martínez, Aguilar, & González. (2001).
- Musitu, G. &. (2004). *academia.edu*. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43254652/trabajo_em_poderamiento.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521267254&Signature=FNploI7eVVwouJFHcdAxUj16vEY%3D&respons e-content-

- NIDA, N. I. (2012). *drugabuse.gov*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, U. (2016). *Documento final: el problema mundial de las drogas*. Viena.
- OMS, O. M. (1999).
- OMS, O. M. (2010). *La política de drogas y el bien público*.
- OND, O. N. (2017). *Informe mensual*. Guatemala.
- OPS, O. P. (2016). *El enfoque de salud pública en las políticas sobre drogas*.
- OPS, O. P. (2010). *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*.
- Ramos Vidal, I. (2014). *Análisis de redes sociales: una herramienta efectiva para evaluar coaliciones comunitarias*.
- Salud, O. P. (2017).
- Salud, O. P. (2014). *Estudio sobre las capacidades del sector salud para el abordaje de los problemas de salud pública relativos al uso de sustancias psicoactivas*.

- Salud, S. d. (2001). Colombia.
- SECCATID. (1998). *Encuesta nacional* . Guatemala .
- SECCATID. (2002). *Encuesta nacional*. Guatemala.
- SECCATID. (2014). *Encuesta nacional*. Guatemala.
- SECCATID. (1998). *Encuesta nacional de investigación diagnóstica*. Guatemala.
- SECCATID. (1998). *Encuesta nacional diagnóstica - Inventario de tamizaje sobre uso de drogas* . Guatemala.
- SECCATID. (1990). *Encuesta nacional sobre uso de drogas*. Guatemala.
- SECCATID, O. N. (2017). *Boletín mensual*. Guatemala.
- UN, N. U. (2017). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
- UNICEF. (2016).
- United Nations Office on Drugs and Crime, U. (2009). *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem*. Viena.
- UNODC. (2017). *Informe Mundial sobre Drogas*.
- UNODC, U. N. (2013). *International standards on drug use prevention*.
- WHO, W. H. (2013). *Global status report on road safety* .

- WHO, W. H. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*.
- Wolff, T. (2001). Community Coaliation Contemporary. *American Journal of Community Psychology*.
- Zimmerman, M. (2000). *Handbook of Community Psychology*.

ANEXOS

Anexo 1: entrevistas



Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Fecha: _____

Profesión / Ocupación / Oficio: _____

Rol en la comunidad: _____

Rol en la coalición: _____

1. COMUNIDAD

Liderazgo

Participación comunitaria

Los líderes:

- 1.1. ¿Promueven un diálogo abierto y efectivo?
- 1.2. ¿Mantienen un ambiente grupal que alienta y respeta los diversos puntos de vista?
- 1.3. ¿Ayudan a transformar conflictos?
- 1.4. ¿Promueven el cambio mediante un trabajo conjunto?
- 1.5. ¿A qué autoridad se le ha otorgado a los miembros como participantes en la coalición?
- 1.6. ¿Qué recursos estarían dispuestos a compartir?
- 1.7. ¿Qué decisiones pueden tomar?
- 1.8. ¿Los miembros de la coalición representan la diversidad de su comunidad respecto a género, etnia, edad?
- 1.9. ¿Su coalición se asegura que las estrategias comunitarias propuestas sean idóneamente culturales?

2. CONSUMO

Consecuencias en la comunidad

Red de distribución

- 2.1. ¿Cuál es el problema?
- 2.2. ¿Por qué es un problema?
- 2.3. ¿Por qué es un problema en la comunidad?
- 2.4. ¿Existen fuentes de datos que evidencian el problema?
- 2.5. Fuera de la coalición ¿qué enfoques se aplican actualmente en su comunidad para reducir el consumo de drogas?
- 2.6. ¿Qué piensan en su comunidad sobre el consumo de alcohol?
- 2.7. ¿Piensa que consumir alcohol es un problema entre adolescentes en su comunidad?
- 2.8. ¿Por qué cree que los adolescentes consumen alcohol?
- 2.9. ¿Qué grupos y organizaciones se encuentran trabajando en los temas prioritarios de su coalición o con las mismas poblaciones?
- 2.10. ¿Cómo se “adapta” su coalición al trabajo que realizan otras organizaciones y grupos de colaboración en su comunidad?

3. COALICIÓN

3.1. Diagnóstico

Identificación del problema

- 3.1.1. ¿Cuán fácil o cuán difícil es para los adolescentes obtener alcohol?
- 3.1.2. ¿Cuáles son algunas de las ocasiones en que ha visto a los adolescentes consumir alcohol?
- 3.1.3. ¿Cuáles son los posibles beneficios?
- 3.1.4. ¿Cuál es la percepción de estos jóvenes sobre la posibilidad de tener consecuencias con la ley?
- 3.1.5. ¿Quiénes venden alcohol en su comunidad?
- 3.1.6. ¿Existen restricciones para la venta y compra de alcohol en su comunidad (horarios, edades, otros)?

3.2. Planificación

Preparación / Plan de Trabajo

- 3.2.1. ¿Cuenta la coalición con una visión, misión, objetivos, estrategias y planes de acción?
- 3.2.2. ¿Qué cambios o acciones deben ocurrir?
- 3.2.3. ¿Quién es responsable de lograr esos cambios?
- 3.2.4. ¿Cuándo ocurrirán y por cuánto tiempo?
- 3.2.5. ¿Qué recursos son necesarios para lograr estos cambios?
- 3.2.6. ¿Qué organizaciones en la comunidad controlan los recursos que podrían ayudarlos a alcanzar sus metas?
- 3.2.7. ¿Qué personas toman decisiones respecto a la prevención, los programas y políticas?
- 3.2.8. ¿Quiénes tienen algún interés en los resultados de estas decisiones?
- 3.2.9. ¿Cuáles perspectivas serían necesarias para identificar las mejores estrategias?
- 3.2.10. ¿Su coalición se asegura que las estrategias comunitarias propuestas sean idóneamente culturales?

3.3. Implementación

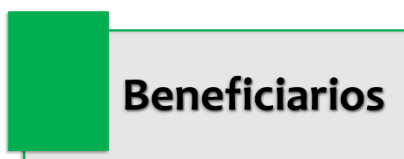
Práctica del plan

- 3.3.1. ¿Tienen miembros con las habilidades necesarias para funcionar como grupo y analizar, planear, implementar y evaluar las intervenciones comunitarias?
- 3.3.2. ¿Los miembros están entusiasmados y comprometidos activamente en el trabajo de la coalición?
- 3.3.3. ¿Son las reuniones eficientes y orientadas hacia los objetivos, estrategias y plan de acción?
- 3.3.4. ¿Es fácil para los miembros comunicarse entre ellos y mantener el ánimo durante el período de reuniones de la coalición?
- 3.3.5. ¿Se distribuye efectivamente el trabajo de la coalición entre los miembros y grupo?
- 3.3.6. Los líderes de la coalición ¿están ayudando a mantener el trabajo enfocado?
- 3.3.7. Las reuniones de la coalición ¿son ambientes donde se respeta la diversidad, se manejan los conflictos y se crea sinergia grupal?

3.4. Evaluación

Resultados

- 3.4.1. ¿Quién desarrolló la estrategia?
- 3.4.2. ¿Por qué fue desarrollada?
- 3.4.3. ¿A qué problema respondía?
- 3.4.4. ¿Cuántas reuniones de comité de la coalición realizaron?
- 3.4.5. ¿Cómo movilizó a la comunidad?
- 3.4.6. ¿Quién participó en la actividad?
- 3.4.7. ¿Cuántas personas participaron?



Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Fecha: _____

Profesión / Ocupación / Oficio: _____

Rol en la comunidad: _____

Rol en la coalición: _____

1. TEJIDO SOCIAL

Relaciones Humanas

Participación comunitaria

- 1.1. ¿Hasta dónde llega su interés por los asuntos de la coalición?
- 1.2. ¿Qué tan comprometidos están con el trabajo de la coalición?
- 1.3. ¿Los miembros de la coalición representan la diversidad de su comunidad respecto a género, etnia, edad?
- 1.4. ¿Puede su coalición identificar y agregar socios o sectores adicionales cuando sean necesarios?
- 1.5. ¿Su coalición se asegura que las estrategias comunitarias propuestas sean idóneamente culturales?
- 1.6. ¿Qué tipos de cambios comunitarios y esfuerzos de la coalición tienen mayor interés?
- 1.7. ¿Tiene un rol en la estructura organizativa de la coalición (al ser afirmativa la respuesta, indicar cuál es su rol)?
- 1.8. ¿Qué decisiones puede tomar?
- 1.9. ¿Existe un diálogo abierto y efectivo en la coalición?
- 1.10. ¿Ayudan a transformar conflictos?
- 1.11. ¿Promueven el cambio mediante un trabajo conjunto?
- 1.12. ¿A qué autoridad se le ha otorgado a los miembros como participantes en la coalición?

2. CONSUMO

Consecuencias en la comunidad

Identificación de lugares de distribución y disminución de compra de alcohol

- 2.1. ¿Cuál es el problema?
- 2.2. ¿Por qué es un problema?
- 2.3. ¿Por qué es un problema en la comunidad?
- 2.4. ¿Existen fuentes de datos que evidencian el problema?
- 2.5. Fuera de la coalición ¿qué enfoques se aplican actualmente en su comunidad para reducir el consumo de drogas?
- 2.6. ¿Qué piensan en su comunidad sobre el consumo de alcohol?
- 2.7. ¿Piensa que consumir alcohol es un problema entre adolescentes en su comunidad?
- 2.8. ¿Por qué cree que los adolescentes consumen alcohol?
- 2.9. ¿Qué grupos y organizaciones se encuentran trabajando en los temas prioritarios de su coalición o con las mismas poblaciones?
- 2.10. ¿Cómo se “adapta” su coalición al trabajo que realizan otras organizaciones y grupos de colaboración en su comunidad?

3. INSEGURIDAD

Consecuencias en la comunidad

Sanciones

- 3.1. ¿Cuán fácil o cuán difícil es para los adolescentes obtener alcohol?
- 3.2. ¿Cuáles son algunas de las ocasiones en que ha visto a los adolescentes consumir alcohol?
- 3.3. ¿Cuáles son los posibles beneficios?
- 3.4. ¿Cuál es la percepción de estos jóvenes sobre la posibilidad de tener consecuencias con la ley?
- 3.5. ¿Quiénes venden alcohol en su comunidad?
- 3.6. ¿Existen restricciones para la venta y compra de alcohol en su comunidad (horarios, edades, otros)?
- 3.7. ¿Existe alguna sanción para las personas que no cumplen con las restricciones (al ser afirmativa la respuesta, preguntar cuál es la sanción)?

APÉNDICES

Glosario



CADCA

Community Anti-Drug Coalitions of America.



CCATID

Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas.



CICAD

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.



COCODE

Consejos Comunitarios de Desarrollo.



CODEDE

Consejo Departamental de Desarrollo.



COMUDE

Consejos Municipales de Desarrollo.



GIZ

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.



HONLEA

Heads of National Drug Law Enforcement Agencies.



JIFE

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

-  NIDA
National Institute on Drug Abuse.
-  ODS
Objetivos de Desarrollo Sostenible.
-  OEA
Organización de Estados Americanos.
-  OMS
Organización Mundial de la Salud.
-  OND
Observatorio Nacional sobre Drogas.
-  OPS
Organización Panamericana de la Salud.
-  SECCATID
Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas.
-  UNICEF
United Nations International Children's Emergency Fund.
-  UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime.