

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA SALUD

INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL
ALCOHOLISMO EN JÓVENES GUANTANAMEROS.

Por:

ANSELMA BETANCOURT PULSÁN

CIUDAD HABANA, 2010

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA SALUD

INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL
ALCOHOLISMO EN JÓVENES GUANTANAMEROS

AUTORA: Dra. M. Sc. ANSELMA BETANCOURT PULSÁN

TUTORES: Dr. C. RICARDO GONZÁLEZ MENÉNDEZ

Dr. C. ILEANA CASTAÑEDA ABASCAL

Dr. C. ALFREDO DE LA A. IZQUIERDO HERNÁNDEZ

CIUDAD HABANA, 2010

DEDICATORIA

Al Dr. Raúl Rizo Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a los buenos espíritus,

A la memoria de mi padre, de mi Profesor Dr. Emilio Bogani Miquel y Trinidad Forcada Chapa

A mi madre y mis hermanas Adelina y Mercedes, a toda mi familia por su amor y comprensión.

A la Revolución, que contribuyó a mi formación como médica revolucionaria.

A mi tutor Dr. C. Alfredo de la A. Izquierdo Hernández por toda su dedicación, comprensión, paciencia y ayuda sostenida.

A mis tutores Dra. C. Ileana Castañeda Abascal y Dr. C. Ricardo González Menéndez por su confianza y apoyo en mis esfuerzos.

A mis amigas Dra. Rosaida Ochoa Soto e Ing. Idania Monge Carballosa por su apoyo sostenido y estímulo constante

A mis Profesores Dr. Rolando Rojas Semanat, Dr. Héctor Terry Molinet y Dra. C. Silvia Martínez Calvo por su ejemplo.

A MSc.Dr. Ibrahim Ganén, a la MSc. Dra. María Inés Jiménez de Castro, a Dr. C. Pastor Castell-Florit quiénes como colegas, amigos y cuadros estimularon y apoyaron mis esfuerzos.

A Miriam Mena, Editha Romero y Adelina Carballosa por sus afectos y bendiciones

A mis colegas y amigos MSc. Dr. Higinio Viel, Dr. Eligio Martínez, MSc. Niovis Medina Sánchez, Lic. Rosa Carbonell, Ing. Mariela Bignotte, María Antonia Lee, Dr. Pedro López y Dra. Liuba Alonso, por su solidaridad manifiesta.

A mis amigos Dra. María Pilar Urdaniz, Dr. Javier Garrabella, Dr. José Manuel Guiu, Dr. Rafael Forcada Dra. Giselle Amador, Lic. Nelly Puyal, Dario Nuñez, Lic. María Gabriella Sartori, Dr. Eduardo Brick y Sra. Elena Pastor quienes desde la distancia están tan cerca de mí

A todos y cada uno de mis compañeros de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo por su estímulo constante.

Muchas Gracias.

RESUMEN

En esta investigación se asume el enfoque dialéctico-materialista con ayuda del cual se concibe la realidad que se estudia, modela e interviene.

A partir de un estudio descriptivo realizado en un área de salud, se determinó que existe un número significativo de jóvenes con tendencia al consumo de alcohol y, aunque este no es un problema que debe ser generalizado a la juventud guantanamera en su totalidad, si se considera que es necesario realizar una intervención socio-educativa, con la cual prevenir y alertar acerca de las consecuencias que tiene para la salud el consumo de alcohol en particular, y de las drogas en general.

Desde esta posición, abordada desde los presupuestos éticos y deontológicos propios de este tipo de investigación, se establecen los presupuestos teóricos de base para la propuesta de intervención, se fundamenta el modelo preventivo y se diseña una metodología para ser desarrollada en jóvenes de la referida área de salud.

Finalmente se muestran los resultados del desarrollo de la citada metodología en un grupo de jóvenes y con el auxilio de estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.

En la tesis se presentan los resultados del desarrollo de diferentes eventos de carácter preventivo de parte de la autora así como se revelan los resultados de la consulta de expertos por el Método Delphi de la referida metodología. También se ofrecen conclusiones y recomendaciones que ayudan a la difusión de la propuesta de esta tesis a otras áreas de salud de la provincia Guantánamo y al resto del país.

ÍNDICE

		PÁGINAS
	INTRODUCCIÓN	1
I	CAPÍTULO 1. PRESUPUESTOS HISTÓRICO-TENDENCIALES Y TEÓRICOS ACERCA DEL ALCOHOLISMO EN LOS JÓVENES.	9
I.1	Evolución histórico-tendencial acerca de las drogodependencias.	9
I.2	Resultados de investigaciones sobre alcoholismo en el mundo y en Cuba.	20
I.3	Referentes teóricos en torno a las drogodependencias.	23
I.4	La prevención de las drogodependencias.	31
I.5	La importancia de considerar la atención al joven en el contexto familiar.	33
I.6	El cambio de conducta en los jóvenes como un proceso de interacción psico-social.	36
	Conclusiones para el Capítulo 1	39
II	CAPÍTULO 2: SITUACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN LOS JÓVENES GUANTANAMEROS DEL CONSEJO POPULAR SAN JUSTO.	40
II.1	Caracterización de la comunidad perteneciente al Consejo Popular San Justo en Guantánamo.	40
II.2	Caracterización de los jóvenes de San Justo.	42
	Conclusiones para el Capítulo 2	57
III	CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA DIRIGIDA A LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO.	58
III.1	Modelos de intervenciones comunitarias y sus contextos de aplicación.	58
III.2	Fundamentación del modelo preventivo.	66
III.3	Metodología de intervención comunitaria en prevención del alcoholismo en los jóvenes.	78
	Conclusiones para el Capítulo 3.	84
IV	CAPÍTULO 4: VALIDACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN JÓVENES DEL	85

CONSEJO POPULAR SAN JUSTO EN GUANTÁNAMO.

IV.1	La metodología y su aplicación en un área de salud del Consejo Popular San Justo.	85
IV.2	La selección del equipo de trabajo y su preparación en un grupo focal.	86
IV.3	Aplicación de la metodología en jóvenes del Consejo Popular San Justo.	88
IV.4	Resultados obtenidos con el desarrollo de la metodología de intervención.	98
IV.5	Influencia de la intervención en los jóvenes	101
IV.6	Resultados de la consulta de expertos (Método Delphi).	102
IV.5	Conclusiones para el Capítulo 4.	107
	CONCLUSIONES GENERALES.	108
	RECOMENDACIONES.	109
	PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA.	
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol constituye una de las toxicomanías más difundidas actualmente por su carácter legal y aceptación en la población de la mayoría de los países del mundo occidental. Constituyen una preocupación ante la magnitud de los daños biológicos y sociales provocados por su uso frecuente y embriagante, aun sin llegar a ser el individuo dependiente de esta droga.

Ante esta situación se despliegan acciones en las que se destaca el papel del profesional de la salud desde su función reguladora y de agente de cambio que planifica, ejecuta y controla estrategias de intervención en un mundo caracterizado por la complejidad de los procesos y por las influencias de los adelantos científico-técnicos. En este sentido los esfuerzos están dirigidos al logro de una óptima calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad mediante la integración de acciones intersectoriales en donde se considera al hombre como un ser psíquico, biológico y social.

Este carácter intersectorial de la Salud Pública en Cuba es premisa básica para la sostenibilidad de los proyectos de cambio y en ello juegan un papel determinante la Educación para la Salud y los proyectos de intervención comunitaria que incrementen la cultura sociosalubrista de la población.

La Educación para la Salud se sustenta en dos premisas básicas: la necesidad de educar a la población para que comprenda la base científica de los nuevos programas de Salud Pública y la necesidad de educar a los individuos para que cambien su comportamiento y poder prevenir enfermedades (1, 2).

Desde la precisión de estas premisas debe comprenderse la importancia de investigar en el tema del alcoholismo en la juventud, lo que queda explícito en lo expresado en la Resolución 58-26 de la OMS/OPS, derivada de la Asamblea General efectuada en mayo de 2005 (3). En la referida resolución se plantea que: “El uso nocivo del alcohol se ha erigido como el principal factor de riesgo para enfermar en el mundo subdesarrollado y el tercero en el mundo desarrollado, a pesar de competir en el listado con otros 26 factores de riesgo, entre los que se incluyen: el sobre peso, sexo inseguro, agua y salubridad inseguras, la presión arterial alta, fumar en espacios cerrados, colesterol “malo” alto, bajo consumo de frutas y vegetales, inactividad física, uso de drogas ilícitas y estrés laboral, entre otros”.

En el mundo dos mil millones de personas ingieren alcohol como parte de su estilo de vida y 77 millones son alcohólicos identificados, pese al subregistro que lo vinculan con más de 60 tipos de enfermedades y lesiones. Esta situación causa 1,8 millones de muertes anualmente.

Estudios realizados indican que en Cuba la situación no es diferente: En la población mayor de 15 años hay 430 mil alcohólicos (5%) y 860 mil bebedores de riesgo (10%). Debido a esta situación el uso del alcohol se relaciona con el 30% de accidentes del tránsito fatales y al 50% de los divorcios y problemas laborales. Cabe destacar que es alarmante la tendencia del uso irresponsable del alcohol de parte de los jóvenes en las últimas décadas (4).

Es importante significar que las apreciaciones comunitarias vinculan los riesgos sociales solamente a su potencialidad adictógena, sin valorarlo como droga portera al consumo de otras sustancias, ni la alta peligrosidad y nefastas repercusiones de los comportamientos bajo su influencia.

Otros resultados, que aparecen registrados en el Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y Problemas Relacionados con el Consumo Inadecuado de Alcohol (5) indican que:

- El Instituto de Medicina Legal ha reportado alcoholemia positiva en un elevado porcentaje de los fallecidos por homicidio, en los suicidas, en los fallecidos por accidentes de tránsito y en los que perdieron la vida por otros accidentes. No se tienen datos precisos de otras expresiones de violencia generadas por el alcohol y que por su carácter menos objetivo (y por el frecuente encubrimiento familiar) pasan inadvertidas, como la violencia simbólica o psicológica que se da en el ámbito familiar y tampoco la violencia física cuando no produce lesiones que requieran tratamiento médico. Todas ellas, sin embargo, dejan serias secuelas en la salud mental de las víctimas y victimarios.
- En un estudio nacional sobre los patrones de consumo alcohólico (6), efectuado en 2005, se determinó que 50,5% de la población mayor de 15 años, había ingerido alcohol (al menos en forma no excepcional) en el año previo al estudio, mientras que en provincias como Holguín (62,1%), Santiago de Cuba (62,0%), la Tunas (55,6%) y Camagüey (53,3%), se superó la media nacional.
- Entre los que reportaron ingestión en el último año (tomando como referencia el 2005), se detectaron (para todo el país) 2,5% de dependientes alcohólicos y 6,3% de consumo perjudicial, así como 11,2% de bebedores de riesgo.

En el ámbito internacional se han realizado investigaciones que tributan al desarrollo de estrategias de intervención comunitaria relacionadas con la prevención del alcoholismo y la promoción de estilos de

vida saludables en los jóvenes: En México María E. Castro (7) desarrolló un modelo de prevención de riesgo psico-social en la adolescencia dirigida al control de la drogodependencia. Esta investigadora apeló a las autoridades de la comunidad Chimallí para el apoyo al desarrollo del trabajo y sólo lo obtuvo de parte de los líderes comunitarios religiosos.

Por su parte, en Montevideo, Uruguay, Francisco Alvira Martín (8) diseñó y aplicó una guía para planes locales sobre drogas, el que sirvió de referente para el desarrollo de un proyecto dirigido a jóvenes de localidades rurales. Asimismo en España, M. Herrero Yuste (9) desarrolló otro modelo de prevención del alcoholismo en los jóvenes pero, caracterizado por una fuerte orientación oficialista, el mismo fue perdiendo fuerza hasta que quedó en el olvido, a diferencia de J. Larriba (10), quien aplicó una estrategia de entrenamiento familiar que tuvo modestos resultados.

En Cuba se tiene conocimiento de intervenciones comunitarias como las de M. Herrera Peña (11) dirigida al tratamiento del consumo de alcohol en la adolescencia en Granma; de Celia Tito Goire (12) en el poblado de Jamaica, provincia de Guantánamo, quien desarrolló una alternativa metodológica para la reeducación de jóvenes consumidores de alcohol y de Elba Idania López López (13), quien investigó y aplicó un programa de intervención educativo en las familias de pacientes de edad pediátrica que habían padecido de intoxicación alcohólica y que fueron tratados en el Hospital Pediátrico "Pedro A. Pérez" de Guantánamo. Estas intervenciones, de carácter comunitario, fueron desarrolladas dentro del marco de los presupuestos del programa nacional de prevención y control del alcoholismo y problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol.

Las investigaciones realizadas en Guantánamo por los investigadores citados y la autora han puesto de manifiesto la existencia de un conjunto de situaciones problemáticas relacionadas con la efectividad en la aplicación de estrategias de intervención comunitarias dirigidas a combatir la tendencia al incremento del consumo de alcohol de parte de la juventud. Entre ellas se pueden citar:

1. La falta de un modelo teórico que contemple, exhaustivamente y con un nivel de relación integral, las diferentes dimensiones implicadas en las metodologías de intervención aplicadas.
2. La pobre consideración de la influencia de la familia en la reeducación sociosalubrista de los jóvenes consumidores de alcohol.

3. El insuficiente trabajo intersectorial en la atención diferenciada a los jóvenes con tendencias al consumo de bebidas alcohólicas.

Bajo estas premisas se aborda la temática en este trabajo sobre la aplicación de acciones comunitarias en materia de prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros.

Teniendo en cuenta las exigencias del momento histórico que vive la población cubana y la necesidad de que las generaciones futuras disfruten las conquistas alcanzadas por el Sistema Nacional de Salud, es indispensable aunar todos los esfuerzos en la lucha contra las drogodependencias, en especial del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas en los jóvenes, razón que constituye la motivación principal de esta investigación.

Esta situación conduce al planteamiento del **Problema Científico**: Existen insuficiencias en las metodologías de intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en los jóvenes de la provincia Guantánamo.

Este problema, síntesis de las insuficiencias planteadas anteriormente, se inserta dentro de un punto focal de atención priorizada por el Gobierno y el Estado así como dentro de las estrategias del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) relacionada con la prevención de enfermedades.

Las intervenciones que se han desarrollado no están lo suficientemente basadas en los aspectos teórico-conceptuales, ni consideran las reales características de los jóvenes del territorio, lo que ha sido constatado por la autora en estudios realizados sobre el tema del alcoholismo en los jóvenes guantanameros durante más de 20 años.

Para dar solución al problema científico se consideraron los siguientes objetivos:

Objetivo General: Implementar una metodología para el proceso de intervención comunitaria que contribuya al perfeccionamiento de las acciones de prevención del alcoholismo en los jóvenes de la provincia de Guantánamo basada en un modelo preventivo integrador.

Objetivos Específicos:

1. Establecer los presupuestos histórico-tendenciales y teóricos acerca de las drogodependencias en general y del alcoholismo en particular.
2. Identificar la situación del alcoholismo en jóvenes y la situación real de su prevención en el territorio.

3. Construir el modelo preventivo y desarrollar la propuesta de metodología de intervención para la prevención del alcoholismo en los jóvenes guantanameros.
4. Validar la metodología de intervención para la prevención del alcoholismo para los jóvenes guantanameros.

Implícito en el problema científico se encuentra la contradicción esencial que se manifiesta entre el carácter multidimensional del proceso salud-enfermedad y la proyección socio-comunitaria de la metodología de intervención en salud.

Considerando que las acciones de prevención contribuyen al perfeccionamiento de los estilos de vida en los jóvenes como síntesis del nivel de vida (condiciones materiales) y la concepción de vida (cultura en salud) y que la prevención en salud es el resultado del trabajo integral y multisectorial, entonces, la solución anticipada del referido problema se expresa en la siguiente idea general de investigación: La aplicación de una metodología para el desarrollo de acciones de carácter comunitario que asuma una concepción sistémica y holística, dinamizada por la contradicción esencial entre el carácter multidimensional del proceso salud-enfermedad y la proyección socio-comunitaria de la metodología de intervención en salud, contribuirá a resolver las insuficiencias que se manifiestan en la prevención del alcoholismo en jóvenes de la provincia Guantánamo.

Metodología desarrollada en la investigación.

La investigación se desarrolló en diferentes momentos relacionados entre sí. La revisión documental permitió el establecimiento de los fundamentos teóricos y la evolución histórico-tendencial de las drogodependencias, de manera particular el alcoholismo en los jóvenes. Se realizó una caracterización socio-económica del Consejo Popular San Justo a través de entrevista a la delegada y también se tuvo en cuenta la situación de salud del año 2008.

Otro de los momentos estuvo dirigido a la caracterización de los jóvenes de San Justo y para lo cual se revisaron las hojas de cargo del policlínico "Mártires del 4 de abril" de los 122 jóvenes que fueron atendidos por episodios relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en el 2008. Se le aplicó un cuestionario a todos estos jóvenes y una entrevista a los 64 que dieron su consentimiento de continuar en la investigación. Para fundamentar la pertinencia y la necesidad de la investigación y de la propuesta de metodología de intervención comunitaria se realizó, además, entrevistas a médicos del área de

salud, a miembros de la Cátedra de Salud Escolar de la Universidad de Ciencias Pedagógicas enclavada en la localidad, a líderes religiosos y a miembros del MININT que atienden el Consejo Popular San Justo.

A partir de los resultados obtenidos se fundamentó y construyó el modelo que se presenta en esta investigación, el que considera lo abstracto-pensado y que tuvo su concreción en la metodología de intervención según el Método de Acción Comunitaria y que da cuenta de lo práctico-valorativo. La referida metodología fue validada a través de su propio sistema de evaluación, además se siguió a los intervenidos en aras de identificar cambios en su comportamiento en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, otra forma de validación fue mediante los criterios emitidos por expertos en cuanto a la calidad de la metodología de intervención comunitaria.

Contribución a la teoría.

Se aporta, desde el punto de vista teórico, una periodización actualizada acerca de la evolución de las drogodependencias.

Otra contribución teórica importante fue el modelo preventivo diseñado con sus referentes teórico-metodológicos, que desde la perspectiva integral y multidisciplinaria aborda la prevención de las drogodependencias. Se relacionan en este modelo las principales regularidades manifestadas en el diagnóstico del objeto que se investiga para lo cual se establecieron: definición, características, principios y relaciones de funcionamiento entre sus componentes estructurales. Su propósito es contribuir a la elevación de la cultura de prevención del alcoholismo en los jóvenes en la sociedad por lo que contribuye al eje transversal de Educación para la Salud.

Desde el punto de vista práctico se aportó una metodología para el desarrollo de acciones de prevención del alcoholismo en los jóvenes.

El modelo preventivo se define desde una nueva concepción multidisciplinaria: médica, sociológica, psicológica, educativa e integral mediante el tratamiento de la temática en los distintos contextos de actuación y por los diferentes actores sociales para la prevención de las drogodependencias.

La metodología permite implicar a actores claves como promotores de salud en esta temática. Se propone el trabajo a partir de un grupo multidisciplinario y una cátedra de drogodependencias, siendo su objetivo el desarrollo de acciones concretas tales como: sesiones de ayuda, información y orientación

individual y grupal, asesorías a investigaciones, cursos de capacitación sobre prevención de las drogodependencias a maestros, profesores, padres, familiares, líderes comunitarios, organizaciones políticas y de masas, con el propósito de contribuir a la preparación de las presentes y futuras generaciones en materia de prevención de las drogodependencias.

Se arriban a nuevos conocimientos sobre las características de los jóvenes de una zona de Guantánamo en relación a los aspectos relacionados.

Asimismo la novedad científica consiste en el sistema de relaciones que emerge del modelo preventivo y que contempla, de manera relevante, la sistematización del método de acción comunitaria como dinamizador de la relación entre el diseño del proceso y su materialización en la práctica por medio de la metodología propia de un proceso complejo y que considera la integración del equipo de intervención como elemento de base de la cultura socio-salubrista que se adquiere en su desarrollo.

Actualidad del tema:

La tesis responde a las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba hasta el año 2015 en las cuales se plantean las siguientes directrices:

- Promover cambios de comportamiento en la población y grupos expuestos a riesgo, por la nocividad del tabaquismo, alcoholismo y las drogas, adoptando estilos de vida y conductas saludables.
- Promover la no aceptación social del hábito de fumar y fomentar nuevas generaciones de no fumadores.
- Perfeccionar la estrategia de información, educación y comunicación para el público externo relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Desarrollar estrategias de intervención en los grupos de riesgo sin dependencia alcohólica como componente de la Salud Mental en la Atención Primaria de Salud.
- Realizar actividades de prevención que permitan la identificación y control de las conductas de riesgo y el consumo irresponsable de alcohol

También responde a la línea de acción: Investigaciones Biomédicas. Enfermedades crónicas no transmisibles. Educación para la Salud y Sociedad Guantanamera "Retos y Perspectivas" del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), programas priorizados por el Ministerio de Educación

Superior y el Ministerio de Educación los cuales constituyen objetivos de trabajo de estas direcciones y del gobierno del territorio. Se relaciona con la línea del Programa de Desarrollo Humano Local: Apoyo a la cobertura, calidad y sostenibilidad de los servicios territoriales. Se inserta dentro de un proyecto de investigación, aprobado por el CITMA, denominado "Modelo Socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo", cuya responsable es la autora de esta tesis.

Se respetaron los aspectos éticos exigidos en una investigación de este tipo. Se tomó en consideración la voluntariedad de participación de los sujetos participantes (anexo 1).

La privacidad de la información brindada se garantizó realizando la recogida de información en lugares adecuados y sin la presencia de personas no involucradas en el estudio y asimismo la confidencialidad de los datos del estudio se logró mediante la publicación de la información de manera resumida y con fines científicos.

CAPÍTULO I: PRESUPUESTOS HISTÓRICO-TENDENCIALES Y TEÓRICOS ACERCA DEL ALCOHOLISMO EN LOS JÓVENES

En el presente capítulo se aborda la evolución que han tenido las drogas en general y el alcoholismo en particular así como el proceso de prevención de las drogodependencias y como el alcoholismo se constituye en un problema de salud en la población joven.

Se analizan las actuales concepciones teóricas relacionadas con la prevención de este fenómeno de carácter multidisciplinario, exponiéndose el aparato conceptual y clínico-epidemiológico del alcoholismo.

I. 1. Evolución histórico-tendencial acerca de las drogodependencias.

La historia de las drogas y su utilización por el hombre, comienzan desde la antigüedad: Las plantaciones de adormidera (de donde se extrae el opio) en el sur de España y de Grecia, en el noroeste de África, en Egipto y en Mesopotamia, son probablemente las más antiguas que se conozcan en la tierra. La primera noticia escrita sobre esta planta, aparece en tablillas sumerias del tercer milenio a. c., mediante una palabra que significa también gozar. El cultivo del cáñamo (cannabis), se remite a China 4000 a. c (14).

El uso de solanáceas alucinógenas (beleño, belladona, daturas y mandrágora), se remonta a viejos testimonios en el medio y extremo oriente. En América son autóctonas las daturas (de la especie brugmansia), y ante todo el tabaco y en asentamientos pre-agrícolas del séptimo milenio anterior a nuestra era, se han encontrado semillas sobre plantas muy visionarias. Los estimulantes puros, basados en drogas como cafeína y cocaína, también se remontan a la noche de los tiempos.

Es importante el hecho de que, un análisis de la historia de las drogas requiere tener siempre en cuenta el contexto sociocultural en que han sido empleadas. El hombre, históricamente, ha utilizado sustancias naturales con múltiples fines: mágico-religioso, curativo-médico, placentero y lúdico.

El panorama histórico de Cuba y las drogas, se puede resumir a partir de lo señalado por Arias Fernández: “Según los primeros cronistas que escribieron sobre los nativos del archipiélago cubano luego de la llegada de Cristóbal Colón el 27 de octubre de 1492, el grupo aborigen fumaba hojas de tabaco torcidas y también las utilizaba para hacer un polvo “mágico” que le abría el camino de la “comunicación” con los muertos y les permitía conocer los designios del Cemí (poder sobrenatural), adivinar el futuro y curar a los enfermos (15).

Ni opio, ni coca ni cannabis ni ninguna otra planta con características alucinógenas aparecen mencionados en los escritos de los cronistas de Indias cuando se refieren a Cuba. Tampoco los estudios antropológicos más recientes se refieren al uso de otras drogas que no sean el tabaco y la Pitademia Pregrinma, considerados los posibles componentes de los polvos utilizados en el rito de la “Cohiba” (16).

El 3 de junio de 1847 desembarcaron en el puerto de La Habana los primeros chinos. Miembros de la policía los registraban minuciosamente y, con el transcurso del tiempo, otros expertos en el tema durante las cuatro primeras décadas del siglo XX, refieren que, pese a esto, a la isla arribó en 1902 el opio, pero no especifican desde cuando se consumía ni cómo se introducía en el país. Sólo señalan que en el barrio chino de La Habana proliferaban los fumaderos de esta droga y hablaron de sus características (17).

Un elemento a destacar es que en Cuba, en 1900 estaban presentes todas las drogas conocidas, las cuales se encontraban disponibles en farmacias y droguerías, y se podían comprar también por correo al fabricante.

En los primeros meses de 1910 entró un cargamento de centenares de gramos de morfina, cocaína y heroína, procedente de Costa Rica. Esta fue la primera operación que se reporta de introducción ilícita de estas drogas en nuestro país con fines mercantiles. Entre 1914 y 1917 el mercado de estas drogas estaba en las cercanías de un Club del Paseo del Prado, al cual asistían jóvenes de familias acomodadas (18).

La introducción de la marihuana en Cuba data de 1918 cuando marineros de un barco portugués procedente de México llegó a La Habana. La primera información del uso de marihuana entre un grupo numeroso de jóvenes en Cuba es de 1925, cuando en pleno Paseo del Prado varios consumidores fueron detenidos por hacer escándalos públicos. Pero, para los vigilantes, pasó inadvertido que estaban bajo los efectos de drogas. El 22 de mayo de 1926 se produce quizás el primer recalo de marihuana cuando se encontró en Cayo Sabinal, Camagüey una paca de la misma en mal estado.

La década de 1930-1940 fue la del auge de la marihuana y su consumo, mediante cigarrillos y su relativo bajo costo contribuyó a su rápida propagación. El mayor porcentaje de consumidores eran jóvenes de ambos sexos con edades entre 16 y 25 años. J. de la Osa señala que era “verdaderamente aterrador”, la cantidad de jóvenes que fumaban marihuana en esa década (19).

A pesar de que era importada, ya para 1943 la casi totalidad de la marihuana que se consumía se cultivaba en Cuba.

El auge de la “narcomanía nacional” y la plataforma sólida del narcotráfico por la mafia procedente de los Estados Unidos y los gobernantes corruptos sólo tuvieron fin el primero de enero de 1959 con el triunfo de la Revolución, pero en la etapa colonial no existía un sistema de prevención de las drogodependencias. Su prohibición mediante medidas represivas obedecía a razones políticas y económicas.

Don Fernando Ortiz refiere: “Las persecuciones contra el tabaco tuvieron una razón política, además de una religiosa. Pero sobre todo las prohibiciones estuvieron asociadas a factores económico-sociales” (20). En la ciudad de La Habana, capital marítima de Cuba y de todo el imperio indiano de España, un acuerdo del Cabildo Municipal, de fecha 14 de mayo de 1557 prohibía a las negras mondongueras seguir vendiendo tabaco y vino en sus bodegones, privándolas de ese modo de emanciparse. Y el pingüe comercio fue desde entonces un negocio exclusivo de los monopolistas mercaderes españoles”.

El 26 de agosto de 1606, el rey prohibió absolutamente, por 10 años, las siembras de tabaco en las tierras de América tan sólo porque ellas perjudicaban a los mercaderes peninsulares y favorecía a los extranjeros. En 1611 la corona española decidió gravar la exportación de tabaco desde Cuba y en 1636 sometió este comercio a un régimen de monopolio estatal. Por otro lado el pensamiento más avanzado de la etapa lo encontramos en José Martí, el cual avizó que la justicia contra el delito, el crimen, “podría ser la que evita”. En ese mismo orden de pensamiento afirmó: “En prever está todo el arte de salvar” (21).

Para el Apóstol, dejar de prever es un delito público y un delito mayor no obrar de acuerdo con lo que se prevé. Durante la época neocolonial las leyes consideraban a los consumidores como infractores sanitarios, y no se calificaba el consumo de droga como un delito, por lo que no se realizaban prácticamente acciones preventivas.

Es en 1919, cuando aparece en Cuba la Ley del 25 de julio, sobre la elaboración e introducción en la república de productos narcóticos con el objetivo de regular la importación, producción, venta y uso de drogas, se estableció así la división entre drogas lícitas e ilícitas.

A raíz de la promulgación de esta ley, en ese entonces, la cifra de narcómanos llegó a alcanzar un aumento sorprendente, lo que obligó a adaptar la sala Castro del Hospital Número 1 de La Habana para su atención médica. Posteriormente se buscó un lugar más apropiado llamado en sus inicios “Hospital de Cuarentena” y posteriormente convertido en el Hospital de Narcómanos “Lazareto del Mariel” (22).

En el año fiscal de 1918 a 1919, se creó la “Sección de Expertos” del cuerpo de policía de La Habana, a la cual le estaba encomendada la misión preventiva especializada e incluyó entre sus servicios más importantes la persecución a los infractores de la referida ley, especialmente en cuanto a la venta clandestina de drogas (23).

En 1938 entra en vigor el Código de Defensa Social, que había sido aprobado desde el 4 de abril de 1936 y es a partir de los cambios que se introducen en el mismo que el tráfico ilícito de drogas se sancionaba con privación de libertad.

El escritor y político cubano Enrique José Varona había alertado, desde el siglo XIX, que un gobierno que desmoraliza con su ejemplo, forma él mismo los criminales que habrá de perseguir después, pero a lo largo de décadas en la pseudo-república se engendraron y proliferaron los criminales, liderados por

los gobernantes de turno que, en contubernio con la mafia y los gobiernos estadounidenses, gozaron de total impunidad, enriqueciéndose en el poder a la sombra de Estados Unidos y luego recibidos con los brazos abiertos en suelo norteamericano (24).

En este período de la nación ni medidas jurídicas, ni estructuras policiales, ni disposiciones de autoridades sanitarias, ni los esfuerzos aislados de organizaciones no gubernamentales, profesionales de la salud o periodistas pudieron frenar los males y vicios del país. En ese período pensar en prevención era sólo utopía de pocos.

Etapas de la prevención de las drogodependencias en la Cuba Revolucionaria.

Desde la época de la lucha de liberación en la Sierra Maestra existió la voluntad política de combatir las drogas ilícitas cuando el 7 de octubre de 1958, el Jefe de la Revolución cubana puso en vigor la disposición número 6 “Para la Administración Civil del Territorio Libre”, que establecía la persecución y el castigo contra el que cosechara, traficara, portara, guardara o fumara marihuana o cualquier otra droga.

Para establecer una periodización de las etapas de la prevención de las drogodependencias en Cuba se consideraron los trabajos realizados por Giselda Sanabria y Ana Teresa Fariñas (25). La autora considera que la propuesta que hace en esta tesis actualiza las referidas periodizaciones y responde adecuadamente a los propósitos de la investigación.

A partir del triunfo de la Revolución se pueden identificar, tres etapas del desarrollo de la prevención de las drogodependencias. Estas fueron identificadas a partir de la valoración de las siguientes variables:

- Estructuras organizativas gubernamentales relacionadas con las drogodependencias.
- Decretos, leyes y resoluciones emitidas.
- Carácter de la participación social en la lucha contra las drogodependencias.

Las referidas etapas y sus regularidades son:

1. Etapa I: 1959-1985. Conformación del sistema preventivo cubano.
2. Etapa II: (1986-1999). Tránsito hacia un sistema único de prevención.
3. Etapa III: (2000-2009). Hacia el perfeccionamiento del paradigma cubano de prevención.

Etapa I (1959-1985): Conformación del sistema preventivo cubano.

Se llevó a cabo un conjunto de transformaciones en el orden estructural que van desde la creación de la Policía Nacional Revolucionaria, (la cual realizó una tarea titánica sobre todo en los inicios del triunfo de la Revolución y en los momentos más agudos del enfrentamiento a las drogas entre 1960 y 1967), el Ministerio de Bienestar Social hasta la creación de la Comisión Nacional de Prevención y Atención Social, adoptando diferentes estructuras de prevención que, a criterio de la autora, no siempre aseguraron el carácter sistémico e integral de este proceso.

No obstante, con el triunfo de la Revolución, se tomaron diversas y profundas medidas que eliminaron la situación de las drogas existente en el país, las cuales se han mantenido como una conquista de nuestro pueblo. La dignidad plena del hombre, su desarrollo integral y saludable han sido virtud, pilar y esencia del proceso revolucionario cubano en plena correspondencia con el ideario martiano.

Entre las medidas legislativas para erradicar los males heredados podemos citar: El 14 de julio de 1959 se aprobó la ley contra la mendicidad, la cual encarga al servicio social informar al Ministerio de Bienestar Social sobre la realidad económica de la familia del menor y de los problemas de conducta.

El Ministerio de Bienestar Social (Creado el 27 de febrero de 1959 con la ley No 111) y el Ministerio de defensa tenían entre sus objetivos prevenir la delincuencia juvenil, proteger, educar y asistir a los menores con problemas de conducta (26).

En 1961 se disuelve el Ministerio de Bienestar Social y sus tareas pasaron a ser atendidas por diferentes instituciones como el departamento de servicio social de los órganos del Poder Local, el Ministerio de Salud, y el Ministerio del interior, creado en 1961, que contaba con el Departamento de Prevención y Seguridad Social, fundado en 1962.

En 1967 se constituyen las primeras comisiones de prevención de la delincuencia de menores por el departamento de estudio y prevención social del MININT y en ese mismo año se funden con la prevención social en una sola comisión dirigida por el Partido, a través de la secretaría de trabajo social y posteriormente en la década del 70, los órganos del poder popular. Las mismas quedaron integradas por la Federación de Mujeres Cubanas, la Unión de Jóvenes Comunistas, el Ministerio de Educación, la Central de Trabajadores de Cuba, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional de Deportes Educación Física y Recreación y la Fiscalía General de la República.

Estas comisiones surgen con el objetivo de coordinar la labor de los organismos y organizaciones responsabilizadas con las tareas de prevención de actividades antisociales, lo que posibilitó un mayor control y chequeo de la labor preventiva, lográndose un enfoque multidisciplinario y multifactorial en dicha labor.

Desde estas estructuras se elaboraron planes y se acometieron tareas donde se hizo énfasis en la formación de maestros, reeducadores, terapeutas, psicólogos y los cursos de preparación de trabajadores sociales de la Federación de Mujeres Cubanas, encargados de materializar estos planes (27).

Por otra parte un importante avance en la evolución del sistema de prevención en Cuba fue la creación de los Centros de Evaluación, Análisis y Orientación de Menores y la implementación de escuelas talleres, planes de aprendices, escuela del movimiento juvenil y escuelas de conducta que contribuyeron a dar solución a variados problemas.

En 1975, con el Congreso del Partido, al separarse las tareas partidistas y del gobierno, desaparece la Secretaría de Trabajo del Partido lo que conllevó a la desintegración de las comisiones de prevención organizadas en 1967.

A partir de aquí el trabajo de prevención se institucionaliza con la constitución de los órganos del Poder Popular los cuales establecerían las relaciones de trabajo y coordinación con las instituciones y organizaciones de masas (28).

Hay que señalar, que si bien en lo fundamental, el trabajo continuó, se perdió la integralidad existente expresado en la creación de diferentes comisiones permanentes y temporales para coordinar las acciones a realizar.

Con la división político administrativa en 1976, el trabajo de prevención va más a la comunidad y simultáneamente se fomenta un gran movimiento masivo de construcción de asentamiento urbanos con la participación de la población y otros de servicio social (plan de micro brigadas, Plan Turquino, planes de atención primaria de salud para la población y posteriormente la atención primaria a la población ampliado en los 80 con el plan conocido por Médico de la familia).

Haciendo énfasis en el trabajo comunitario de las instituciones se emprendieron acciones de animación a través de las casas de cultura y centros de cultura comunitaria y se organizaron los talleres de transformación integral enclavados en determinados barrios.

En el orden legal se pusieron en vigor importantes leyes, como el Código de Familia (1975) el Código de la Niñez y la Juventud (1978) y se promulgó el Decreto Ley 64 de diciembre de 1982 el cual da sistematicidad y estructura a la prevención social y a la atención a los menores.

Otras normas fueron la Ley 49 del 28 de diciembre de 1984 (Código del Trabajo) y las Resoluciones 68/81, 40/83, del MININT los cuales ofrecen distintas posibilidades de inserción educacional, profesional y social a los jóvenes con distintos niveles de desvinculación socio laboral (29).

En resumen, esta etapa se caracterizó por ser un período de intensas transformaciones en todos los órdenes y creación de diferentes estructuras como expresión de la voluntad para organizar el trabajo de prevención social. En este contexto prácticamente no se hacían declaraciones explícitas del tema de las drogas, con excepción del alcohol y el tabaco.

De este período pueden señalarse las siguientes tendencias:

1. De una estructura desorganizada para el control de las drogas a un intento de organización que aún no cumple con las demandas de la población en materia de salud.
2. De un proceso con pobre basamento legal a la creación de leyes, resoluciones y códigos que intentan regular, sin declararlo explícitamente, el empleo de las drogas de parte de ciertos sectores de la población.

Etapas II (1986-1999): Tránsito hacia un sistema único de prevención.

A partir de 1986 la prevención se integra en un sistema único a través de las Comisiones de Prevención y Atención Social, estructuradas a nivel nacional, provincial y municipal, en las que están representadas las instituciones y organizaciones reconocidas para el trabajo de prevención.

El 29 de agosto de 1986, con la promulgación del decreto ley No. 95, como parte del proceso de rectificación de errores y tendencias negativas, las comisiones de prevención y atención social establecen las bases de la organización y funcionamiento del trabajo de prevención. Este regula y precisa el funcionamiento de las comisiones de prevención social en el país y marca pautas en el trabajo.

La Comisión Nacional de Atención y Prevención Social, se crea adscripta al Consejo de Ministros, así como a los respectivos comités ejecutivos de las Asambleas Locales del Poder Popular. Es decir las comisiones provinciales y municipales correspondientes (30).

Hasta 1989 la afectación fundamental era el consumo indebido de marihuana y psicotrópicos en casos muy contados enfrentado por la Sección de Larcas, Juegos y Drogas del Departamento Técnico de Investigaciones (DTI). En la frontera marítima han jugado un papel fundamental la Aduana General de la República y las Tropas Guardafronteras en cooperación con las Fuerzas Armadas Revolucionarias y el pueblo a través del Sistema Único de Vigilancia y Protección.

Por su parte el Ministerio de Salud Pública, de forma oportuna y preventiva, emitió resoluciones para perfeccionar el control de medicamentos que podían ser usados indebidamente; así aparecieron la Resolución Ministerial del MINSAP No. 64 del 19 de septiembre de 1975 sobre las recetas de psicotrópicos y la Carta Circular No. 174 del Departamento de Farmacia del 7 de diciembre de 1979 con precisiones en torno a la Resolución, entre otros (31).

En otro orden del análisis, a partir de los años 90, con la desaparición del campo socialista en Europa del Este y con la afectación del intercambio económico con los países que integraban el mismo, obligó a la dirección del país a adoptar algunas medidas que, si bien evitaron el hundimiento económico del país, trajeron aparejados algunos acontecimientos que favorecieron la introducción y consumo de drogas ilegales en algunas personas, entre estos:

- Incremento del turismo
- Puesta en circulación del dólar
- Incremento de los recalos costeros de drogas, algunos de ellos llegaron a manos inescrupulosas
- Reforzamiento de las acciones del enemigo, entre ellas la introducción de drogas ilícitas para desestabilizar el país
- Deportación a Cuba de presos en cárceles de Estados Unidos, los llamados “excluíbles”, muchos de ellos consumidores de crack.
- La presencia de becarios procedentes de países productores y consumidores de drogas ilegales.
- El resurgimiento de algunas figuras delictivas como el proxeneta, el narcotraficante, entre otras y de manifestaciones de corrupción y otros delitos en general.

A todo lo anterior se suma la posición geográfica de Cuba, ruta para el narcotráfico, desde y hacia los Estados Unidos de Norteamérica, de diferentes países.

La creación en 1992 de los Consejos Populares, dentro del amplio concepto de Prevención, ha permitido identificar de forma sistemática los problemas que afectan a la comunidad, contribuir a solucionarlos con el esfuerzo colectivo y combatir actitudes y acciones denigrantes como el tráfico de drogas y la prostitución.

En 1989 se creó una Comisión Nacional de Drogas, cuya estructura y funciones fueron reorganizadas mediante un acuerdo del Consejo de Estado del 13 de julio de 1998, teniendo como finalidad potenciar a nivel institucional de forma armónica, multisectorial y coordinada la atención a las tareas referidas a la temática de fiscalización de drogas, así como proponer a la dirección del país políticas, programas y proyectos adecuados para el control del tráfico ilícito y la prevención del uso indebido de drogas, realizando además tareas vinculadas con el cumplimiento de los compromisos internacionales.

En abril de 1993 se dio a conocer “El plan maestro de la República de Cuba para la lucha contra el tráfico ilícito de drogas”, programa del gobierno para dar respuesta a las resoluciones y recomendaciones que en este terreno ha dictado las Naciones Unidas., este fue el primer documento que reconoció oficialmente la Comisión de Nacional de Drogas (32).

En 1999 se modifica el Código Penal (Ley No. 87) para adecuar la legislación vigente a los nuevos delitos (lavado de dinero, tráfico de personas y venta y tráfico de menores). Esta ley reformula también los rangos sancionadores de las figuras delictivas.

En Agosto de 1999 se aprobó el Programa Nacional Integral de Prevención del Uso Indebido de Drogas, que incluye importantes medidas en campo de la prevención, con un carácter más especializado.

De esta etapa se han determinado las siguientes tendencias:

1. De una estructura organizativa para el control de las drogas centrada en instituciones específicas del Estado al empoderamiento de la población.
2. De un ineficiente control de drogas y psicofármacos de parte del MINSAP a un control riguroso de estas, reguladas por leyes.

Etapa III (2000-2008): Hacia el perfeccionamiento del paradigma cubano de prevención.

Los albores del siglo XXI, van encaminados al perfeccionamiento del paradigma cubano de prevención de drogodependencias: ni las tendencias de algunos elementos inescrupulosos al tratar de que el

consumo de drogas tomara auge en nuestro país, ni las mentiras de los gobiernos norteamericanos y de la mafia terrorista han podido contra el espíritu y la voluntad de centinela activo de nuestro pueblo contra el narcotráfico y las drogas ilícitas.

En el editorial publicado en el periódico Granma, de enero del año 2003, se señala: "La lucha contra las drogas en nuestro país es consustancial a los extraordinarios valores humanistas y solidarios que ha forjado la Revolución; es parte de la vocación por dignificar cada vez más al ser humano y del propósito por lograr una cultura general integral como obra verdadera e infinita en la edificación de una sociedad nueva" (33).

La estructura de nuestra sociedad, que propicia la participación, integración y coordinación entre todos los sectores, así como el acceso de todos los ciudadanos sin distinción a los sistemas de Educación y Salud, ha permitido enfrentar eficazmente esos retos. Si hoy la drogadicción no es un problema médico-social en Cuba y no es de la magnitud del resto del mundo, es por la labor cotidiana que se despliega en todas las esferas, independientemente de las limitaciones económicas provocadas por el férreo bloqueo de Estados Unidos, al que ha estado sometido nuestro país por más de 48 años.

Importantes programas impulsa la dirección del país, el Partido Comunista de Cuba, la Unión de Jóvenes Comunistas y el pueblo en general, en el contexto de la Batalla de Ideas, dirigidos a neutralizar las causas de los problemas conductuales y de formación de los miembros más jóvenes de la sociedad, fortaleciendo su preparación integral, así como facilitando y estimulando una mayor contribución de la sociedad y la familia en este sentido. Singular importancia posee la preparación político-ideológica extensiva a todo nuestro pueblo y la creación de nuevos espacios para la participación en la obra creadora y revolucionaria. Ello contribuye sustancialmente al trabajo de prevención del tráfico ilícito y el uso indebido de drogas, porque se trata de la formación de un hombre integral y de lograr un salto cualitativamente superior en el desarrollo de nuestra sociedad.

Nuestro país forma parte de los instrumentos y organismos internacionales que regulan la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y establecen los mecanismos de cooperación para el enfrentamiento al tráfico ilícito de drogas (34).

En el marco de la cooperación internacional el gobierno de Cuba ha suscrito acuerdos bilaterales de colaboración para el combate contra el tráfico ilícito de drogas, con varios países de todas las latitudes y se promueve a través de la Comisión Nacional de Drogas la firma de nuevos acuerdos. Además, se sostienen intercambios informativos y de trabajo con servicios antidrogas de diferentes países, incluyendo algunos con los cuales no hay acuerdos firmados.

Debe señalarse, en este período, la emergencia del Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y Problemas Relacionados con el Consumo Inadecuado de Alcohol, el que sentó pautas para desarrollar proyectos de intervención comunitarios dirigidos al incremento de la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.

El mismo se presentó en el taller efectuado en el Hospital Psiquiátrico de la Habana (Centro Referencial Nacional para la atención de alcohólicos y otros drogadictos) el 28 de marzo del 2006.

En este programa se incorporaron aspectos informativos actualizados, con un lenguaje que posibilite el profundo análisis por los decisores políticos y administrativos no miembros del equipo de salud.

El documento se constituyó en un anteproyecto argumentado de un plan de acciones para el abordaje multisectorial del uso nocivo de las bebidas alcohólicas en Cuba (35).

Se aspiraba, de esta forma, a reforzar la concepción de que el éxito del programa nacional dependería, en gran medida, de la toma de importantes decisiones solamente posibles en un país donde la dignidad y espiritualidad de su pueblo representa uno de sus más altos logros, y la conservación y desarrollo de estas virtudes, el requisito indispensable para hacer posible un mundo mejor.

De esta última etapa se señalan las siguientes tendencias:

1. De un proceso socio-salubrista relacionado con las drogodependencias con cierta dispersión a procesos de masiva participación comunitaria y de pleno entendimiento del flagelo de las drogas.
2. De la extensión de la cooperación intranacional en materia de control y lucha contra las drogodependencias al desarrollo de cooperación internacional reguladas por políticas estatales y al desarrollo de estrategia locales, regionales e internacionales en materia de lucha contra las drogodependencias.

I. 2. Resultados de investigaciones sobre alcoholismo en el mundo y en Cuba.

Numerosos estudios internacionales han tratado acerca de los problemas de salud asociados al consumo del alcohol en los que se han identificado a los jóvenes como uno de los grupos de riesgo a los que se debe prestar especial atención así como en la aplicación de estrategias de intervención comunitarias para incrementar la calidad de vida de estos. Ejemplo de ellos son los trabajos realizados en México por R. Velasco (36) y A. Vélez (37) en Uruguay; por J. Larriba et al (38) y J. Suelves (39); en Costa Rica por H. Alejo (40) y Lourdes Arrieta et al (41); en Colombia L. C. Restrepo (42); en Brasil por F. Souza, R. Landim y F. B. Perdigao (43); F. Kerr Correa, A. G. Andrade, A. Bassin y N. Bocutto (44), E. Bozkovitz, E. T. Cruz, F. Ciaravallotti-Neto, M. Mores, J. V. Paiva-Neto y L. A. Ávila et al (45); en Estados Unidos de América por un Colectivo de Autores de la OPS (46), J. Stein (47), A. González Quirós (48) y M. D. Anderson y B. R. Thompson (49).

Por su parte en Europa se tiene a A. Durán Vinyeta (Barcelona) (50), M. Casado Sierra et al (51), un Colectivo de Autores del Gobierno Vazco en representación de una comisión europea (52) y M. E. Bogani (Madrid) (53).

Cuba, que desde el triunfo revolucionario en 1959 ha desarrollado una amplia política de desarrollo salubrista sobre la base de la prevención y la promoción en salud, ha seguido de cerca el problema de la juventud como un grupo vulnerable a diferentes factores de riesgo. Numerosas investigaciones realizadas a nivel nacional y local describen el daño que produce el consumo abusivo e irresponsable de las drogas en general y del alcohol en particular y ha desplegado todo un sistema de estrategias de intervenciones comunitarias que abordan estas y otras temáticas.

A nivel nacional se destacan los trabajos, relacionados con intervenciones comunitarias, realizados por L. F. Baraldo Mansur (54); G. Barrientos, M. León y V. Lugo (55); un Colectivo de Autores (56); M. Carbonell Oliva (57); N. Llera Laza (58); Silvia Martínez Calvo (59); Giselda Sanabria Ramos, Aida Rodríguez Cabrera y Nereida Rojo Pérez (60), Luisa Álvarez Vázquez y otros (61); Rosa Gómez Labrada (62); y otros.

Por su parte en Guantánamo la autora ha investigado la problemática del consumo de alcohol en diferentes sectores sociales y especialmente en la juventud, además de los aportes realizados en este sentido por Carlos M. del Toro (63) y Elba Idania López López (64) entre otros.

Así, por ejemplo, en un estudio realizado en Santiago de Cuba entre julio de 2000 y julio de 2002 sobre trastornos de la conducta (65) fueron diagnosticados 305 sujetos consumidores de drogas ilegales, de los cuales el 30% presentó dependencia, el 86% no tenía vínculo laboral ni de estudio, el 72% practicaban el hábito de fumar y el 80% eran alcohólicos; el rango de edad más afectado fue el de 15 a 35 años.

La autora ha diagnosticado la alta prevalencia en el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y tabaco en la provincia de Guantánamo y, en específico, en los estudiantes de medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo (66). En esta investigación se evidencia la caracterización de los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, café y psicofármacos) en Caimanera, uno de los municipios de la provincia, lo que arrojó que el 94,7% de toda la población consume bebidas alcohólicas (98,7% de los hombres y 91% de las mujeres); el 40% de los hombres y el 21% de las mujeres tienen hábito de fumar; el 60% de la población consume café y el 14% de las mujeres y el 6% de los hombres consumen psicofármacos. Se observó además una tendencia creciente en el abuso de estas drogas en la población en general de ese territorio.

En un estudio realizado en el Hospital Pediátrico de Guantánamo entre el 2004-2008 (67), se evidenciaron otras manifestaciones de drogodependencias en adolescentes, tales como: consumo de sustancias derivadas directamente de las plantas como el Clarín, psicofármacos, alcohol, tabaco, alcohol ligado con medicamentos (psicofármacos), lo que ha incidido en un alto porcentaje de los intentos suicidas y de las intoxicaciones producidas. Estos datos coinciden con lo reportado por el Departamento de Atención a Menores del MININT (68).

En el importante estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de la población con retraso mental de la provincia Guantánamo, realizado entre enero 2006-marzo 2007, se encontró que 1736 personas con Retraso Mental consumen alcohol, predominando los municipios de Guantánamo, Baracoa, Caimanera y El Salvador (69). Asimismo, en otra investigación con discapacitados leves se detectó que entre las edades de 5 a 14 años se encontraron 67 consumidores de alcohol y entre 15 y 19 años la cifra ascendió a 249 (70).

Se conocen los múltiples efectos que el alcohol puede ocasionar en un feto expuesto y que van desde el bajo peso al nacer, el crecimiento intrauterino retardado hasta el síndrome fetal alcohólico, siendo este es el agente teratógeno más frecuente y una causa importante de retraso mental.

No obstante, en el estudio antes mencionado se encontró que en menores de 15 años con retraso mental, existieron 352 madres consumidoras de alcohol durante la gestación (17,4%) y 351 fumadoras (17,75%). Los municipios de mayor incidencia en el consumo de alcohol fueron Guantánamo y Baracoa (73%); mientras Guantánamo y El Salvador fueron los más importantes en cuanto a las madres fumadoras (73%).

Los resultados anteriormente expuestos evidencian que aunque no se puede afirmar que en Cuba existe una extensión del problema relacionado con la droga en general, ni que las drogodependencias constituyen un problema de salud de primera magnitud, ni un modo de vida en los jóvenes; si existen motivos fundados para preocuparse por la evolución futura del consumo de alcohol de parte de la población.

En este sentido, llama la atención que, a pesar de que se han implementado estrategias para combatir el flagelo de las drogas, de manera particular del alcoholismo, aún sea imperativo que se perfeccionen estas a nivel de trabajo comunitario y se logre la implicación de los profesionales de la salud con las competencias necesarias para desarrollar acciones de prevención en salud, en particular, del alcoholismo, debido a las razones citadas anteriormente.

En función de ello existen indicaciones ministeriales, decretos, directivas y resoluciones que norman el trabajo preventivo y de promoción de salud así como de mecanismos de integración intersectorial para garantizar la efectividad en el desarrollo de las acciones de carácter comunitario. Tales son los casos de los emitidos por el Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud 2004-2008 (71), la Comisión Nacional de Drogas (72) y el Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente al año 2003 (73), por sólo citar estos.

I. 3. Referentes teóricos en torno a las drogodependencias.

El término "droga" ha sido objeto de múltiples definiciones, para ello se han tenido en cuenta: el contexto histórico social, la finalidad y otros muchos aspectos (74).

Entre algunas de esas definiciones se encuentran las siguientes:

Droga: Las distintas sustancias, naturales o sintéticas, que producen efectos artificiales, más o menos perjudiciales para la salud, reprobadas moral y jurídicamente (Lenguaje corriente).

Drogas: Son aquellas sustancias que tienen en común la propiedad de actuar sobre el sistema nervioso central y provocar en el sujeto, una vez tomadas, un deseo continuo de seguir consumiendo (dependencia psíquica), acompañado de un progresivo aumento de la dosis (fenómeno de tolerancia). En el caso de algunas sustancias, a estos fenómenos se agrega el síndrome de abstinencia (dependencia física) como consecuencia de la suspensión en el suministro (75).

Droga: Cualquier sustancia natural o sintética en capacidad de: generar un efecto sobre el sistema nervioso central, generar una dependencia física o psíquica y constituir un peligro sanitario y social (*noción jurídica*).

No obstante la autora de esta tesis considera que una de las definiciones más acertadas es la que da el Profesor Dr. Ricardo González, al señalar un concepto no restringido, relacionado precisamente con la gran tragedia que representa para la humanidad este fenómeno, de manera que destaca muy en particular esta definición (76):

Droga: Una sustancia natural o sintética, médica o no médica, legal o ilegal, de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y/o prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales o espirituales.

Cuando se analizan aspectos relacionados con las drogas, existen otras definiciones que son importantes que se conozcan y se tengan presentes como son hábito, adicción, tolerancia, entre otras.

En la actualidad se han incorporado dos nuevos términos: facilitador y codependiente, que califican fenómenos clínicos cuya identificación y corrección reviste alta significación humana (77).

Facilitador: Se refiere a una persona por lo general un familiar, cónyuge o amigo, que pese a desear la recuperación del drogodependiente, en forma inconsciente, crea situaciones que lejos de ayudarlo, empeoran la situación. Un ejemplo serían los padres que a pesar de sufrir las consecuencias de la conducta de consumo de su hijo le asignan un estipendio muy superior a sus necesidades.

Codependiente: Se refiere de algún familiar, cónyuge o amigo que sufre doblemente al atribuirse en exceso la misión de protección, supervisión y vigilancia del consumidor, llevando ello a constituirse en la tarea fundamental de su vida. Algunos utilizan los términos equivalentes de toxicómano pasivo.

Clasificación de las drogas.

Las drogas son clasificadas desde diferentes puntos de vista, lo cual conlleva dificultades, contradicciones, insuficiencias y parcialidades, no obstante hay amplio consenso en cuanto a su categoría como sustancias, por sus efectos sobre las funciones psíquicas entre otros aspectos (78).

Según su categoría como sustancias, las drogas se clasifican en:

1. Legales: Entre ellas Café, Tabaco, Alcohol, Cola
2. De prescripción médica: Entre ellas los Sedantes, Tranquilizantes, Hipnóticos, Narcóticos, Antiparkinsonianos, Simpaticotónicos, Vagolíticos y Antianoréxicos
3. Ilegales: Entre ellas la Marihuana, Cocaína, Heroína, LSD, Hongos y Drogas de Diseño (Ice, Éxtasis, Polvo de Ángel y otras)
4. Inhalantes: Como los derivados del Tolueno presentes en pegamentos plásticos, disolventes y barnices, así como otras sustancias (combustibles, betunes y descongelantes)

Según sus efectos sobre las funciones psíquicas se clasifican en:

1. Sustancias depresoras, sedantes, inhibidoras o psicolépticas, entre ellas: Alcohol, Opioides: Morfina, Codeína, Heroína, Hipnóticos: Barbitúricos (Fenobarbital, Amobarbital, Secobarbital, Pentobarbital, Tiopental), Sedantes-Benzodiacepinas: (Diazepam, Meprobamato, Clordiazepóxido), Levopromacina, Trifluoperazina, Meperidina, Metadona, Fentanil e Inhalantes
2. Sustancias estimulantes, excitadoras o psicoanalépticas, entre ellas: Cocaína, Anfetaminas, Xantinas-Cafeína (Té, Café, otras), Metanfetamina (ICE), Simpaticotónicos, Efedrina, Imipramina, Amitriptilina
3. Sustancias distorsionantes, psicodélicas o alucinógenas, entre ellas: Antiparkinsonianos, Vagolíticos, Dietilamida Del ácido lisérgico (LSD), Etilendioximetanfetamina (MDMA o Éxtasis), Fenciclidina, Metanfetamina (ICE), Metilendioxietilamfetamina (MDEA o Eva), Metilendioxianfetamina (MDA o Píldora del Amor), Peyote, Mescalina, Psicobilina, Amanita muscaria, Datura Arbórea., Cannabis: (Marihuana, Hachís, Aceite de Hachís), Anticolisérgicos: (Atropina, Escopolamina)
4. Sustancias de efectos simultáneos estimulantes y depresores: Tabaco
5. Sustancias de efectos simultáneos depresores y alucinógenos: Marihuana

Se considera importante dentro de la clasificación destacar lo siguiente:

Estupefaciente: Cualquier sustancia ya sea de origen natural o sintética incluida en las Listas I y II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

Sustancia Psicotrópica: Cualquier sustancia o material, natural o sintética, o cualquier material incluido en las Listas I, II, III, IV del Convenio sobre Sustancias de 1971.

Listas: Relación de estupefacientes y psicotrópicos, que con una numeración se anexan a la Convención Única de 1961 y al Convenio sobre Sustancias de 1971, con las modificaciones que se introduzcan en las mismas periódicamente, de conformidad con lo establecido en el articulado de los referidos tratados internacionales (79, 80).

Reseña sobre la enfermedad Alcoholismo.

La autora de esta tesis considera necesario abordar, de forma sintética, algunas definiciones, aspectos metabólicos, epidemiológicos y clínicos, entre otros, relacionados con la enfermedad Alcoholismo, teniendo en cuenta que el mayor error que se comete es pensar que el problema del alcohol es la dependencia, sin tener en cuenta en relación con la sociedad, que la mayor parte de los problemas de salud provienen de las intoxicaciones graves, constituyendo un problema de salud en la juventud (81).

- **Alcohol:** Término aplicado a los miembros de un grupo de compuestos químicos del carbono que contienen OH clasificados en: metanol, etanol y alcoholes superiores.
- **Alcoholemia:** Presencia de alcohol etílico (etanol) en la sangre.
- **Alcoholismo:** Enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión de alcohol etílico en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias.
- **Intoxicación Alcohólica Aguda:** El conjunto de signos y síntomas resultantes de la ingestión de etanol a razón de 100 mg/dl. La intoxicación se produce cuando la cantidad de etanol ingerido es mayor que la que el hígado es capaz de metabolizar, es decir, concentraciones que varían entre 100-150 mg/100 mL.

Algunos aspectos metabólicos.

El etanol actúa como agente perturbador inespecífico de la membrana neuronal alterando tanto su permeabilidad como las propiedades de sus componentes lípidos. Algunos efectos bioquímicos y conductuales se deben al incremento de la transmisión inhibitoria. El etanol afecta la transmisión de

glicina, la cual es un neurotransmisor inhibitor. La serotonina, dopamina y noradrenalina, parecen tener relación con la capacidad reforzadora del etanol en el mantenimiento de la conducta del bebedor. También altera otros procesos celulares de neuro-transmisión, a través de la modificación de la actividad enzimática de los sistemas de generación de "segundo mensajero". (82, 83).

Se absorbe rápidamente por el tubo digestivo a nivel del estómago, intestino delgado y colon. Por vía de inhalación hacia los pulmones el tejido subcutáneo y la piel, son vías a través de las cuales el alcohol también puede ser absorbido. (Anexo 2).

La absorción completa puede requerir de 2-6 horas o más, pero esto depende del volumen y la concentración de la sustancia, presencia de alimento en el estómago y tiempo en que la bebida se ha ingerido (84).

El hígado es el lugar donde predominantemente se efectúa su oxidación, aunque órganos tales como el corazón y el estómago puede también metabolizar el producto. Entre 90-98% del etanol es oxidado y metabolizado en el cuerpo. La velocidad de eliminación de etanol es de 10 ml/hrs., en un hombre con peso corporal de 70 Kg. Las mujeres independientemente de su peso, metabolizan el etanol con más lentitud.

A los 50mg/100 ml las respuestas y reacciones se lentifican y los procesos mentales integrativos comienzan a alterarse. Entre 100-150 mg/100 ml., la mayor parte de las personas muestran signos evidentes de intoxicación, exhibiendo ataxia y un lenguaje disártrico (85).

Si la ingestión es continua, las funciones físicas y cognitivas se alteran, pudiendo llegar al deceso tras el estado de coma. Esto ocurre a dosis de aproximadamente 400mg/100 ml y la muerte puede producirse cuando se rebasa los 600mg/100 ml.

Epidemiología del alcoholismo.

Los siguientes datos de carácter epidemiológico muestran la magnitud del problema que se investiga:

- El 90% de los jóvenes consumen drogas alguna vez en su vida y las más usuales son el alcohol y la marihuana (86, 87).
- Los varones son los mas propensos en la adolescencia pero en edades mas tempranas de la vida el sexo no proporciona diferencia (88).
- Según la OMS el consumo mundial de alcohol se inicia a los 11,7 años de edad (89).

- Mas de 75 000 adolescentes se agregan anualmente al grupo de los consumidores de alcohol (90).
- Según datos del Departamento Estadounidense de Educación para la Salud y el Bienestar, cerca del 75% de las muertes de los jóvenes en ese país se deben a accidentes, homicidios y suicidios, relacionados con el consumo de alcohol (91).
- Estudios sobre el tema en Brasil han demostrado que hijos de padres bebedores consumen alcohol en edades tempranas de la vida comparado con hijos de padres abstemios (92).
- En Chile un 27% de los escolares consume alcohol antes de los 10 años de edad (93).
- En Canadá, Inglaterra y Suiza el 40% de los adolescentes comienzan a beber entre los 12 y 13 años de edad (94).
- En países desarrollados ha aumentado un 30% el consumo de alcohol en los últimos 10 años (95).
- En Cuba el 75% de los estudiantes universitarios consumen bebidas alcohólicas y 42% de la población mayor de 15 años bebe alcohol (96).

Fisiopatología

La cantidad de alcohol ingerida con una bebida determinada, es proporcional a su grado alcohólico y al volumen ingerido, multiplicado por 0.8 que es la densidad del alcohol.

$$\text{gr.} = \text{graduación} \times \text{Volumen} \times 0.8 / 100$$

Tras su ingestión es rápidamente absorbido por la mucosa del estómago en un 30% y después por el intestino delgado proximal en el 70% restante. Su degradación es esencialmente por oxidación hepática en un 90% y un 10% puede ser eliminado por vías accesorias como son el riñón y el pulmón. Después de la absorción se distribuye de un modo más o menos uniforme en todos los tejidos y líquidos del cuerpo. (97-101).

Los signos clínicos observados después de la absorción son la consecuencia de una parte de los niveles de alcoholemia alcanzados y por otra de los efectos de esta sobre los diferentes órganos especialmente el Sistema Nervioso Central (102, 103).

El nivel de alcoholemia es el resultado de la absorción digestiva, de la distribución tisular, de la oxidación y de su eliminación. Se determina, bien por la medida directa de la concentración de etanol en sangre o bien indirectamente por la medida de la tasa en el aire espirado. La cinética del alcohol es compleja y no del todo bien conocida (104, 105).

La etanolemia varía según diferentes factores dietéticos, genéticos, hormonales y farmacológicos. En general aumentan la absorción y su nivel sanguíneo: el mayor flujo sanguíneo esplácnico, las bebidas de moderada graduación (vinos), la motilidad intestinal aumentada, el ayuno, la ingestión de alimentos en pequeña cantidad, los alimentos ricos en hidratos de carbono, después de cirugía gástrica. Por otro lado disminuyen la absorción o los niveles de etanol: las bebidas de alta graduación (inhiben la motilidad intestinal), el aumento del pH gástrico, la ingestión de grandes comidas, algunos aminoácidos (asparagina, alanina, fenilalanina, glutamina), el aumento de la diuresis (106, 107).

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central. Sus efectos son una consecuencia directa de su acción sobre las membranas celulares y sobre los neurotransmisores. Puede modificar la estructura física de las membranas, así como su composición química de una forma reversible.

El sistema nervioso central es el órgano más afectado por el alcohol que cualquier otro sistema del organismo, siendo depresor primario y continuo del mismo. (108).

Intoxicación alcohólica aguda

Es la ocasionada por la ingestión masiva de alcohol. La absorción del alcohol por el organismo esta determinada por: la graduación: concentración de alcohol en la bebida, la composición química de las bebidas, la presencia de comida en el estómago, el peso del sujeto: menos peso, más absorción y el sexo femenino es más sensible (109).

Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas dependen de: la cantidad y tipo de bebida ingerida, la susceptibilidad del paciente, del nivel en sangre, la velocidad con que se alcance, del tiempo que permanezca elevado.

Porcentaje de alcohol en peso para diferentes bebidas: Cerveza: 4% – 10 %, Vinos: 10 – 18 %, Licores suaves: 20 – 25 %, Licores fuertes: 35 – 45 %.

Relación entre nivel de alcohol y manifestaciones clínicas: 0,5 gramos litro (50 mg/dl): trastornos evidentes del comportamiento; 2,0 gramos litro (200 mg/dl): sueño profundo (coma etílico) y 3,0 gramos litro (300 mg/dl): muerte por intoxicación etílica aguda.

Los efectos, según la cantidad, pasan por:

- Fase prodrómica (0,25 gr/l-0,3 gr/l): Cuando el individuo percibe un cambio en su estado mental.
- Excitación (0,3 gr/l-1,5 gr/l): Pérdida de la inhibición y del autocontrol.
- Incoordinación (1,5 gr./l-3 gr./l): Temblor, confusión mental, incoordinación motriz: generalmente, la persona acaba durmiéndose.
- Coma y muerte (+3 gr. /l).

La intoxicación alcohólica aguda se puede manifestar bajo tres formas clínicas definidas:

Intoxicación aguda leve no complicada (75%):

- Aliento alcohólico.
- Incoordinación psíquica y de la marcha.
- Imprecisión de gestos, torpeza.
- Mareos, vómitos.
- Alteración de la agudeza visual.
- Aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca.
- Rubor de extremidades y cara.

Intoxicación aguda moderada, con excitación psicomotriz (18%):

- Fases alternas de tristeza y agresividad.
- Euforia, locuacidad.
- Exaltación de la imaginación, desinhibición.
- Afectación de la vigilia, percepción, memoria y razonamiento.
- Excitación.

Coma alcohólico (7%):

- Desde falta de reactividad hasta el coma.

- Descenso de la temperatura corporal.
- Dilatación de las pupilas.
- Disminución del tono muscular, frecuencia cardíaca y tensión arterial.
- Abolición de los reflejos y depresión respiratoria.
- Amnesia del episodio.

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes son: traumatismo craneoencefálico, aspiración de contenido gástrico por vómitos, convulsiones, descenso de la temperatura corporal, arritmias cardíacas, hipoglucemia y gastritis aguda hemorrágica.

El efecto perjudicial del consumo de bebidas alcohólicas es mayor cuanto más joven sea la persona que las consume (110).

1.4 La prevención de las drogodependencias.

Se coincide con Restrepo cuando señala: "(...) Prevenir es ante todo, ayudar a mejorar la capacidad de grupos y comunidades para movilizar redes de solidaridad, para diseñar y construir de manera conjunta su futuro, fortaleciendo los valores ciudadanos, la identidad cultural y los recursos para el manejo del conflicto (...)" (111).

Teniendo en cuenta que el fin último de la prevención es el logro del bienestar y el desarrollo humano, abarca todo el proceso evolutivo del ser humano en su totalidad, de manera que un programa de prevención en drogodependencia no tiene porqué centrarse en el problema del consumo, la prevención tiene un horizonte más amplio, centrando su interés en el grueso de la población no sintomática, enfocando los esfuerzos en una intervención a mediano y largo plazo sobre los factores de riesgo y los factores protectivos que actúan respectivamente, propiciando o impidiendo la aparición del fenómeno adictivo (112).

La acción preventiva actúa sobre la base. Por ello se orienta a incentivar procesos culturales e interpersonales propicios al afianzamiento de actitudes, valores y estrategias comunicativas que favorezcan la neutralización de los factores de riesgo y la aparición de factores protectores, recurriendo

para ello a metodologías que apoyan el incremento del protagonismo social, el desarrollo personal y grupal, la amistad, la solidaridad, el diálogo y la convivencia (113, 114).

Prevenir es fomentar las potencialidades de las personas, es promover desarrollos individuales y colectivos que tengan como finalidad máxima la consolidación del bienestar humano: *Prevenir es vivir*.

De manera tal que la Prevención Integral debe ser la brújula para combatir y frenar el flagelo que significan las drogas (115). Se entiende que la prevención es, ante todo, un proceso educativo, en el que se instruye a los individuos y a la comunidad, en tanto la socialización de las acciones salubristas entrañan un necesario vínculo educativo con los implicados en las acciones referidas.

La Prevención Integral es un proceso educativo y formativo que promueve en el individuo, la familia y la comunidad, el conocimiento, el desarrollo de habilidades, destrezas actitudes, valores y hábitos de vida tendientes a estimular respuestas autónomas y creativas ante las diferentes situaciones que se presentan en la vida, centrando la atención en las potencialidades del ser humano antes que en sus carencias y debilidades para que logre ser protagonista de su propio desarrollo y así construya su proyecto de vida (116).

Existen principios en los que se sustenta una intervención comunitaria como la que se propone en esta tesis, además de factores protectores, siendo importante su fortalecimiento y promoción; así como factores de riesgo, los cuales se deben disminuir.

Tanto en los factores protectores como los factores de riesgo hay diferentes elementos a tener en cuenta como: definición, características, así como disímiles niveles a tomar en consideración, tales como nivel macrosocial y microsocioal junto a los rasgos distintivos en el individuo, en la familia y en la comunidad.

La consolidación de valores, es uno de los elementos clave de protección y de prevención frente al flagelo de la drogadicción, sin embargo se ha vuelto un hecho común relacionar la crisis de valores con la aparición de la drogadicción, esto como es lógico se presta a múltiples interpretaciones, algunas de ellas tendientes a fomentar la brecha generacional y la ausencia de diálogo entre adultos y jóvenes.

Los valores son paradigmas culturales que permiten dar sentido a la acción individual y colectiva. En tanto normas que dan significado a la totalidad de la existencia, se configuran como representaciones que predisponen a una praxis comunitaria (117).

La droga es un producto cultural, por lo que la prevención debe dirigirse a la esfera de lo simbólico, a las convenciones éticas y estéticas, a los modos de convivencia social y a las posibilidades de construcción de una vida ciudadana (118, 119, 120).

A partir de lo anterior, la sistematización teórica del conocimiento al respecto, permitió que se llegara a la construcción de la siguiente definición operacional:

Trabajo Preventivo: La adopción anticipada de medidas preventivas y formativas encaminadas a impedir que se produzcan incongruencias negativas entre la educación escolarizada y no escolarizada, el comportamiento individual y las exigencias sociales, cuyas consecuencias no trasciendan al plano psicológico y social y provoquen dificultades o signifiquen un peligro para el desarrollo adecuado de la personalidad del estudiante.

En todos los niveles de la prevención juegan un papel importante la acción educativa relacionada con el enriquecimiento y desarrollo del medio familiar, social y escolar, objetivos solo cumplidos sobre la base de una sólida relación familia-escuela-comunidad, teniendo en cuenta que “La actividad preventiva esta imbricada en las pautas culturales de la comunidad, tiene que ver con su acumulación de conocimientos, con el acceso al mismo y su asimilación y también con los valores que detenta” (121, 122, 123).

La prevención de las drogodependencias es un fenómeno multifactorial porque no es privativo de una sola entidad, en él inciden varias disciplinas, por ejemplo: Medicina, Psiquiatría, Toxicología, Psicología, Pedagogía, Sociología, Política, entre otras; en primer lugar en su diagnóstico y tratamiento precoz como prevención secundaria, en segundo lugar, por la incidencia y los daños que produce sobre la salud, sus repercusiones sociales, económicas, políticas, éticas y legales (124).

1.5. La importancia de considerar la atención al joven en el contexto familiar.

Los seres humanos son por esencia, seres sociales que para satisfacer las necesidades se relacionan con los demás desde el nacimiento hasta que mueren, la vida se encuentra en un constante accionar

con otras personas. Este proceso de intercambio se realiza en un contexto social e histórico determinado y la familia constituye un canal de socialización e influencia, los grupos de amigos, los medios de comunicación, la religión ejercen una influencia en la educación de la personalidad de los niños, los adolescentes y jóvenes.

La influencia de la educación familiar, esencial durante los primeros años de vida, trasciende ese marco inicial y se manifiesta, con mayor o menor fuerza a lo largo de toda la vida (125, 126, 127).

La familia es la institución más estable de la sociedad humana a través de todos los tiempos, sin embargo la forma de organización familiar que se conoce en la cultura cubana no es la misma que la del pasado o que las de otros pueblos del mundo.

La forma que adopta la familia en cada etapa depende de las características de la sociedad y como consecuencia, cuando se producen transformaciones sociales como la que trajo el triunfo de la Revolución, sus formas, sus objetivos, sus funciones van variando paulatinamente junto a los demás cambios, por ello es portadora de los valores de la sociedad y del modo de vida que la caracteriza.

Puede añadirse que a pesar de que la familia adopte en su evolución y desarrollo nuevos estilos y estructuras, se mantiene la esencia y razón de ser que tiene para el hombre (128, 129, 130).

La familia es la primera en satisfacer las necesidades del joven desde que nace, la primera forma de interacción con el mundo que lo rodea es con la figura de apego de los padres y hermanos, esta relación le brinda al individuo confianza y seguridad en sí, aprende formas de comunicación íntima, uso y significado de las expresiones emocionales, además a demandar cuando se sienta necesitado de algo y a satisfacer a los demás (131, 132, 133).

La familia influye en el aprendizaje por modelo. Cuando los niños y las niñas se identifican con las conductas de sus progenitores son los modelos de ellos los que reproducen (134, 135).

Puede decirse que la familia, desde el primer momento de la vida, influye positiva o negativamente en los seres humanos, la familia es la célula primera y vital de la sociedad como comunidad educadora principal del funcionamiento social y es insustituible, es el vehículo privilegiado para la transmisión de aquellos valores que ayudan a la persona a adquirir la propia identidad y como institución básica fundamental es responsable de la primera educación de las nuevas generaciones.

Las relaciones entre el joven y la familia es determinante en el desarrollo normal y en las desviaciones de los hijos, de manera que cuando los jóvenes obtienen un nivel de independencia excesivo en etapas tempranas, es motivo de preocupación en un contexto donde asechan riesgos importantes.

La disminución de la tutela familiar, es decir la pérdida de alguna función materna y paterna, entre otros aspectos, condiciona y facilita tendencias tales como el contacto con drogas, alcoholismo, hábitos de fumar, homicidios, inicio precoz de relaciones sexuales, otros, por lo que es razonable que los niños y niñas en el seno de una familia ordenada y bien integrada, con padres que les sirven de modelo, que muestran interés en su cuidado y apoyo, están sustancialmente protegidos contra la aparición de conductas de riesgo en el periodo de adolescencia y en tránsito hacia la juventud.

Los doctores Antonio Blanco y J. Ibáñez (136, 137) en sus escritos se refiere a las funciones de la familia entre las que plantea la función económica, la biosocial y la espiritual-cultural o educativa.

La familia cubana se caracteriza por establecer relaciones estrechas entre sus integrantes, aunque también se producen conflictos, pero el sentimiento de pertenencia de un cubano para con su familia es muy alto. El cubano tiende a vivir en estrecha relación con sus familiares, vecinos, amigos, a vivir cotidianamente de relaciones muy amplias. La familia cubana pone en evidencia que para ella, como para la sociedad en general, los jóvenes son muy importantes, donde los padres en su mayoría son sobreprotectores (138, 139, 140).

Los jóvenes son, por lo general, más sensibles a los procesos de cambio social. Como resultado de su propia maduración psicológica, tienden siempre a cierta rebeldía asociada a la búsqueda de una autonomía en el desarrollo de su personalidad. Si este proceso ontogenético natural coincide en tiempo con determinadas tendencias al cambio dentro de la sociedad, es lógico que sean precisamente ellos los más sensibles a esos cambios (141).

Las generaciones más viejas, por su parte, tienden más a la conservación, a la tradición, a educar en el espíritu en que ellos fueron educados. De igual forma, por partir desde posiciones diferentes dentro del antiguo modelo patriarcal, el hombre y la mujer no tienen por lo general igual disposición a aceptar las nuevas propuestas de cambio. Pero cada persona en dependencia de su nivel cultural es capaz de analizar y determinar que patrones de conductas a seguir, en relación con sus intereses.

La sociedad, la familia y el sistema de gobierno actúan como filtro en la adecuación de estos patrones de conducta en sus coterráneos. En dependencia de los órdenes normativos que históricamente han regulado la conducta de los hombres. Tales como la moral, la religión, los convencionalismos sociales y el derecho (142, 143).

La familia, como forma de organización humana relativamente autónoma y variada, es capaz de conformar ciertas normas que regulan el comportamiento de sus miembros y, por una u otra vía, se convierten en dominantes en su radio de acción. La familia logra instituir ciertas normas y valores. Esta institucionalización de valores es un proceso que se da no sólo al nivel global de la sociedad, sino también a nivel de grupos, como puede ser una escuela o una universidad. La familia instituye, "oficializa" en su radio de acción, convierte en normas ciertos valores que son los que operan a su nivel, regulan las relaciones intra-familiares y proyectan una determinada actitud hacia el mundo extra-familiar (144).

El cambio de conducta en los jóvenes en relación con el consumo de alcohol y otras adicciones debe ser el resultado de un proceso educativo en el que juegue un papel determinante el contenido axiológico de determinados hechos, formas de ser, manifestación de sentimientos, actuaciones o actitudes humanas, con una significación social buena y que provocan una reacción de aprobación y reconocimiento en el contexto de las relaciones interpersonales, que trascienden a nivel de la conciencia del joven (145).

Este sistema de educación se incorpora a nivel de la esfera psicológica, en la unidad de lo cognitivo y afectivo-volitivo, y se asume como algo necesario para encauzar la propia forma de ser, los sentimientos, actitudes y actuaciones en la propia vida cotidiana, en la relación con los familiares, los vecinos, compañeros y amigos, transformándose en preceptos aceptados o contruidos que se incorporan personalmente en un proceso de individualización, y que se manifiestan por medio de las cualidades morales personales (146).

En la medida en que tales sentimientos y actitudes se practican y se vivencian una y otra vez en la vida cotidiana por el joven, en las relaciones humanas con los demás y en las actitudes ante las exigencias en la vida y la realidad, se arraiga cada vez más fuerte la significación social de estos cambios de actitudes, desarrollándose un proceso interno de construcción de su propia escala de valores personales en su conciencia, matizada por el sentido personal de tales significados y sus características individuales, se

transforman en convicciones, que ejercen importantes funciones, tales como: orientadora, valorativa y normativa, por medio de la cuales se realiza la autorregulación moral de la conducta (147).

1.6. El cambio de conducta en los jóvenes como un proceso de interacción psico-social.

Las Naciones Unidas, acuñó en 1983, la clasificación como jóvenes a todas aquellas personas que tienen entre 15 y 24 años. Es decir, esta tipificación permite hacer comparaciones a nivel de edad, pero omite las condiciones del contexto, pues en algunos países el espacio temporal en el que se desarrollan los y las Jóvenes, es sólo un “número”.

Por ejemplo, en las zonas rurales de algunos países latinoamericanos, como lo fue en Cuba antes del triunfo de la Revolución, esta categoría de juventud no existe, porque el niño es incorporado en las actividades agrícolas, por lo tanto asume un trabajo y un rol dentro de la Sociedad independientemente de la edad (148).

La juventud es una categoría que ha sido estudiada desde diferentes disciplinas de las ciencias sociales. El concepto de juventud resulta difícil de enunciar, a pesar de la que ya se describió avalado por la ONU, puesto que no existe consenso alrededor de su definición; sin embargo la perspectiva etaria de la juventud es válida puesto que el número de años vividos ofrece un contenido sociológico significativo, en tanto para determinados períodos de edades se asumen distintos tipos de actividad y diferentes modos de manifestación en el escenario social.

En Cuba la edad para que un joven se integre al trabajo es la de 17 años, prolongándose así el período estudiantil, lo que lleva implícito aspectos legales acerca de los deberes y derechos de los jóvenes y de las personas adultas (149).

Lo que sí es indiscutible es el hecho de que el joven cubano de hoy es cualitativamente diferente a los jóvenes de otros tiempos, por las responsabilidades que asume social y profesionalmente. En ello juega un papel determinante la formación que reciba en el seno familiar, además de la que recibe en la escuela e indirectamente de la propia sociedad.

Existen tres términos propios de la psicología social y estrechamente relacionados con la formación de los jóvenes cuya comprensión es necesaria para la puesta en práctica de proyectos comunitarios. Las creencias, las normas y las actitudes (150, 151, 152).

La formación de actitudes responsables en los jóvenes está estrechamente vinculada con las elecciones estratégicas en relación a lo que es adecuado para conseguir los fines propuestos. Estas elecciones provienen, a su vez, de supuestos básicos o creencias sobre la naturaleza humana y el mundo que los rodea. Se elige pensar y actuar de un modo u otro según se crea que sean las personas y las cosas.

Las creencias son estructuras de pensamientos elaboradas y arraigadas a lo largo del aprendizaje que sirven para explicar la realidad y que preceden a la configuración de los patrones de conducta (153).

Los valores en la juventud juegan un papel especial en la formación de normas. Los valores pueden mantenerse a nivel individual, las normas emergen de las interacciones grupales. Son normas de conductas consensuadas, los valores son criterios para evaluar y aceptar o rechazar las normas (154). El incumplimiento de las normas genera sanciones externas, mientras que el incumplimiento de los valores comporta sentimientos de culpabilidad y sanciones internas.

Una actitud es consecuencia de los valores y normas que las preceden, y es una tendencia evaluadora con respecto a personas, hechos o cosas. Las actitudes reflejan como se sienten las personas con respecto a algo o alguien y predicen la tendencia a actuar de una determinada manera.

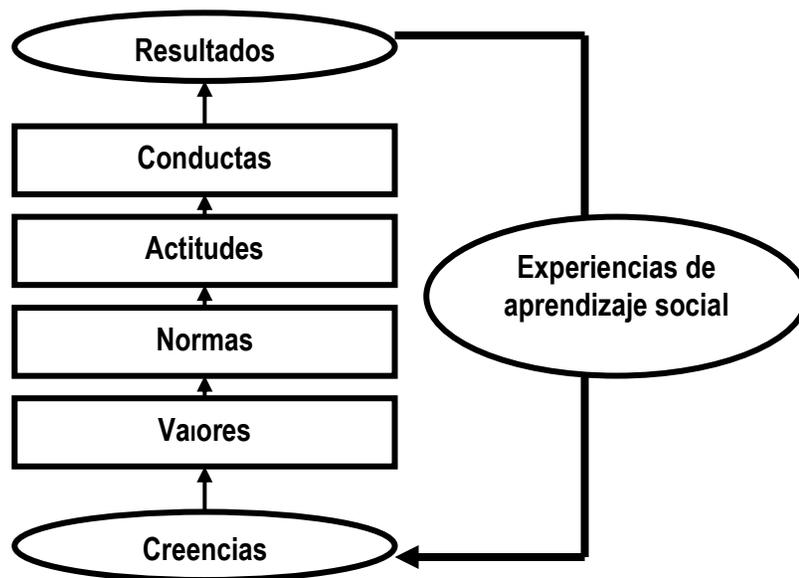


Figura 1: Las experiencias del aprendizaje sobre la base de la formación de valores.

Fuente: Elaboración de la autora.

Muchas veces se utiliza equivocadamente el concepto de “cambio de actitudes” para referirse al cambio de otras cosas: al cambio de valores tales como el compromiso, al cambio de conductas como el

comportamiento responsable ante la salud, y al cambio de creencias tales como que es peligroso detectar los errores y exponerlos en voz alta.

En tal sentido es importante considerar el cambio de estas actitudes centradas en valores y en relación a las normas como experiencias de aprendizaje, tales como las que se adquiere en el desarrollo de proyectos comunitarios.

En función de lo planteado anteriormente se revela la importancia de trabajar con los jóvenes en el contexto de la prevención del alcoholismo esperando que los resultados que se obtengan respondan al cambio de conducta experimentados por ellos como huella palpable de un aprendizaje social centrado en valores y para lo cual se requiere movilizar todos los recursos necesarios y desarrollar metodologías que contribuyan al cambio de sus estilos de vida, influyendo de forma indirecta en la familia y en la sociedad en general.

Conclusiones para el capítulo 1:

En el desarrollo del capítulo se han abordado aspectos relacionados con la evolución histórico-tendencial de las drogas así como sus presupuestos teóricos desde el punto de vista epidemiológico, clínico, fisiopatológico, farmacológico, sociológico y psicológico.

En este sentido, en la periodización realizada se han determinado momentos caracterizados por:

1. De una estructura desorganizada para el control de las drogas a un intento de organización que aún no cumple con las demandas de la población en materia de salud.
2. De un proceso con pobre basamento legal a la creación de leyes, resoluciones y códigos que intentan regular, sin declararlo explícitamente, el empleo de las drogas de parte de ciertos sectores de la población.

La revisión de la bibliografía especializada así como de trabajos investigativos previos realizada sobre la temática de la drogadicción en general y del alcoholismo en particular ha puesto de manifiesto que existen suficientes elementos de juicio para realizar valoraciones en función de proyectar un proceso de intervención comunitaria con fines preventivos y promocionales basado en las mejores experiencias de Cuba y del resto del mundo

La prevención en general y en los jóvenes en particular es un proceso educativo, en el que se instruye a los individuos y a la comunidad, en tanto la socialización de las acciones salubristas entrañan un necesario vínculo educativo con los implicados en las acciones referidas que conlleven a cambios de actitudes centradas en valores y en relación a las normas como experiencias de aprendizaje, cuestión aplicable a la prevención del alcoholismo en los jóvenes.

CAPÍTULO II: SITUACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN LOS JÓVENES GUANTANAMEROS DEL CONSEJO POPULAR SAN JUSTO.

Las intervenciones en salud deben estar dirigidas a solucionar problemas concretos identificados en una población, esta razón conduce al propósito de este capítulo donde se presenta el entorno donde viven los jóvenes que sirvieron de inspiración a esta investigación y donde se probó la efectividad de la intervención dirigida a la prevención del consumo de alcohol. También se hace una caracterización de esos jóvenes en cuanto al conocimiento, consumo y actitud ante el consumo de alcohol, así como problemas de salud acontecidos en ellos producto de esa práctica. Finalmente se indagan criterios de actores sociales de la comunidad acerca de las características de los jóvenes, el consumo de alcohol y la necesidad de intervenciones dirigidas a su prevención.

II.1. Caracterización de la comunidad perteneciente al Consejo Popular San Justo en Guantánamo.

La caracterización de la comunidad se hizo sobre la base de la revisión documental de la Situación de Salud del área de San Justo del año 2008 (155) y de información de la Delegada del Consejo (Anexo 3). El Consejo Popular San Justo fue fundado el 8 de agosto de 1992. Tiene una población de 30 023 habitantes y el área se divide en doce circunscripciones, con 250 CDR, 26 Zonales, 12 núcleos de jubilados y 12 asociaciones de combatientes.

Limita al norte con el Consejo Popular Norte-Los Cocos, con término en la Avenida Ernesto Guevara; al oeste con el Consejo Popular Centro, con límites en la calle Prado (Márgenes del río Guaso); al este con el Consejo Popular Paraguay, con límite en la carretera a Paraguay y al sur con el Consejo Popular Sur-Isleta, con límite en la calle Donato Mármol desde el 2 este hasta la calle Bernabé Varona.

Es un consejo popular eminentemente agrícola que se nutre de los productos de la agricultura de organopónicos y parcelas de pequeños productores.

Los pobladores son, en una buena proporción, procedentes de zonas rurales que han emigrado hacia la ciudad de Guantánamo y, dentro del consejo popular, se ha producido un desplazamiento desde la periferia hacia áreas más céntricas de la ciudad. No existen industrias ni fábricas en la localidad. Está enclavado en el territorio un complejo educacional que comprende: Escuela de Iniciación Deportiva (EIDE), politécnico, preuniversitario, dos secundarias básicas, dos escuelas primarias, seminternado, escuela especial para discapacitados, escuela de oficios, cuatro círculos infantiles, el Centro Provincial de la Vivienda, la casa editora del Periódico Venceremos, 106 centros de trabajo, la Unidad Provincial de Tránsito, sala de video y joven club de computación y el Policlínico "Mártires del 4 de abril", con nueve consultorios del Médico de Familia de tipo I y cinco de tipo II. Asimismo, cuenta con una sala de rehabilitación y cuatro peñas de Changüí, en cuyas actividades predomina el consumo de bebidas alcohólicas, con las consecuencias que esto apareja en riñas y problemas delictivos.

Las condiciones de vida del consejo popular no son adecuadas, tiene todas las calles en malas condiciones, no se cuenta con transporte público, utilizándose, en su mayoría, coches tirados por caballos, existe una deficiente comunicación telefónica y la estructura hidrosanitaria es mala. Se ha diagnosticado que más del 85% de las viviendas están en mal estado, constituyéndose en peligro para la vida por la elevada posibilidad de desborde del río Guaso y derrumbes. También se reporta que el 13,47% de los jóvenes no estudian ni trabajan. En la localidad existe un predominio de la población joven, con una media de 35 años. No existen los medios de recreación para niños y adolescentes. Los servicios gastronómicos están deprimidos. Se observa, de forma cotidiana, personas deambulantes, sobre todo jóvenes, que consumen bebidas alcohólicas, en su mayoría, de fabricación casera. Existe una tendencia al incremento de las casas cultos de diferentes denominaciones. No existen grupos de alcohólicos anónimos. Los eventos de violencia en la vía pública y en los hogares se suceden frecuentemente en donde median personas que han consumido alcohol.

Se pudo constatar que las enfermedades más frecuentes de la localidad son: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades Respiratorias Agudas, Parasitismo Intestinal y Accidentes Vasculares Encefálicos.

II. 2. Caracterización de los jóvenes de San Justo.

La revisión de las hojas de cargo con jóvenes atendidos por episodios relacionados con el consumo de alcohol en el área de salud correspondiente al Policlínico “4 de abril” de Guantánamo, permitió la selección de 122 de ellos y se realizó la caracterización de estos jóvenes de San Justo. La decisión de estudiar esos jóvenes se fundamentó en el hecho de que la mayoría de las personas, en especial los jóvenes que viven en la comunidad, consumen alcohol pero no existe un registro de ello y una forma de identificar los que realmente han hecho esa práctica son los que recibieron asistencia médica por esa causa.

Operacionalización de las variables en la revisión de las hojas de cargo.

Variable	Definición de la Variable	Escala de clasificación
Edad	Los años cumplidos.	11 – 15 años. 16 – 20 años. 21 – 26 años
Sexo	El sexo biológico al cual correspondió.	Masculino Femenino
Procedencia	Zona donde reside el joven.	Rural Urbana.
Nivel de escolaridad	El grado escolar vencido.	Secundario Preuniversitario Universitario.
Lugar de ocurrencia de la ingestión alcohólica	Lugar donde consumió alcohol	Hogar Lugares públicos Fiestas Escuela
Estado del joven.	Sintomatología predominante en el momento de ser atendido.	Hipertenso Heridas por arma blanca Cefalea Mareos Vómitos Hipotenso
Frecuencia de asistencia de los jóvenes a consulta	Veces que ha asistido a la entidad de salud por problemas relacionados con la ingesta de bebidas alcohólicas.	Una vez Dos veces Más de dos veces

Se aplicó el Cuestionario a los 122 jóvenes del Consejo Popular San Justo (Anexo 4). El instrumento se validó mediante la serie estandarizada: Scielo 0037-3635, México DF, 2002 y fue adaptado a los

propósitos de la presente investigación y validados nuevamente por criterio de expertos en dependencia de los siguientes aspectos que fueron evaluados en un escala entre 0 y 3 puntos:

- Pertinencia de las variables medidas.
- Accesibilidad del cuestionario.
- Secuencia lógica de las partes
- Valor de las instrucciones
- Posibilidad de obtener datos fidedignos.
- Variedad del tipo de preguntas
- Objetivos claros en las preguntas

En el Anexo 5 se aprecia que las medias obtenidas en todos los aspectos fueron superiores a 2 puntos.

Operacionalización de las variables exploradas en el cuestionario a los 122 Jóvenes del Consejo Popular San Justo.

Variables	Definición	Escalas de clasificación	Preguntas
Nivel de conocimiento	Dominio de aspectos relacionados con las drogodependencias.	Muy Alto, Alto, Normal, Bajo Muy Bajo	Pregunta 1
Frecuencia del consumo de droga	Veces que ha consumido algún tipo de droga.	Una vez, dos veces, fines de semana, más de tres veces, en ocasiones, nunca.	Pregunta 2
Familiar adicto al alcohol	Grado de consanguinidad con algún adicto.	Papá, mamá, hermanos, tíos, primos, ninguno.	Pregunta 3
Preparación para ofrecer consejos sanos sobre prevención de alcoholismo	Conocimiento de acciones para dar consejos a otros en relación al tema de la prevención de las drogodependencias.	Si, No.	Pregunta 4
Identificación de sustancias que se clasifican como drogas	Conocimiento de las drogas	Meprobamato Chocolate Alcohol	Pregunta 5

		Diazepam Tabaco/Cigarro Nitrazepam Anfetaminas Té Heroína Morfina Metilfenidato Cola Extasis Aspirina Fenobarbital Marihuana Homatropina Clarín Carbamazepina Café Clordiazepóxido Captopril	
Disposición del joven a ser promotor	Voluntad de participar como promotor de salud.	Si, No, No sé	Pregunta 7

De los 122 jóvenes a los que se les aplicó el cuestionario, 64 tuvieron disposición de continuar participando en la investigación, a los mismos se le realizó una entrevista (Anexo 6).

Para profundizar en la situación del consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad y en la pertinencia y necesidad de realizar acciones para la prevención de esa práctica se aplicaron, por parte de la autora, las siguientes entrevistas:

- Entrevista a médicos del área de salud (Anexo 7)
- Entrevista a miembros de la Cátedra de Salud Escolar de la Universidad de Ciencias Pedagógicas que radica en la localidad (Anexo 8)
- Entrevista a miembros del MININT que atienden el área (Anexo 9)
- Entrevista a líderes religiosos de la localidad (Anexo 10)

La información cuantitativa se resumió en por cientos y se presentó en tablas. Se realizó el análisis de contenido de la información recogida en las entrevistas, así como en las preguntas abiertas de los cuestionarios que permitió arribar a las categorías relacionadas con los criterios que más se emitieron y los que se apegaron a los fundamentos teóricos de la investigación.

A continuación se exponen los resultados encontrados en la caracterización de los jóvenes de San Justo.

La Tabla No 1 muestra de la edad y el sexo de los jóvenes que se atendieron con manifestaciones relacionadas con el consumo de alcohol en diferentes niveles en el período objeto de análisis, donde predominó el grupo de 16 a 20 años, representando un 60,65%, siendo también el más elevado en los dos sexos. El sexo que predominó el masculino con el 60.65%.

Tabla 1: Jóvenes según grupo de edad y sexo.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
11- 15	7	14,58	14	18,91	21	17,21
16 - 20	25	52,08	49	66,21	74	60,65
21 - 26	16	33,3	16	21,62	32	26,22
Total	48	39,34	74	60,65	122	100

Fuente: Revisión de hojas de cargo.

En la comunidad guantanamera se comienza la práctica del consumo de bebidas alcohólicas muy temprano (156, 157), esto puede atribuirse en parte, a que en esta edad generalmente los jóvenes

comienzan a extender sus salidas nocturnas, se dedican a seguir a sus ídolos, los cuales eligen de la televisión o el grupo de amigos, la moda, y cuyos patrones muchas veces los llevan al consumo temprano del alcohol, lo que se agrava cuando la familia es disfuncional. En la mayoría de los países de elevado consumo de bebidas alcohólicas es mayor la participación del hombre.

El predominio de este sexo obedece, a juicio de la autora, a que esta actitud está asignada al papel que se le atribuye a la masculinidad, la cual es legitimada culturalmente por la aceptación social de nuestra comunidad.

El doctor R. González encontró plena coincidencia con este resultado en sus trabajos sobre el tema y destacó que la edad media de inicio del consumo está en los 18 años legalmente, pero que dado el hecho de la presencia de bebidas alcohólicas como única oferta en los lugares públicos, frecuentados por personas de todas las edades, el consumo comienza cada día más precozmente (158). También coincidió con los resultados de la presente investigación y con los resultados de la investigación hecha por el doctor Forehard Armenstead L. titulado "Consumo de alcohol en la adolescencia, implicación social" (159); sin embargo otros autores difieren con este resultado. Por ejemplo, J. Stein encontró un predominio en los pacientes a edades más tempranas lo cual se debió en sus casos a hábitos de llevar el vino a la mesa en presencia de los niños y ofertarlo a ellos a edades tempranas. (160).

Es significativo el hecho de que, a pesar de que se desarrollan de forma sistemática acciones de prevención y promoción por parte del Sistema de Salud Pública utilizando todos y cada uno de los medios de difusión masiva y teniendo como centro del mensaje los daños y perjuicios de las bebidas alcohólicas, todos los años son admitidos en las unidades asistenciales niños y jóvenes que enfermaron por esta causa y que ocasionaron ausencias escolares, disfuncionalidad familiar y costos hospitalarios por una causa evitable.

Trabajos realizados por otros autores muestran coincidencia con el presente. Por ejemplo la Dra. Elba Idania López detectó en un estudio sobre prevención del alcoholismo en adolescentes de Guantánamo que la morbilidad por consumo e intoxicación etílica se comportó con tendencia a la estabilidad, no obstante encontró que la intoxicación fue más elevada (58,19%), lo cual determinó un número anual de ingresos significativos por esta causa (161).

En la Tabla No 2 se expone el grado de escolaridad de los jóvenes y el tipo de intoxicación alcohólica. La mayor frecuencia de intoxicación fue provocada para el 58.19%.

Es posible percatarse de que, tanto en la provocada como en la espontánea predominó el nivel universitario, 67 jóvenes que representa un 54,91%, seguido por el preuniversitario con 35 para un 28,68%. Se denota que, a pesar del alto nivel de escolaridad de la población cubana, todavía se requiere redoblar los esfuerzos en cuanto a la cultura en salud con vistas a cambiar concepciones salubristas y estilos de vida que inciden en la existencia del problema que se investiga.

Tabla 2: Jóvenes según nivel de escolaridad y tipo de intoxicación alcohólica.

Nivel de Escolaridad de los jóvenes	Intoxicación				Total	
	Provocada		Espontánea		No	%
	No	%	No	%		
Secundaria	9	12,67	11	21,56	20	16,39
Preuniversitaria	17	23,94	18	35,29	35	28,68
Universitaria	45	63,38	22	43,13	67	54,91
Total	71	58,19	51	41,81	122	100

Fuente: Revisión de hojas de cargo.

La solvencia económica de los progenitores puede favorecer a los jóvenes la participación en las actividades de socialización, ayuda además a que sean más independientes y acudan con mayor frecuencia a los centros en que se expenden bebidas alcohólicas.

La autora de esta tesis, en su libro "Drogas y..." (162) refiere que encontró resultados similares a los obtenidos en este estudio de mayor actualización respecto al tema, mientras Hendrik Straatman (163) y J. Montero (164) difieren en sus resultados con los obtenidos en este estudio.

Otros autores no hallaron diferencias notables entre el comportamiento del problema en los niveles pre y universitarios, entre ellos Pradera en "Daños tóxicos" y Zubaren en "Evaluación sobre oportunidades perdidas, atención integral del adolescente" (165, 166).

La Tabla No 3 se puede apreciar que el sitio de ocurrencia de la ingestión de bebidas alcohólicas, predominó en los lugares públicos y las fiestas particulares con, 34,42% y 35,24% respectivamente.

Tabla 3. Jóvenes según lugar de ocurrencia de la ingesta de bebidas alcohólicas.

Lugar	No	%
Hogar	11	9,01
Lugares públicos	42	34,42
Fiestas particulares	43	35,24
Escuela	26	21,31
Total	122	100

Fuente: Revisión de hojas de cargo.

Es importante señalar que existe predilección por las discotecas, las cafeterías, las fiestas de cumpleaños, entre otros, sin embargo la intoxicación que tuvo como escenario el hogar en el 9,01%. Se denota un alarmante resultado en el caso de la ingesta de bebidas alcohólicas en las escuelas con un 21,31%. La frecuencia con la que se realizan actividades festivas en el hogar es otra condicional para que ocurra el hecho pues en esos momentos los adultos descuidan y olvidan su rol de protectores de los jóvenes y lamentablemente llegan a considerar que estos pueden ingerir bebidas alcohólicas porque no le hará daño o porque esto lo hará ser más responsable e incluso más hombre.

La investigación realizada por M. Herrera arrojó resultados similares a los encontrados en esta, al encontrar que en lugares públicos aumenta el uso y abuso de drogas por parte de los jóvenes (167). Otros autores al abordar el tema encontraron cifras que coincidieron (168, 169). La autora ha encontrado, en otro estudio realizado (170), un mayor número de consumo de bebidas alcohólicas en las escuelas, fundamentalmente en las universidades.

En la Tabla No 4 se observa que predominó el número de jóvenes atendidos por intoxicación alcohólica pertenecientes al área urbana.

Tabla 4: Jóvenes según lugar de procedencia.

Procedencia de los jóvenes intoxicados	No	%
Urbano	89	72,95
Rural	33	27,04
Total	122	100

Fuente: Revisión de hojas de cargo.

Contrario a este resultado fue el encontrado por los doctores Fernando Lavadenz y Nicole Schwab en su estudio donde se encontró que los jóvenes del campo ingirieron más alcohol que los de la ciudad y a consecuencia de esto se intoxicaron (171).

En la Tabla 5 se puede observar que los signos y síntomas que más predominaron en los jóvenes evaluados fueron cefalea y mareos con un 28,68% y 27,68%, respectivamente.

No obstante ser relativamente bajo el número de pacientes que presentaron hipertensión arterial (12,29%) se resalta el hecho de que este efecto está asociado a vómitos (15,57%) por la ingesta de bebidas alcohólicas, existiendo la posibilidad de complicaciones mayores.

Tabla 5. Principales signos y síntomas

Principales signos y síntomas	No	%
Hipertenso	15	12,29%
Hipotenso	17	13,93%
Cefalea	35	28,68%
Mareos	34	27,68%
Vómitos	19	15,57%
Heridas por arma blanca	10	8,19%
Total	122	100%

Fuente: Revisión de hojas de cargo.

Asimismo se reporta en la literatura las lesiones por heridas de armas blancas producidas por el consumo de alcohol, específicamente en numerosos estudios como los de M. Calviño (172) y de Soria y Cristia (173) lo cual resulta lamentable si se tiene en cuenta que fueron jóvenes sanos hasta el momento del hecho y que de no haber sucedido la ingestión de esta droga hubieran continuado siéndolos. En los casos estudiados se detectó un 8,19% de jóvenes que fueron atendidos por estar, además de bajo los efectos del alcohol, con heridas producidas en reyertas donde se emplearon armas blancas.

Resultados del cuestionario aplicado a los 122 jóvenes del Consejo Popular San Justo.

El nivel de conocimiento de los jóvenes en relación a los efectos perjudiciales del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas se muestra en la Tabla No 6, donde 87 (71,3%) denotaron tener un conocimiento bajo sobre las drogas y 12 (9,8%) muy bajo.

Tabla 6 Jóvenes según nivel de conocimiento y sexo

Nivel de conocimientos	No	%
Muy alto	0	0.0
Alto	0	0.0
Normal	23	18.9
Bajo	87	71.3
Muy bajo	12	9.8
Total	122	100

Es un hecho evidente que aún cuando se han incrementado los programas de prevención de salud que abordan temas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, persiste la presencia de juicios distorsionados sobre el alcohol y sus efectos, por lo que es necesario aumentar el tema en los medios de difusión masiva, a través de las audiencias sanitarias, en folletos plegables, intervenciones socio-educativas y otros.

El considerar que el alcohol es fuente de alegría dejaría invalidado tantos años de estudio que demuestran a cuantas tristezas está asociado el consumo irresponsable del alcohol.

La Tabla 7 indica que 45 jóvenes (36,88%) asistieron al área de salud, al menos una vez, como consecuencia de manifestar problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol; 38 (31,14%) lo hicieron en dos ocasiones y 39 (31,96%) más de dos veces, lo que indica la seriedad de la situación que se investiga ya que más del 50% de ellos son reincidentes en el consumo de alcohol.

Tabla 7: Frecuencia de asistencia de los jóvenes a consulta por ingesta de bebidas alcohólicas

Frecuencia de asistencia al área de salud por ingesta de bebidas alcohólicas	No	%
Una vez	45	36,88
Dos veces	38	31,14
Más de 2 veces	39	31,96
Total	122	100

Al analizar la frecuencia de consumo de alcohol en los jóvenes acerca del alcoholismo resalta el hecho de que el 54,9% planteó consumir bebidas alcohólicas los fines de semana, siendo el mayor por ciento en los varones (39,7).

Asimismo son importantes las cifras que muestran que reconocen haber consumido alcohol más de tres veces el 35,2% de los encuestados (Tabla 8).

Los resultados hacen pensar que se ha hecho un hábito de los jóvenes el consumir bebidas alcohólicas los fines de semana, quizás por las escasas opciones de recreación que tienen.

Este resultado refleja además que la educación familiar es insuficiente.

Tabla 8 Jóvenes según frecuencia de consumo.

Frecuencia de consumo	No	%
Una vez	0	0.0
Dos veces	0	0.0
Fines de semana	67	54.9
Más de tres veces	43	35,2
Ocasionalmente	12	9,9
Nunca	0	0.0
Total	122	100

Como se observa en la Tabla 9 la mayoría de los jóvenes no estaba en condiciones de ofrecer consejos sanos en relación al alcoholismo a otras personas. Esta situación se repitió dentro de cada sexo (86,48% en las hembras y el 77,64% en los varones). Este hallazgo puede corresponderse con el bajo nivel de conocimientos encontrado.

Tabla 9 Jóvenes según sexo y posibilidad de ofrecer consejos sanos

Sexo	Posibilidad de ofrecer consejos sanos				No	%
	Si	%	No	%		
Hembras	5	13,51	32	86,48	37	100
Varones	19	22,35	66	77,64	85	100
Total	24	19.67	98	80.33	122	100

En la Tabla 10 se observa que a tono con lo esperado, el 100% de los jóvenes identificaron a la marihuana, el éxtasis y la heroína como drogas, a diferencia de que sólo el 72,95% que lo hizo en relación al clarín.

En este sentido también resalta el hecho de que ninguno identificó al alcohol, al café y al cigarro/tabaco como drogas y otros presentaron confusión en relación a la identificación de la aspirina dentro de las drogas.

Tabla 10. Identificación de sustancias como drogas.

Sustancia	No	%	Sustancia	No	%
Meprobamato	7	5,7	Cola	0	0,0
Chocolate	0	0,0	Éxtasis	78	63,93
Alcohol	0	0,0	Aspirina	56	45,90
Diazepam	14	11,47	Fenobarbital	43	35,24
Tabaco/Cigarro	0	0,0	Marihuana	122	100,0
Nitrazepam	23	18,85	Homatropina	34	27,86
Anfetaminas	0	0,0	Clarín	89	72,95
Té	0	0,0	Carbamazepina	22	18,03
Heroína	67	54,91	Café	0	0,0
Morfina	45	36,88	Clordiazepóxido	19	15,57
Metilfenidato	0	0,0	Captopril	47	38,52

En la Tabla 11 se aprecia que a los consejos que darían con más frecuencia los jóvenes a algún compañero alcohólico fueron acudir a un especialista (71,31%) y solicitar la admisión en alcohólicos anónimos (27.86%).

Tabla 11 Jóvenes según consejos en relación al consumo de alcohol.

Consejos	No	%
Acudir a los padres	5	4,09
Acudir a un especialista	87	71,31
Solicitar admisión en Alcohólicos Anónimos	34	27,86
Pedir ayuda a un amigo	17	13,93

En la Tabla 12 se muestran los resultados de la medición del interés de los jóvenes encuestados por ser promotores de salud. La mayoría de los jóvenes, tanto de hembras (68.08%) como varones (66.33%) manifestaron interés por ser promotores de salud.

Tabla 12 Jóvenes según interés de ser promotores y sexo

Sexo	Interés de ser promotores						Total	
	Si	%	No	%	Quizás	%	No	%
Hembras	32	68.08	4	8.51	11	23.40	47	100
Varones	49	66.33	5	6.66	21	28.00	75	100
Total	81	66.39	9	7.38	32	26.23	122	100

Este resultado da cuenta de las potencialidades que se tiene en el proyecto desarrollado para emplear la influencia de los mismos, previa preparación, como líderes comunitarios.

Resultados de la entrevista a 64 jóvenes del Consejo Popular San Justo en Guantánamo que aceptaron continuar en la investigación.

La entrevista realizada a los 64 jóvenes que continuaron en la investigación permitió obtener información más detallada relacionada con el consumo de alcohol en los jóvenes. Las opiniones que se emitieron por la mayoría de los jóvenes fueron las siguientes:

- El alcoholismo es una enfermedad que afecta a una gran parte de la población y que responde al consumo indiscriminado de bebidas alcohólicas. Es un vicio que afecta la relación familiar y social y atenta contra el prestigio de las personas.

- Muchas de las familias de los jóvenes son disfuncionales, existen antecedentes de bebedores consuetudinarios en el padre, tío y hermanos.
- Los jóvenes refieren que no existe la costumbre de hacer una fiesta sin que estén presentes las bebidas alcohólicas y que no se sienten bien si faltan. Si esto último ocurre, se van de la fiesta.
- En el barrio donde viven existen muchos alcohólicos de diferentes edades y sexos.
- Las ofertas de recreación de la localidad son limitadas, no existiendo ningún centro de recreación sano, es decir, sin que se oferten bebidas alcohólicas.
- No tienen experiencia de haber participado en ningún Consejo Local de la Salud. Manifiestan que son muy pocos los jóvenes que asisten a esas reuniones.
- Sus familias son indiferentes al tema del alcoholismo. Se ve el consumo de alcohol como algo normal, propio de los hombres, fundamentalmente.
- Se tienen experiencias desagradables en relación con el consumo de bebidas alcohólicas por parte de algún familiar que ha devenido en violencias verbales y extraverbales en la familia. Muchos de los entrevistados refieren que este fue el motivo del divorcio de los padres.
- Las parejas (las hembras) ven que es normal que ellos, los varones, consuman bebidas alcohólicas. Manifiestan que no es común que las hembras se vuelvan alcohólicas, pero que existen casos.
- Los jóvenes plantean que el consumo de bebidas alcohólicas ayuda en las relaciones amorosas con sus parejas.
- Muchos de los jóvenes expresaron que si les gustaría ayudar a otros en relación con el tema del alcoholismo y que les gustaría ser promotores de salud.

Resultados de la entrevista aplicada a médicos del Policlínico “Mártires del 4 de abril” en Guantánamo.

1. El 100% de los médicos entrevistados plantearon que existía una tendencia al consumo de drogas de parte de los jóvenes, fundamentalmente de alcohol y tabaco (cigarrillos).
2. El 100% de los entrevistados desconocen los documentos normativos para la prevención de las drogodependencias elaborados por el MINSAP.

3. Muchos médicos plantearon que desconocían si se estaba trabajando con jóvenes en calidad de promotores de salud en las áreas de salud del policlínico. Algunas respuestas estuvieron relacionadas con la labor de los Trabajadores Sociales y con la del psicólogo del policlínico.
4. Algunos médicos expresaron que habían recibido cursos de postgrado (impartidos por la autora de esta tesis) en el tema de la drogodependencia, mientras otros plantearon que no tenían preparación alguna en esta temática.
5. No existen registros de salud de los eventos relacionados con el consumo de alcohol, sólo hay notificación de atenciones médicas recibidas por acudir al cuerpo de guardia por algún síntoma relacionado con esa práctica.
6. En cuanto a las necesidades el 100% estuvo de acuerdo en que deben desarrollarse acciones comunitarias en materia de la drogodependencia y que los profesionales de la salud, en sentido general, necesitaban preparación en este sentido.
7. Refirieron que en el Análisis de la Situación de Salud se evidencia que en algunos momentos se han discutido algunos casos relacionados con el alcoholismo, pero considerando problemas de salud asociados a ello, como la Hipertensión Arterial y las Cardiopatías.

Resultados de la entrevista aplicada a miembros de la Cátedra de Salud Escolar de la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Raúl Gómez García” de la provincia Guantánamo.

La mayoría de los 12 miembros de la cátedra entrevistados refirieron que:

1. La misma es atendida por el grupo provincial de drogodependencia del Centro Provincial de Promoción para la Salud, pero esta atención es irregular. Manifiestan, además, que han recibido apoyo de la Facultad de Ciencias Médicas.
2. Se han detectados alumnos que consumen alcohol y muchos que fuman.
3. En los colectivos de año se trata, en ocasiones, el tema del consumo de alcohol y cigarrillos de parte de los estudiantes, existiendo medidas restrictivas al respecto de parte del MINED, pero no constituye una prioridad en los referidos colectivos.
4. La cátedra ha desarrollado numerosas actividades extensionistas en relación al mejoramiento de los estilos de vida de la juventud, incluyendo la prevención del alcoholismo y el cigarrillo, pero estas no se sistematizan.

5. No existe una metodología o estrategia elaborada científicamente para la prevención de la drogodependencia, ni del alcoholismo para los jóvenes, siendo una real necesidad para el territorio.

Resultados de la entrevista a funcionarios del MININT. Departamento Antidroga de la provincia de Guantánamo.

De forma general los funcionarios del MINIT consideraron que el tema de las drogas es sensible y por ello existen determinadas reservas, de la situación actual en relación al empleo de sus diferentes formas de parte de los jóvenes. En general, la tendencia mayor en los jóvenes es al uso del alcohol y el cigarrillo. En estas sustancias debe centrarse la labor de prevención.

El trabajo preventivo en relación a la drogodependencia de parte del Sector de la Salud debe perfeccionarse, aunque en determinados momentos se han desarrollado acciones significativas. Opinaron que para obtener buenos resultados se precisa de una labor intersectorial y multifactorial, vinculando a las diferentes instituciones e la sociedad así como al individuo, la familia y la propia sociedad.

Resultados de la encuesta aplicada a 10 líderes religiosos de diferentes denominaciones de la comunidad de San Justo.

El promedio de edad de estos líderes fue de 43 años. La escolaridad promedio fue la preuniversitaria y la denominación religiosa que predominó fue la de cultos sincréticos. Sus consideraciones fueron las siguientes:

1. La mayoría fue del criterio de que el consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad, incluyendo a los jóvenes, es muy alto.
2. El 90% consideró que la influencia que la familia hace sobre los jóvenes en cuanto a la disminución del consumo de alcohol es escasa.
3. En el 100% de los líderes religiosos de cultos sincréticos refirieron que en las prácticas de los ritos es necesario en algunas ocasiones el consumo de bebidas alcohólicas.
4. Algunas de las acciones referidas que consideraron que pueda mejorar esta situación fueron:
 - Mejorar las ofertas de recreación a la juventud.

- Garantizar que realicen acciones sociales que les ocupen la mayor cantidad de tiempo.
- Incrementar el precio de las bebidas alcohólicas.
- Realizar charlas con los familiares.

Los criterios emitidos por los actores sociales entrevistados evidencian que la situación del consumo de alcohol en los jóvenes guantanameros, en especial los que viven en San Justo es un problema de salud que hay que atender. Las acciones que se deben desarrollar deben integrar los aspectos relacionados con el consumo del alcohol, su repercusión en la violencia y la implicación de la familia en los jóvenes.

Conclusiones parciales del capítulo 2.

Los jóvenes estudiados que fueron los que recibieron atención médica por episodios relacionados con el consumo de alcohol estuvieron entre las edades de 16 a 20 años, mayormente del sexo masculino, de nivel educacional universitario y de procedencia urbana que viven en un territorio con escasas posibilidades de recreación y donde la familia no desarrolla una orientación adecuada.

Los lugares públicos y las fiestas particulares, lugares a los que asisten con frecuencia los jóvenes, constituyeron los escenarios más propicios para el consumo de alcohol.

Dentro de los síntomas más frecuentes estuvieron el estado de descoordinación junto a cefalea, mareos e hipertensión.

Se identificó la necesidad de contar con intervenciones de salud dirigidas a prevenir el consumo de alcohol en los jóvenes que viven en una comunidad con ineficientes relaciones con la familia y en condiciones de vida inadecuadas, lo que favorece esa práctica nociva relacionada con eventos de violencia en quienes además poseen escasos conocimientos.

CAPITULO III. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA DIRIGIDA A LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

En este capítulo se fundamenta un modelo integrador y sistémico por medio del cual se establece una metodología para la prevención del alcoholismo en jóvenes del Consejo Popular San Justo, en el municipio Guantánamo.

Se destaca en el modelo la relación entre sus componentes y el método de acción comunitaria, establecido a través del principio de participación consciente y de sus reglas.

La referida metodología consta de etapas por medio de las cuales se desarrolla el proceso y en la que se manifiesta el tránsito hacia niveles superiores de desarrollo desde una perspectiva integral.

III. 1. Modelos de intervenciones comunitarias y sus contextos de aplicación.

La revisión de trabajos previos así como de publicaciones científicas ha permitido conocer que existen, en el mundo y, particularmente, en América Latina, modelos de intervención comunitaria en los que se revelan aspectos positivos así como negativos (174-180).

Específicamente se han considerado los modelos desarrollados en México, Guatemala, Cuba, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia así como otros sistematizados en diferentes contextos y momentos.

Se ha podido precisar que, desde la década de los años 50, comenzaron a aplicarse modelos de intervención comunitaria basados en los conceptos de: Participación, Involucramiento Comunitario en Salud, Acción Comunitaria, Sociedad Civil e Interfase Social, entre otros. Estos modelos, posteriormente sufrirían cambios sustantivos y en 1978, en la Conferencia de Alma Atá (181) se definiría la Participación Comunitaria como "(...) el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y por aquellos de la comunidad y mejoran la capacidad de contribuir al desarrollo de la comunidad".

Posteriormente, en 1991 aparece el concepto de involucramiento comunitario como "(...) un proceso por medio del cual la gente, tanto individual como en grupos, ejerce su derecho a jugar un rol activo y directo en el desarrollo de servicios apropiados de salud, en asegurar condiciones para mantener mejor salud, y en apoyar el empoderamiento de las comunidades para el desarrollo de salud. El involucramiento de la comunidad en salud implica una alianza entre individuos, grupos, organizaciones y profesionales, en la cual todas las partes examinan las raíces de los aspectos de salud y acuerdan como resolverlos. En cada estado del proceso del desarrollo de salud, todos los participantes juntamente discuten los aspectos y las posibles soluciones y acuerdan un curso de acción" (182, 183).

Por su parte en 1999 surge el modelo de Acción Comunitaria en Salud como: "(...) un proceso completo y sostenible, en el cual cualquier comunidad es involucrada como un socio completo en todos los estados del proceso de atención de salud: identificación de necesidades, selección de prioridades, planeación, implementación y evaluación de forma coordinada. La acción comunitaria para la salud

implica membresía, un rol proactivo de la comunidad y compartir el poder más que meramente la ayuda en cooperación” (184, 185).

En los referidos modelos se evidencia la participación social como el empoderamiento de grupos excluidos y negociados para aumentar su acceso y el control sobre recursos de desarrollo. Se enfatiza en el actuar en forma colectiva, no individual.

Otro de los modelos que fue aplicado en la década de los 80, es el llamado Modelo PRECEDE (186). El referido modelo, de orientación conductista, consideraba la concomitancia o no de aspectos relacionados con la relación causa-efecto, organizados en siete fases:

1. La determinación de problemas comunitarios globales.
2. La precisión de problemas específicos, derivados de la fase anterior.
3. La identificación de conductas específicas relacionadas con los citados problemas específicos.
4. La delimitación de los llamados factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo.
5. La selección del factor o los factores de estudio sometido a la intervención.
6. El desarrollo e implementación del programa de intervención.
7. La comparación de los resultados obtenidos con los deseados, considerando la evaluación como un proceso y no como un resultado.

Es importante enfatizar, a criterio de la autora, que si bien el referido modelo tuvo resultados importantes, el incremento de la complejidad de los procesos sociales y la necesidad de considerar en las acciones de prevención y promoción para la salud diversas disciplinas científicas, hace que se introduzcan elementos entrópicos que limitan su efectividad.

En Cuba, país con un elevado nivel de escolaridad en la población, la aplicación del modelo PRECEDE puede considerar los siguientes aspectos:

- El empleo de disciplinas tales como la Pedagogía (o la Andragogía en su variante para la educación de adultos); la Sociología; la Psicología con enfoque vigostskiano (que es un enfoque psicoeducativo muy utilizado en Cuba); la Antropología; la Demografía y la Epidemiología.
- La consideración del Análisis de la Situación de Salud, orientado en todas las áreas de salud de los consejos populares, permite conocer a priori, los problemas globales, lo que implica un salto

en la fase 1 del modelo así como en la fase 2 al priorizarse los problemas para la elaboración del plan de acción.

- La necesidad de disponer de un diseño general de intervención que responda a las políticas sanitarias del estado y del gobierno y que pueda contextualizarse a las situaciones particulares determinadas en el citado análisis.

Es por ello que la autora considera que deben tenerse en cuenta un modelo que sea más integral y actualizado y que cumpla con la expectativa de lograr un tránsito del estado actual diagnosticado (la llamada zona de desarrollo actual según el enfoque vigotskiano) a un estado deseado o zona de desarrollo próximo, aquel en el cual se produce un cambio en los estilos de vida desde la consideración de lograr la sinergia holística entre conocimientos, habilidades y valores. El modelo conductista PRECEDE limita el cumplimiento del referido objetivo por las razones antes señaladas.

En este sentido, a finales de la década de los 90 surge el modelo mexicano de educación para la salud con Enfoque Integral y Transformador el que considera el desarrollo de procesos de educación para la salud a partir de la problematización, la decodificación y el análisis de las raíces históricas de los problemas, con el objetivo de garantizar un empoderamiento de los implicados en el proceso (187).

El enfoque de este modelo está centrado en la idea de Paulo Freire de la llamada Pedagogía Liberadora y los Métodos de la Participación Centrados en el Desarrollo Humano.

Es importante considerar que este modelo, a juicio de la autora, tiene un diseño lineal organizado en cinco fases: la capacitación del personal interventor; la elaboración del diagnóstico de necesidades de aprendizaje; el diseño del plan de intervención con enfoque de proyecto; el desarrollo del programa y el control del desarrollo del mismo.

Como se observa, este es un modelo que surte efectos en regiones donde no existe un trabajo sólido en materia de salud comunitaria realizado por un equipo de salud como el que existe en Cuba en la Atención Primaria.

Otro aspecto en que debe enfatizarse es que la Pedagogía Liberadora de base del citado modelo es aplicable a países con configuraciones étnicas que se encuentran en medio de conflictos existenciales y de supervivencia, como es el caso de zonas de México, Perú, Brasil y otras regiones en los que existen

sectores de población excluidos y con un insuficiente acceso a los servicios de educativos y de salud primarios.

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados para aplicar estos modelos, se han manifestado las siguientes insuficiencias:

1. La gran variedad de iniciativas de salud que usan la participación comunitaria como estrategia sin el apoyo gubernamental.
2. La complejidad del proceso de participación comunitaria por las profundas diferencias sociales en la región latinoamericana.
3. Las diferencias en entender el significado de participación comunitaria, que se deben a una ambigüedad inherente tanto al concepto y naturaleza de comunidad como al de participación. Como consecuencia de ésta ambigüedad, ni la definición de comunidad ni la conceptualización de participación están acabadas.

Para suplir estas deficiencias se ha trabajado con otros modelos como los de Interfase Social y Sociedad Civil en la búsqueda de la democratización del proceso de participación comunitaria. Se enfatiza en que la efectividad de los modelos de intervención comunitarios depende del enfoque estratégico con que se diseñen (188, 189), en lo que juega un papel determinante el Análisis de la Situación de Salud como el principal instrumento para la toma de decisiones acertadas en la solución de los problemas comunitarios.

En este contexto se considera la Interfase Social como: "(...) el punto crítico de intersección entre diferentes sistemas sociales, campos o niveles de orden social donde las discontinuidades estructurales basadas en diferencias de valores normativos y de interés social se encuentran más frecuentemente determinadas (...) (190). Por su parte la Sociedad Civil, que no debe confundirse con algún término sociojurídico, "(...) es la organización de la población en grupos e instituciones como parte integral del Estado y no incluye las organizaciones estatales y del gobierno (191).

En sentido general la OPS ha identificado tres modelos generales de Intervención Comunitaria en Salud con Participación Social (192):

1. El modelo de participación como colaboración: "la gente voluntariamente o como resultado de un incentivo persuasivo acuerda colaborar con un proyecto de desarrollo determinado

externamente, a menudo contribuyendo con su trabajo y otros recursos a cambio de un beneficio esperado. En ésta forma de entender participación se la visualiza tanto como un insumo y como un medio para asegurar el éxito del proyecto.

2. El modelo de participación como meta específica de los beneficios de un proyecto: Esta forma de participación es dada cuando grupos previamente excluidos son focalizados como beneficiarios, tomando en consideración sus perspectivas y cuando ellos lo aceptan, en cierto grado, a influenciar la dirección y ejecución de proyectos de desarrollo más que meramente a recibir los beneficios del proyecto.
3. El modelo de participación como empoderamiento: Donde empoderamiento puede tener dos diferentes significados:
 - Comprendido como el desarrollo de habilidades y conocimientos para facilitarle a la gente manejar los sistemas de desarrollo existentes en una mejor forma y tener algo que decir en lo que se hace; empoderamiento entendido como construcción de capacidades.
 - Como una política fundamental que le permite a la gente decidir sobre los problemas y tomar acciones que ellos creen son esenciales para su propio desarrollo; por ejemplo un aumento en el poder político, económico, técnico, o intelectual en gente previamente sin poder o marginada.

Un análisis de estos modelos permite arribar a la conclusión de que en el primer modelo la voluntariedad no puede ser espontánea, sino que debe estar precedida de acciones de promoción, en las que no se hace énfasis. Esta cuestión está superada en Cuba, pero aún resultan insuficientes las acciones de este tipo. Por su parte, en el segundo modelo se considera un estrato social de los excluidos, lo que, si bien es cierto en países de Latinoamérica, en Cuba, desde el triunfo de la Revolución, este concepto se ha eliminado.

Otros modelos empleados para las intervenciones comunitarias son los siguientes (193):

- Modelo de Creencia en Salud de Irwin M. Rosentock: basado en la percepción del riesgo, de la amenaza percibida y de los beneficios esperados.

- Modelo Transteórico y de los Estadios de Cambio de James O. Pochaska: que propicia el cambio de conducta por el desarrollo de determinadas etapas.
- Modelo Conciencia de la Salud de Rosentock y Becker: con el que se propone un cambio conductual mediante el convencimiento y la razón y no por simple imitación.
- Modelo de Aprendizaje “Teoría del Aprendizaje Social” de Bandura: que estipula un cambio de conducta mediante la relación individuo-entorno.

Relacionados con estos modelos se encuentran las teorías:

- De Organización Comunitaria de William McGuire: relacionado con las teorías sociales Perspectiva Ecológica, los Sistemas Sociales, las Redes Sociales y el Apoyo Social.
- De cambio organizativo: que centra su accionar en la transformación salubrista de las organizaciones y en la participación proactiva de sus integrantes.

Como se observa, los referidos modelos tienen puntos de contacto así como diferencias. La autora de esta investigación considera que, más que aplicar un modelo específico, es más importante considerar las perspectivas de todos en la conformación de un modelo unificado que responda a las demandas de las situaciones comunitarias diagnosticadas.

Un modelo que posibilita contar con la participación activa y consciente de los miembros de la comunidad es el de empoderamiento, siendo este el que más se adecua a los propósitos de esta investigación, aunque debe destacarse que, según los autores del proyecto PASS/GTZ, 2002 (194), las etapas de una metodología de intervención comunitaria con empoderamiento son determinadas por los siguientes indicadores: Evaluación de necesidades, Liderazgo, Organización, Movilización de recursos y Gestión.

En los modelos analizados debe notarse que se hace poco énfasis en la elaboración de herramientas y métodos adecuados para la aplicación del modelo, dejando al criterio del interventor la forma de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos. Emerge, de este análisis la necesidad de considerar un diseño que parta de las necesidades diagnosticadas, la movilización de motivaciones desde la interfase entre los profesionales de la salud y la población, el desarrollo de técnicas cualitativas (muy poco usadas en el sector de la salud en Cuba) y la evaluación de los resultados, aspectos que no se explicitan en los referidos modelos.

La reconceptualización de Intervención Comunitaria en Salud con participación social, desde el análisis de las insuficiencias de los citados modelos, permitirá generar nuevos espacios para esta participación, concretar los roles específicos de los participantes en los proyectos, determinar el nivel de reconocimiento de las percepciones sociales, emplear mecanismos de diálogo con la implicación de las instituciones del estado y desarrollar una adecuada intervención con carácter educativo.

Estos aspectos, justifican la necesidad de proponer un nuevo modelo de Intervención Comunitaria que tenga un punto de partida en la concepción estratégica desde la Universidad Médica como uno de los centros culturales por excelencia de la sociedad, con la implicación de estudiantes de las ciencias médicas y profesionales, lo que genera una movilización desde la Universidad hacia la Sociedad, rompiendo el concepto de Universidad Intramuros e insertándose en la sociedad con el beneficio de las influencias educativas que contribuyan al mejoramiento del modo de vida de la población, es decir, el nivel de vida, la concepción de vida y los estilos de vida.

En el caso específico de Cuba se ha tenido acceso a la experiencia obtenida en un estudio realizado en el Policlínico "Wilfredo Santana Rivas" del municipio Habana del Este, en el que se han determinado las siguientes insuficiencias (195):

- No existe participación comunitaria, se limita a la colaboración y utilización de los servicios de salud. Esto está dado a que no existen los mecanismos creados por la comunidad y los grupos existentes no funcionan en la práctica.
- La participación predominantemente es individual; la toma de decisiones es a nivel central y los espacios de concertación existentes no son debidamente utilizados.
- La comunidad tiene influencia nula en la ejecución de los programas de salud y una influencia potencial en la evaluación de los mismos.
- El propio responsable es el sistema de salud mismo, dado que existe ausencia de sistemas y adiestramiento en conocimiento y practica de participación comunitaria, tanto en los trabajadores de salud como en los miembros de la comunidad y desconocen elementos importantes del concepto de participación comunitaria. Los sistemas son muy centralizados en la planificación de los programas y recursos, inhibiendo la auto responsabilidad individual y colectiva.

- No se ejecutan plenamente las estructuras establecidas para la participación comunitaria en salud.
- En los diagnósticos de salud no predomina la intervención de todos los actores sociales en la identificación y solución de problemas.

En el Consejo Popular “Dragones” de Ciudad de la Habana fue realizada también una intervención comunitaria (196) sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT): la misma realizó un estudio de caracterización del área de salud sobre la base del tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, ejercicio físico y control de la tensión arterial. Se aplicó una intervención consistente en una capacitación selectiva a profesionales, educación a los pacientes seleccionados con factores de riesgo, selección de posibles promotores de salud entre los pacientes y, sobre la base del apoyo de la ONG Belga “Medicina para el Tercer Mundo”, se lograron modestas transformaciones infraestructurales. Si bien en el desarrollo del referido proyecto se adquirieron algunas experiencias positivas, el proyecto de intervención no estaba sustentado en presupuestos científicos o en algún modelo de desarrollo.

Estos aspectos serán considerados en la propuesta metodológica que se realiza en esta tesis.

III. 2. Fundamentación del modelo preventivo.

La prevención del alcoholismo debe ser una tarea multifactorial. En este sentido la autora coincide con la literatura en la que se manifiestan al menos dos vertientes diferentes; una que separa implícita o explícitamente la adquisición de conocimientos, hábitos, habilidades así como la formación de sentimientos y otras formaciones morales. (197-199).

La otra vertiente plantea que en el proceso socio-educativo las formaciones morales y cognitivas se superponen y se dan en una unidad (200). En consecuencia se defiende el criterio que en el tratamiento de esta problemática deben y tienen que converger obligatoriamente, como elementos estratégicos, diferentes factores sociales, entre los que tendrán papel preponderante las estructuras sociales, la familia y el individuo, como un todo integrado a partir de un estilo único y coherente (201).

Si se toma en consideración la importancia que adquiere en el mundo contemporáneo la búsqueda de alternativas de solución del problema del alcoholismo en la juventud, como un flagelo que azota a la humanidad, se hace relevante el hecho de que los jóvenes integran un grupo con características psicológicas específicas, inherentes a su etapa de desarrollo, en que la opinión e influencia de los

coetáneos posibilitan que se corra el riesgo de dejarse guiar hacia estilos de vida que podrían afectar el futuro de su desarrollo bio-psico-social. Salvarlo de esta situación debe de ser la divisa fundamental que caracterice a la prevención como tarea educativa, en el proceso de orientación general de la personalidad, propiciando las herramientas, métodos y vías necesarias para ayudarlo a aprender cómo evitar insertarse en ese mundo desequilibrado.

La construcción del modelo preventivo debe ser concebida desde una perspectiva más amplia, dinámica e integradora puesto que hasta hoy ninguna disciplina aislada ha podido obtener los resultados esperados en lo referido a la prevención de las drogodependencias en general y del alcoholismo en particular. De ahí que la concepción multidisciplinaria, insertada en los modelos educativos de la Educación Superior, teniendo a la integración como un estilo único y coherente en la relación de subordinación y cooperación de todos los factores, de una manera u otra, dan cuenta del tratamiento a este complejo fenómeno, lo que debe poner a la sociedad en condiciones de encontrar una solución favorable del problema y, en consecuencia, generar mayor calidad de vida en los jóvenes.

Se considera de carácter sistémico y holístico la estructuración del modelo preventivo ya que sus elementos estructurales y funcionales permiten integrar, en un todo orgánico, el proceso multifactorial de las influencias educativas necesarias y suficientes para la prevención del alcoholismo en la juventud.

La filosofía en el aporte de la tesis descansa en el tránsito del modelo que se diseña a la metodología que se aplica, es decir, de lo abstracto-pensado a lo práctico-valorativo, proceso en el que se considera al Método de Acción Comunitaria que se propone según los procedimientos que este sugiere.

Un aspecto importante está referido a la necesidad de definir qué es prevención de drogodependencias. Tradicionalmente cuando se habla de drogas, se piensa de manera automática en las drogas ilegales, y las reflexiones se orientan al tratamiento y la rehabilitación, con lo que se olvida el nivel preventivo y las acciones se orientan a objetivos de más difícil erradicación o mejoría. Por experiencia de la autora de la tesis, existe todavía en Cuba un fuerte tabú al respecto, posición entendida por un sentimiento tradicionalista pero que, afortunadamente, no es un estilo generalizado en la juventud cubana, lo que no la exonera de ser un grupo de riesgo, dados los cambios sociales acaecidos en el país en las últimas décadas.

Son muchas las definiciones que aparecen reportadas sobre prevención en la bibliografía especializada (202-210). En estas definiciones se encuentran como puntos comunes, la necesidad de prevenir, ofrecer conocimientos, evitar el contacto con las drogas, entre otros aspectos. Sin embargo, por la situación de Cuba sobre este particular, la prevención asume un sello de distinción, se considera un problema de la sociedad, de la escuela, la familia y la comunidad.

Ante este reto, para los intereses de esta investigación fue necesaria una nueva definición, de forma operacional, a partir de la sistematización teórica de la literatura consultada y las evidencias empíricas de la autora. Esta definición permitirá entender los propósitos implícitos en el modelo y que se concretan en la metodología.

Prevención de las drogodependencias: Proceso educativo multidisciplinario e integral en el que participan todos los factores que inciden en la formación de la personalidad, con la finalidad de ofrecer conocimientos, vías, métodos y procedimientos para evitar el consumo de las drogas y asumir una conducta ética y responsable en los diferentes contextos de actuación del individuo.

La definición anterior conduce al planteamiento de otra definición, la de Modelo Preventivo, precisamente porque sucede algo similar con el anterior. Se reconoce que en la actualidad en Cuba, los pedagogos han ofrecido valiosos modelos metodológicos, didácticos, pedagógicos que se encaminan a lograr una acertada educación de los estudiantes (211-214). En estas definiciones queda explícito que un modelo debe representar las estructuras y el funcionamiento de un determinado fenómeno o proceso sobre sólidas bases teórico-metodológicas, elementos que hablan a favor de la construcción de una definición operativa y funcional, que se logra por la sistematización teórica realizada por la autora de la tesis y sus experiencias en la labor de prevención de las drogodependencias.

Modelo Comunitario de Intervención para la prevención de la drogodependencia: La presente investigación aporta el modelo que se presenta a continuación donde se sustenta la metodología de intervención comunitaria que se diseñó. Es la representación (figura 1) de las estructuras y funciones que deben caracterizar el proceso de prevención de las drogodependencias, para contrarrestar el uso de las drogas y producir aprendizajes que permitan positivos estilos de vida en los jóvenes, así como para prepararlos para su futuro desempeño como promotores de salud en esta temática.

El modelo abarca tres grandes dimensiones: la social, la metodológica y la de impacto.

Dimensión Social.

La prevención de las drogodependencias implica evitar un problema de salud y es tener en cuenta que esta constituye una enfermedad social.

La prevención de las drogodependencias es atendida tanto por la sociedad en general como por estructuras de la sociedad específicas. Éstas últimas como instituciones encargadas por el Estado en la conducción del proceso de trabajo intersectorial. Toda prevención, bajo condiciones científicas, va dirigida a resolver un problema de la sociedad.

En el contexto de las drogodependencias se entiende que:

Problemas Comunitarios: Son aquellos problemas relacionados con el empleo de drogas y con las limitaciones existentes para hacer frente a este problema.

Dentro de los problemas comunitarios se pueden mencionar:

- La tendencia al incremento del número de jóvenes que consumen algún tipo de droga desde edad temprana.
- La pérdida de valores en la juventud asociado a la incorporación de estilos de vida de sociedades de consumo.
- El poco control de la familia sobre la juventud debido a los problemas de la modernidad.
- La insuficiente aplicación de estrategias de intervención comunitaria dirigidas al perfeccionamiento de los estilos de vida de la juventud.
- La relativa accesibilidad que tienen los jóvenes para adquirir el hábito de consumir drogas (alcohol y tabaco específicamente).

Esto implica que para resolver los referidos problemas se hace necesario definir el objeto que se pretende transformar.

Objeto de la Intervención: Constituyen los campos en los que se despliega la acción transformadora, a saber:

- El nivel de vida (condiciones materiales, calidad de la vivienda, salario, otros).
- La concepción de vida (la cultura en salud del joven, su percepción del riesgo).

- Los estilos de vida (la forma en que el joven materializa en la práctica el nivel de vida y la concepción de vida).

Los estilos de vida de los jóvenes considerados como uno de los campos de Lalonde (215, 216), muy utilizado en el Análisis de la Situación de Salud debe ser comprendido por los futuros médicos que participarán en la aplicación de la intervención comunitaria.

De igual forma, en el modelo es necesario definir, con claridad, cuáles son los objetivos de la intervención de carácter preventivo.

Objetivo de la Intervención. Constituye el propósito o meta a lograr con el desarrollo de las acciones de intervención. Este propósito está encaminado a:

- Proporcionar estilos de vida saludables a los jóvenes potencialmente en riesgo o diagnosticados en estado de riesgo.
- Entrenar a los estudiantes de medicina, a los propios jóvenes y a la familia, en el desarrollo de acciones preventivas comunitarias.
- Contribuir al perfeccionamiento del trabajo socio-comunitario del área de salud correspondiente.
- Disponer de elementos de juicio para difundir los resultados a otras áreas de salud.

La relación **Problemas Comunitarios- Objeto de la Intervención- Objetivo de la Intervención** constituye una tríada dialéctica en la que se manifiesta el nexo entre Tesis-Antítesis-Síntesis. De esta manera, la contradicción dialéctica entre los problemas comunitarios y el objeto de la intervención se resuelven al dar cumplimiento a los objetivos de la intervención.

En este mismo orden de cosas, la Dimensión Social encuentra una expresión de resolución en la relación que se establece entre las Demandas Sociales en materia de salud, dado por las situaciones problemáticas diagnosticadas por el empleo de las drogas de parte de los jóvenes y la Práctica Profesional, por el nivel de respuesta de los profesionales del sector ante estas demandas, las cuales, como se ha planteado, resultan insuficientes. En este sentido, una tesis de partida para el desarrollo de las acciones comunitarias es la determinación de las Necesidades Sociales a partir de un Diagnóstico Social, en cuyo proceso es preciso emplear técnicas cualitativas para la recolección de la información necesaria que posibilite la toma de decisiones acertadas para dar solución a los problemas comunitarios.

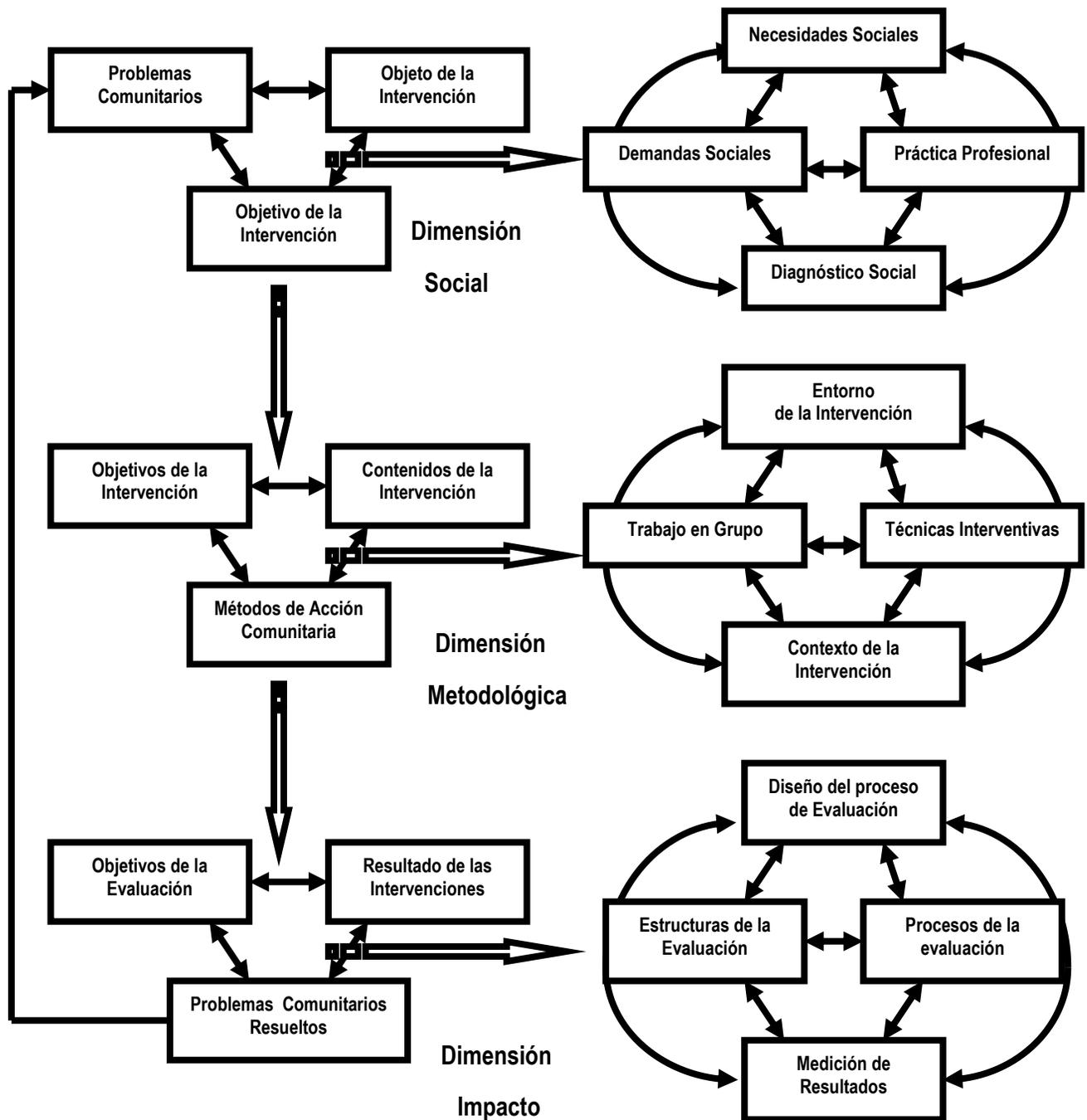


Fig. 1. Modelo Comunitario de Intervención para la Prevención de las Drogodependencias.

El análisis de esta primera dimensión da cuenta del diseño general de un proceso de intervención que se ajusta, contextualmente, a las necesidades diagnosticadas, lo que caracteriza su pertinencia, como cualidad resultante. Lo pertinente resulta también por lo adecuado que deben ser las acciones que se ejecuten para, de manera, individualizada, poder llegar al joven, a la familia y a la sociedad.

Dimensión Metodológica.

Los conceptos educación, promoción de salud y prevención se relacionan y de una manera u otra siempre llevan implícita una finalidad social. La prevención en drogodependencias está dirigida a potenciar el desarrollo integral de la personalidad y el vínculo universidad-comunidad.

El proceso de prevención de las drogodependencias posee acciones e indicaciones de tipo metodológicos a observar por la sociedad y por la universidad, en aras de hablar un mismo lenguaje, que tiene por común denominador la formación integral de estudiante universitario y su incidencia en la sociedad, como parte de un proceso extensionista concreto. La Dimensión Metodológica expresa la operatividad de las acciones planificadas, la forma de instrumentación de estas acciones, las que deben responder a un método específico.

Objetivos de la Intervención: Constituyen las direcciones principales de trabajo a partir de la precisión del objetivo general diseñado en la Dimensión Social. Expresan las metas puntuales que deben lograrse en cada etapa de desarrollo de la metodología de intervención, a saber:

- Elaborar objetivos específicos de cada etapa de la metodología de la intervención.
- Precisar el alcance de cada etapa.

La determinación de los objetivos específicos da paso a la precisión del Contenido de la Intervención.

Contenido de la Intervención: Constituye la categoría que expresa el conjunto de saberes relacionados con: el saber en el sentido gnoseológico, el saber hacer en el metodológico, el ser en el sentido ontológico y el saber convivir en el axiológico.

En este contenido se consideran:

- Los conceptos, definiciones, teorías y modelos que existen en relación con el trabajo comunitario preventivo.
- La dinámica de desarrollo de estos modelos.
- El papel que juega el joven en el desarrollo de las acciones comunitarias.
- El significado y sentido que tienen para el joven incorporarse a este tipo de actividad.

Considerados los Objetivos de la Intervención y el Contenido de la Intervención es necesario precisar la forma operativa de su desarrollo a través del método.

Método de Acción Comunitaria. Principio y reglas.

Se inscribe en la dimensión metodológica del modelo comunitario y recibe el nombre de Método de Acción Comunitaria. Establece la relación de interacción de los jóvenes y los conductores del proceso desde el consenso, la confianza y la coparticipación, integrados de forma holística y expresados mediante acciones y operaciones simbólicamente mediadas en la capacidad de movilizar la acción de los jóvenes mediante un esfuerzo concertado por todos en función del cambio en condiciones específicas:

- Consenso: Cualidad del grupo operativo de llegar a compartir intereses comunes en aras de lograr los propósitos trazados.
- Confianza: Capacidad de interactuar con los demás de forma abierta, dentro del más puro espíritu de la ética y desde el ejemplo personal.
- Coparticipación: Resultado de la conversión de los individual en grupal y viceversa, de lograr una integración sinérgica de intereses comunes.

Con la concepción del Método de Acción Comunitaria se garantiza:

- Elaborar las técnicas de intervención y los procedimientos de su implementación.
- Establecer los indicadores o resultados finales a lograr.
- Describir las etapas del desarrollo de la metodología de la intervención.

Por su parte, el referido método es expresión del Principio de Educación para la Salud, el cual establece que el desarrollo de acciones comunitarias preventivas en dependencia de un diseño pertinente, de acuerdo a una dinámica contextual y validado con criterios de impacto en la práctica social, es parte integrante de un proceso complejo que transita desde el diagnóstico social, el diseño de acciones comunitarias, el desarrollo de estas acciones y la evaluación de los resultados mediante la participación social y considera la integración de los aspectos sociales, psíquicos y biológicos como elemento de base del mejoramiento de los estilos de vida de los jóvenes. Este principio en el cual se sustenta el Método de Acción Comunitaria, que propone la autora y que obedece a las siguientes reglas holísticas:

1. Aplicación de procedimientos participativos.

2. Aprendizaje asistido por los recursos de las tecnologías de la información y las comunicaciones y la gestión de la información y el conocimiento.
3. Aprendizaje como resultado del trabajo colectivo y síntesis de la relación individuo-grupo.
4. Proceso extendido, de forma sostenida, a la evolución futura del joven, con la incorporación de este a la vida laboral y con un programa de desarrollo individual.

De igual forma, se constituye una relación dialéctica entre Objetivos de la Intervención-Contenido de la Intervención-Método de Acción Comunitaria de forma tal que se manifiesta lo que debe hacerse para incorporar el contenido de la intervención al proceso y dar solución a los objetivos previstos. Esta dimensión tiene como cualidad resultante el Contexto, ya que el mismo se desarrolla en dependencia de las necesidades diagnosticadas. En la referida relación dialéctica resaltan las características del desarrollo de un proceso en el que se considera el sistema de relaciones propios del entorno y los acontecimientos asociados a la intervención. De esta forma se concreta en el **Entorno de la Intervención** que es una cualidad espacial en la cual se desarrolla la intervención y en la que se determina el sistema de relaciones entre los implicados y la estructura del citado proceso y en el **Contexto de la Intervención** que es una cualidad temporal caracterizada por los acontecimientos y la duración del proceso de intervención.

La relación entorno-contexto se concreta, en la práctica, en el nexo estructura-función de la metodología de intervención.

Dimensión Impacto.

El impacto de un proceso se mide por la calidad del cumplimiento de los indicadores establecidos para su desarrollo y en dependencia del equilibrio entre eficiencia, eficacia y efectividad.

En este sentido, la determinación del impacto transita por un proceso evaluativo a corto, mediano y largo plazo (217), en el que se considera el siguiente modelo (figura 2).

El desarrollo del proceso evaluativo depende, en alto grado, de su diseño. Aquí se determinan los objetivos de la evaluación, los contenidos de la evaluación, los métodos de la evaluación y los medios por conducto de los cuales se realizará la evaluación.

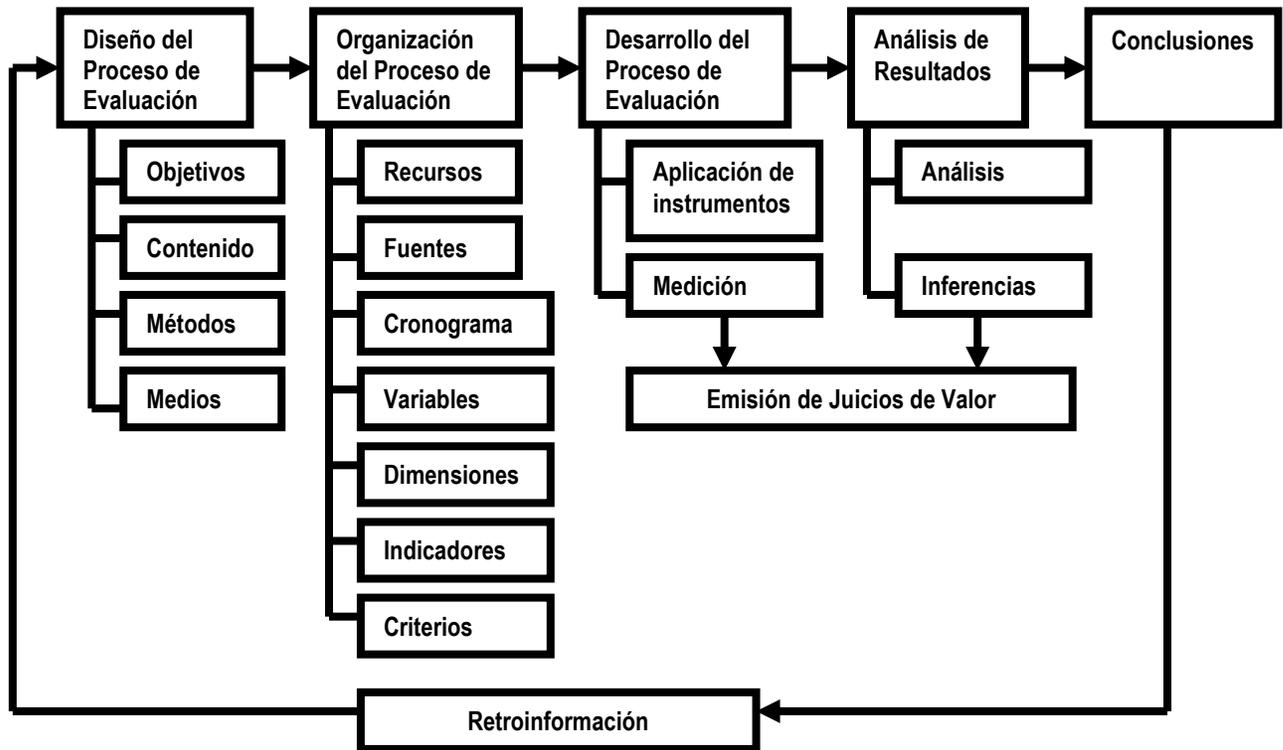


Fig. 2: Modelo de Evaluación del Impacto. Fuente: Alfredo de la A. Izquierdo Hernández. Tesis Doctoral, 2008.

Al determinar los objetivos debe seleccionarse el contenido a evaluar, las habilidades y los valores implícitos en los objetivos así como debe tenerse una primera aproximación de la conformación de los instrumentos de evaluación. El diseño de la evaluación implica, por tanto:

- Considerar las interrogantes: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿A quién?, ¿Dónde?, ¿Con qué? y ¿Para qué?
- Estructurar los instrumentos apropiados de acuerdo con los objetivos de la evaluación.

Una vez diseñado el proceso evaluativo se pasa a la organización del mismo. Para ello deben responderse las siguientes preguntas:

1. ¿Con qué recursos se cuenta para desarrollar el proceso evaluativo?
2. ¿Cuáles serán las fuentes de obtención de la información necesarias?
3. ¿Qué cronograma se seguirá en el desarrollo del proceso?
4. ¿Qué variables serán objeto de medición?
5. ¿Cuáles serán las dimensiones a considerar en el proceso?
6. ¿Qué indicadores serán suficientemente representativos de estas dimensiones?

7. ¿Qué criterios de evaluación se emplearán?

De esta forma se valoran los recursos humanos (tanto quien evalúa como quienes son evaluados), los materiales (hojas, bolígrafos, papelógrafos, plumones y otros), los ordenadores puestos en función del desarrollo del proceso y el medio ambiente en que se realizará la evaluación.

Asimismo las fuentes de obtención de la información pueden ser directas o indirectas. En el primer caso se trata de los propios actores principales de los procesos mientras que en el segundo caso se trata de los criterios de otras personas, quienes emiten juicios valorativos.

El cronograma de evaluación es importante y debe ser respetado por todos. La evaluación ha de comenzar y culminar en la hora prevista para contribuir a un favorable ambiente psicológico.

Durante el diseño de la evaluación es importante precisar las dimensiones, es decir los campos dentro de los cuales existen los indicadores y donde se manifiesta la contradicción existente entre el indicador y lo indicado. De esta forma las dimensiones pueden ser del orden cognoscitivo-epistemológica, axiológica, técnico-científica, filosófica, metodológica, didáctica, económica, o reflejar aspectos tales como características personales, actitudes, etc. La precisión de las dimensiones contribuye significativamente a la determinación de los indicadores (218).

Los indicadores deben reflejar elementos de estructura, de proceso y de resultado y proporcionar una imagen del estado y de la calidad de la organización del proceso que se evalúa.

Una vez conocidas las variables, las dimensiones y los indicadores es necesario determinar los criterios de evaluación de estos. Estos están relacionados con escalas de medición que indican el grado de manifestación del indicador con relación a un referente.

Es preciso que en este proceso se realice un corte temporal para evaluar la marcha del mismo y determinar el estado del objeto evaluado en diferentes momentos. En éste y otros casos se valoran los instrumentos en la búsqueda de una retroinformación que permiten rectificar las acciones diseñadas, lo que cierra el círculo. Luego es necesario precisar indicadores y criterios de evaluación que permiten medir el estado del objeto evaluado. Esta medición es la que posibilita establecer un juicio de valor para la posterior síntesis y poder así emitir de inferencias con relación a la actividad que se está evaluando.

En la Dimensión Impacto se considera el nexo entre la tríada dialéctica Objetivo de la Evaluación-Resultado de la Evaluación-Problemas Comunitarios Resueltos, lo que expresa que las acciones

comunitarias desarrolladas deben tener una expresión resolutive en la medición de los resultados del proceso y cuando se compara el antes y el después, lo que indica el salto cualitativo logrado, es decir, el impacto el que, como se dijo, puede ser a corto, mediano o largo plazo.

Objetivos de la Evaluación: Constituye la categoría por medio de la cual se realiza la constatación del cumplimiento de los objetivos trazados según las etapas de desarrollo planificada. En la misma se tiene en cuenta:

- La calidad del desarrollo del proceso evaluativo.
- La determinación de las barreras que limitan el desarrollo óptimo del referido proceso.
- El cumplimiento de las tareas desglosadas en la intervención.

En este proceso que se modela es pertinente la consideración de las transformaciones realizadas, primero de forma parcial, y posteriormente en función del cumplimiento de los objetivos generales.

Resultado de la intervención: Es la categoría que expresa el cambio en función de lo planificado y cuando se cumple la planificación del proceso de intervención según lo previsto. En el resultado se cualifica, parcialmente, el cambio en condiciones específicas en dependencia de:

- La relevancia de los registros realizados ex –post al proceso.
- El alcance de la intervención al considerar la inclusión del joven y su familia.
- La posibilidad de profundizar en el estudio realizado, a partir de considerar las metas alcanzadas como punto de partida.

Problemas Comunitarios Resueltos: Constituye la categoría que representa el propósito general cumplido, la verificación de las expectativas y la transformación radical del objeto. Estos, como se ha planteado, se obtienen en tres momentos:

- A corto plazo, al determinarse la magnitud de la brecha salvada al momento de culminarse el proceso de intervención, al evaluarse los criterios de los participantes.
- A mediano plazo, desde la consideración de las transformaciones en períodos posteriores correspondientes a etapas predefinidas.
- A largo plazo, al medirse el impacto de la intervención, en el cambio de los estilos e vida de los jóvenes y su incorporación al proceso en calidad de actores principales.

En la dimensión Impacto del modelo se establece el nexo entre el diseño del Sistema de Evaluación según las características descritas anteriormente y la Medición de los Resultados, lo que se relaciona con la dialéctica que se establece entre la estructura y el proceso de la evaluación.

Es importante considerar el carácter sistémico del modelo y su cierre al comprobarse el salto cualitativo entre el estado inicial, donde se diagnosticaron insuficiencias y el deseado, aquel en el que se cumplieron los objetivos generales propuestos.

El carácter sistémico del modelo se explica a partir de las siguientes características (219):

- **El carácter recursivo:** Las categorías de las configuraciones en el sistema de relaciones de las dimensiones son de similar naturaleza.
- **El carácter entrópico:** Las influencias externas son controladas desde el diseño del proceso de intervención comunitaria.
- **El carácter autopoietico:** Las características holísticas del sistema de relaciones entre las configuraciones determina el auto-desarrollo del proceso de intervención.
- **El carácter homeostático:** El sistema de relaciones entre las categorías es equilibrado en la misma medida en que se desarrolla su dinámica, en el tránsito del diseño al desarrollo y de este a la evaluación.
- **El carácter sinérgico:** Se evidencia que el desarrollo de la intervención se concibe en su totalidad. Los elementos aislados del proceso no determinan su auto-desarrollo y el resultado es superior a la simple suma de sus partes componentes.

Asimismo la relación estructura-función del modelo es sistémica porque:

- La estructura manifiesta una lógica interna y cada componente de la intervención comunitaria juega un rol específico.
- El funcionamiento de la intervención comunitaria es autopoietico en la misma medida en que se auto-desarrolla.

III. 3. Metodología de intervención comunitaria en prevención del alcoholismo en los jóvenes.

La metodología diseñada por la autora en esta investigación tiene como objeto la prevención del alcoholismo en los jóvenes. Las misma concreta en la práctica, las fases del modelo preventivo

desarrollada en el epígrafe anterior, revelando las regularidades y las cualidades holísticas y sistémicas de la misma como elemento novedoso del proceso de intervención comunitaria. El objetivo de la metodología está encaminado a propiciar un intercambio mediante el desarrollo de un sistema de trabajo interventivo y participativo centrado en la comunicación en el que se analicen los factores causales que condicionan las afecciones asociadas al consumo de alcohol, desde el punto de vista clínico y epidemiológico, de manera tal que se contribuya a incrementar el nivel de conocimiento de los jóvenes, su compromiso e implicación en la mejora de sus estilos de vida.

Por otra parte, sus fundamentos teóricos-praxiológicos se encuentran en:

1. La pertinencia del diseño según las necesidades diagnosticadas en los jóvenes.
2. La acción participativa consciente de estos en el proceso de intervención.
3. La multidimensionalidad en el tratamiento de las relaciones causales del problema que se investiga.
4. El abordaje crítico y la reflexión de los aspectos analizados.

Las cualidades de la metodología son:

- Se constituye en un proceso necesariamente presencial.
- Se emplean como recursos las vivencias personales de los jóvenes y las historias de vida.
- Se implica en el proceso interventivo al joven y a su familia.

Para entender el carácter sistémico de la metodología es necesario determinar la relación que se manifiesta entre sus fases, la forma de organización de estas y las fuentes de verificación.

Fases de la Metodología.

Fases de la Metodología	Forma de Organización	Fuentes de verificación
1. Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Estudio de casos. • Aplicación de instrumentos. • Intercambio de impresiones. • Planteamiento de pautas para el diseño del proceso de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinada la estructura del equipo y sus roles. • Elaborados los instrumentos de medición. • Analizados los casos específicos. • Realizadas inferencias generales. • Establecidas las estrategias generales del proceso de intervención.

2. Diseño de la Intervención	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinación de objetivos. ● Elaboración del flujograma de desarrollo del proceso de intervención. ● Identificación de funciones y precisión de los roles. ● Elaboración de la dinámica del proceso (técnicas de trabajo en grupo y procedimientos). ● Diseño del sistema de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinados los objetivos generales y los específicos y socializados con el equipo. ● Elaborado flujograma del proceso de intervención. ● Establecidas las responsabilidades de cada participante. ● Analizado el algoritmo de trabajo según métodos. ● Establecido el sistema de evaluación por etapas de desarrollo.
3. Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ● Encuadre. ● Aplicación de instrumentos. ● Socialización de los resultados. ● Discusión del flujograma. ● Planteamiento de situaciones problémicas. ● Discusión de casos. ● Análisis de los resultados. ● Elaboración de estrategias y metas. ● Balance general de la actividad. ● Propuesta de nuevas acciones. ● Cierre con lectura de la relatoría. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizada presentación del grupo de participantes. ● Aplicados los instrumentos de expectativas. ● Discutidos los resultados de los instrumentos. ● Analizado y aprobado el flujograma de la sesión de trabajo. ● Planteadas las situaciones problémicas. ● Discutidos los casos de análisis. ● Propuestas las vías de solución a los problemas discutidos. ● Analizada la marcha de la sesión de trabajo. ● Presentadas perspectivas futuras. ● Leída la relatoría de la sesión.
4. Evaluación*	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicación de los instrumentos de evaluación por etapas. ● Analizar los resultados. ● Comparar estado inicial con el final. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicados los instrumentos. ● Intercambio de experiencias y valoración de expectativas generales. ● Evaluación de participantes y conductores del proceso. ● Elaboración de proyectos individuales de desarrollo.

Fuente: Elaboración de la autora. * La evaluación se considera en su carácter de proceso y de resultado.

Análisis de las etapas de la metodología.

A continuación se explican cada una de las etapas según la lógica de desarrollo de la metodología para la intervención comunitaria.

Diagnóstico Social.

La aplicación de la fase 1 de Diagnóstico Social parte del intercambio inicial con los jóvenes participantes de la intervención. Este intercambio, asimismo, se realiza de forma individual y grupal con los facilitadores. Se sugiere la utilización de estudiantes de Ciencias Médicas. En esta investigación participaron estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina seleccionados por ser miembros de la Cátedra de Prevención de Drogodependencias y por su rendimiento académico, previa coordinación con el Departamento de Extensión Universitaria de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo.

La autora de la tesis es la Presidenta de la Cátedra y por su experiencia pudo comprobar que la participación de estos estudiantes en la intervención fue un elemento importante de preparación como futuros profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Se elabora una caracterización de los jóvenes en la que se identifican las brechas existentes y que serán atendidas durante el desarrollo de la intervención.

Diseño del Proceso de Intervención.

Una vez caracterizado cada participante, se realiza el diseño del proceso, en el que se analizan los problemas diagnosticados en el territorio donde se aplique la intervención en relación al alcoholismo de los jóvenes. En esta fase se: precisan los casos de estudio, se definen los problemas a resolver, se delimita objeto de estudio y se elaboran los objetivos generales y específicos.

A continuación se pasa a la realización del algoritmo general de trabajo mediante la concepción del flujograma general de los eventos y de las responsabilidades de cada participante. También se valoran las expectativas de estos. Una vez valoradas estas expectativas se procede a colocarlas en un papelógrafo a la vista de todos para darles un seguimiento sistemático y continuo.

La principal cualidad del referido flujograma es que da una idea general de la intervención desde su inicio hasta su culminación, indicando los diferentes momentos por los que transcurre el proceso, ubicando a los participantes en espacio y en tiempo y destacando el rol que desempeña cada uno en el evento planificado. El flujograma contiene un conjunto de instrucciones secuenciales, las que se les entregan a cada uno y que consisten en indicaciones metodológicas de cómo resolver las diferentes situaciones problemáticas diagnosticadas relacionadas con los casos en estudio. En el próximo Capítulo se presenta el flujograma de la intervención aplicada en el Consejo Popular de San Justo (ver figura 3)

Finalmente se realiza un análisis de la pertinencia de los materiales de apoyo, tanto en formato plano como digital. Estos materiales (libros, folletos, guías de estudio, publicaciones, otros) son accesibles a cada participante, los que aparecen, además, en una carpeta de la computadora del equipo de trabajo.

Desarrollo del Proceso de Intervención.

Como su nombre indica, en esta etapa se concretan las acciones planificadas. Para ello se emplea el recurso del estudio de los casos, con lo que se pretende transformar el objeto de estudio. En esta etapa se desarrollan los flujogramas y las instrucciones secuenciales según lo planificado. Un importante momento de esta etapa radica en la recopilación y organización de los datos, la transformación de estos en información y su posterior conversión en conocimiento. Los datos, correspondiéndose con los casos en estudio, se recopilan a partir del diagnóstico realizado y de las propias vivencias de los participantes.

Se analizan, sintetizan e interpretan los estudios realizados, para lo cual se sigue el siguiente procedimiento:

1. Desarrollo de un intercambio de encuadre inicial con los jóvenes en el que se realiza la presentación de todos.
2. Establecimiento del momento de "Expectativas".
3. Propuesta del flujograma general.
4. Orientación del trabajo en equipo así como del trabajo individual.
5. Desarrollo de las tareas orientadas.
6. Valoración de los resultados.

Como se ha planteado, este procedimiento sigue la línea directriz en la que los jóvenes participan de forma activa, crítica y reflexiva en el análisis y la síntesis de los casos en estudio y en la propuesta de solución a los problemas, escuchándose criterios, vivencias, experiencias y aplicando las alternativas que demande la situación en cuestión. En función de ello se toman las decisiones pertinentes y se procede a su ejecución.

Evaluación de la Intervención.

Con la evaluación, correspondiente al nivel de Retroinformación, se contrasta el nivel de entrada con el de salida así como se valora la estructura, el proceso y el resultado.

Un primer momento consiste en el propio análisis, por parte del grupo, de las características de la intervención, intercambiándose criterios y reflexionando en torno a las relatorías y los sucesos descritos en ellas.

En este momento se valora el cumplimiento o no de las expectativas y se realiza la autoevaluación de cada participante. Una alternativa para incrementar la efectividad de este proceso es la vinculación de cada criterio a las propias vivencias de los participantes, siempre que esto sea posible. También pueden elaborarse proyectos de vida y discutirse.

Sirven de referentes para esta evaluación:

1. Asistencia de los participantes. Puntualidad y permanencia.
2. Participación en las actividades planificadas. Calidad de las intervenciones.
3. Resultados de las evaluaciones parciales.
4. Criterios de los otros participantes y de los facilitadores.
5. Resultados de la autoevaluación de los participantes.
6. Elaboración de los proyectos de desarrollo individual de cada participante.

Es importante considerar la dialéctica de la relación método-metodología. La misma consiste en el tránsito del diseño al método y de este a la evaluación así como en la concreción de este en un proceso que tiene un desarrollo dialéctico en espiral y con ayuda del cual se logra, como cualidades resultantes, la pertinencia, la contextualización y el impacto en la satisfacción de las necesidades de los participantes que y en el perfeccionamiento de sus estilos de vida.

Esta dialéctica es contentiva de la contradicción general existente entre la teoría y la práctica, entendiendo al método como una categoría abstracta y a la metodología como su expresión práctica, lo que posibilita la solución de otras contradicciones particulares tales como la que establece la relación entre lo individual y lo grupal, lo general y lo particular, lo interno y lo externo, lo que conduce, según los presupuestos de partida de esta tesis, al incremento de la calidad de vida del joven.

Se destaca en la metodología la estructuración de un sistema de acciones que transita desde lo concreto-pensado en el método hacia lo práctico-valorativo en la implementación de sus procedimientos.

Asimismo se refuerza la idea de que la línea directriz de su desarrollo es el perfeccionamiento de los estilos de vida, el conocimiento de los factores causales de las afecciones relacionadas con el consumo desmedido de bebidas alcohólicas y el comprometimiento en ser mejores en lo individual y en lo social.

Conclusiones del Capítulo 3.

El modelo propuesto se fundamenta en la teoría holístico-configuracional y considera la contradicción esencial existente entre el carácter multidimensional del proceso salud-enfermedad y la proyección socio-comunitaria de la metodología de intervención en salud así como las relaciones que dimanen del proceso en el diseño, en su dinámica y en su evaluación. En el modelo en cuestión se establece el tránsito de un diseño contextual a una dinámica activa y de esta a una evaluación holística en donde se estructuran las relaciones que singularizan el proceso de intervención comunitaria en los jóvenes, destacándose como elemento novedoso el Principio de Educación para la Salud con ayuda del cual se concibe el Método de Acción Comunitaria para la prevención del consumo de alcohol en los jóvenes que establece las fases de la metodología y que se concretan en ella. El nexo entre el modelo de drogodependencia y el método de acción comunitaria para la prevención del consumo de alcohol se concreta en la metodología que se desarrolla, siendo el método la categoría más dinámica de la misma y la que desencadena el proceso de intervención comunitaria.

La intervención como proceso educativo se fundamenta en esta metodología según determinados procedimientos y niveles de desarrollo y encuentra su concreción lógica en el las acciones de intervención como expresión de un proceso sinérgico, participativo y horizontal en el que se encuentran jóvenes en situación de aprendizaje, a partir del cual se perfecciona la cultura de los mismos en materia de salud y se contribuye a mejorar su calidad de vida, pudiendo encontrarse el mismo en condiciones de desempeñarse como un promotor de salud.

La metodología se desarrolla según las fases previstas y se constituye en un proceso dialéctico, complejo, holístico, sistémico y consciente por medio del cual se logra el crecimiento continuo del joven que participa en el proceso.

CAPÍTULO IV. APLICACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN JÓVENES DEL CONSEJO POPULAR SAN JUSTO EN GUANTÁNAMO.

En este capítulo se exponen los resultados de la aplicación de la metodología en un área de salud del Policlínico “Mártires del 4 de abril” del Consejo Popular San Justo, en el municipio Guantánamo.

Se declara la forma en que se seleccionó el grupo de trabajo así como la muestra de los jóvenes a los que se les aplicó la metodología. Se presentan los principales resultados obtenidos a corto plazo con el desarrollo de la referida metodología basada en la aplicación de métodos cualitativos y los resultados de la validación de la misma por criterio de expertos mediante el Método Delphi.

IV. 1. La metodología y su aplicación en un área de salud del Consejo Popular San Justo.

En esta investigación se utilizó una triangulación metodológica teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la caracterización que se hizo del Consejo Popular de San Justo, el cuestionario aplicado a los 122 jóvenes del referido consejo popular y la entrevista a los 64 jóvenes del mismo consejo popular lo que permitió tener una visión sobre el territorio donde se diseñó y aplicó la intervención. Esto permitió hacer una valoración de la pertinencia de la metodología empleada para su materialización en la práctica.

En la literatura de métodos de investigación social existe una larga tradición que preconiza el uso de técnicas de triangulación (220) o validación convergente de los resultados obtenidos durante el trabajo de campo. El fundamento de estas técnicas subyace en la idea de que cuando una hipótesis sobrevive a la confrontación de distintas metodologías tiene un grado de validez mayor que si proviene de una sola de ellas. En específico se ha empleado la triangulación de datos, lo que supone el empleo de distintas estrategias de recogida de datos. Su objetivo es verificar las tendencias detectadas en un determinado grupo de mediciones (221).

Se evaluó la estrategia de intervención mediante las dimensiones generales descritas en la propia concepción del modelo y se presentan los resultados de otros aportes realizados en el campo que se investiga.

IV. 2. La selección del equipo de trabajo y su preparación en un grupo focal.

Se seleccionaron 10 estudiantes del segundo año de la carrera de Medicina pertenecientes a la Cátedra de Prevención de Drogodependencias para entrenarlos en el desarrollo de la metodología en el referido consejo popular. Las razones para esta selección se fundamentan en la necesidad de incorporar a estudiantes de Ciencias Médicas, desde el proceso formativo, a las acciones de carácter comunitario.

Esta selección se hizo de acuerdo a los siguientes criterios:

De inclusión:

- Pertenecer a la Cátedra de Prevención de Drogodependencias de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo.
- Buen índice académico
- Con interés en participar en la investigación.

De exclusión:

- Que estuvieran desarrollando otros tipos de estudio.

Grupo Focal realizado con los estudiantes de 2^{do} año de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo durante su preparación para la intervención comunitaria.

Presentación y saludo.

Procedimiento: Explicación del objetivo de la actividad que consiste en un intercambio para conocer sus opiniones sobre las diferentes consideraciones que existen sobre las drogodependencias en general y sobre el alcoholismo en particular en los jóvenes, a partir de preguntas y respuestas formuladas por cualquiera de los participantes.

Metodología:

- Se conformó el grupo con 10 estudiantes.
- El coordinador selecciona un relator en el grupo para que este elabore la relatoría de las actividades realizadas.
- Se seleccionan dos observadores, los que recogerán el estado emocional del grupo por medio de manifestaciones verbales y extra-verbales.
- Se sentarán en círculo, cada uno deberá interesarse por las opiniones ajenas; escuchar

mientras otros hablan; respetar los criterios ajenos; no atacar al compañero.

- La sesión durará entre 30 y 45 minutos.

1. Encuadre: (Introducción)

Caracterización general y somera de las drogodependencias, con énfasis en el alcoholismo y su incidencia social en la juventud. (Coordinador). Se utiliza un papelógrafo colocado en la pizarra. No más de 5 minutos.

¿Cómo se sienten en sentido general para afrontar el trabajo preventivo sobre drogodependencias con otros jóvenes?

Se plantea pensar unos minutos en el accionar futuro.

- ¿Qué es lo primero que te viene a la mente?
- ¿Qué podría pasar contigo si imaginaras que pudieras ser un drogodependiente?
- ¿Cómo te sentirías? Expresa los motivos, aspiraciones, intereses que te llevarían a escoger ese camino.

2. Desarrollo:

- ¿Te gustaría estudiar y estar preparado en esta temática? ¿Por qué?
- ¿Qué nivel de conocimiento informativo tienes sobre el fenómeno de las drogodependencias en la adolescencia y la edad juvenil?
- ¿Por qué decidiste conocer sobre las drogodependencias?
- ¿Desde cuándo y cómo recuerdas que empezaste a interesarte por esta temática?
- ¿Tus profesores te han servido de modelo para desarrollar el trabajo preventivo en esta dirección?
- ¿Cómo se comporta tu familia cuando se aborda esta temática, está de acuerdo contigo o no se mete en eso?
- ¿En este proceso de prevención consideras que has recibido orientación, has sentido la ayuda de la escuela (colectivo de año) y de las organizaciones FEU/UJC?

Se plantea, en un flujograma, los pasos de la metodología y se reparten los roles de los miembros del equipo en el desarrollo de la misma.

3. Cierre.

- ¿Cómo te sentiste en la actividad?
- ¿Qué propones para otra sesión de este tipo?
- ¿Qué aspectos específicos te gustaría abordar?

Si tuvieras que evaluar esta actividad en una escala del 1 al 5, ¿qué evaluación ofrecerías y por qué?. Se considera que la categoría 5 expresa la mejor calificación y 1, la peor.

IV. 3. Aplicación de la metodología de intervención en jóvenes del Consejo Popular San Justo.

Una vez entrenado el equipo de trabajo conformado por los 10 estudiantes y la facilitadora, se procedió a la aplicación de la metodología en el referido consejo popular.

La metodología de intervención se aplicó a 20 de los 64 jóvenes que consintieron en continuar en la investigación. La selección de los mismos se realizó al azar y el número estuvo en correspondencia con la factibilidad real de seguir al grupo en el momento en que por primera vez se aplicó dicha intervención.

Fase 1: Diagnóstico Social.

Se consideraron los resultados de los instrumentos de diagnóstico aplicados y explicados en el capítulo dos de la tesis. Como resultado de ello se pudieron sintetizar, al triangular metodológicamente los datos obtenidos en los referidos instrumentos, las siguientes regularidades:

Regularidades de la triangulación

1. En los Análisis de la Situación de Salud no se declara el alcoholismo en los jóvenes como un problema de salud.
2. No se tiene una clara percepción del alcoholismo en los jóvenes de las áreas de salud del policlínico.
3. No se aplican estrategias o metodologías de trabajo comunitario en relación a la prevención de la drogodependencia en los jóvenes.
4. Existe una insuficiente preparación de los profesionales de la salud en relación a la temática e la drogodependencia.

Las insuficiencias diagnosticadas anteriormente justificaron la necesidad de realizar una intervención de carácter comunitario relacionada con el tema de las drogodependencias en general y, en especial, del

alcoholismo en la juventud guantanamera, cuyos problemas de salud fueron diagnosticados, en más de cien jóvenes, como se detalla en el Capítulo 2 de esta tesis.

El diagnóstico indica que, siguiendo las ideas expuestas en la idea a defender de esta investigación, es posible contribuir al perfeccionamiento de los estilos de vida de la juventud y disminuir en ella el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas para la salud.

Desde estos presupuestos se pasó al desarrollo de la siguiente fase.

Fase 2: Diseño de las sesiones de trabajo en la Intervención.

Objetivo General: Propiciar el comportamiento responsable con relación al consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes del Consejo Popular “San Justo”, Guantánamo.

Objetivos específicos:

1. Brindar información acerca del alcohol y sus repercusiones
2. Mejorar el afrontamiento a situaciones de riesgo
3. Potenciar la salud comunitaria a partir del efecto multiplicador de los jóvenes participantes en la intervención.

Metodología de Trabajo

- Tiempo de ejecución 12 sesiones (6 semanas)
- Escenarios propios de la comunidad
- Dirigido a jóvenes con problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas

Descripción de los procedimientos en las sesiones de trabajo.

Introducción

- Técnica de presentación (te escogí porque...): Con esta técnica, que aparece reflejada en numerosas fuentes bibliográficas de estudios cualitativos, se da la oportunidad al joven para que manifieste su sentido de empatía con otros. En la misma, reunidos en círculo, cada uno expone los criterios mediante los cuales selecciona su preferencia con relación a otro joven, del mismo sexo o de sexo opuesto.
- Establecimiento de las normas para el trabajo grupal: En este caso los facilitadores explican las características del trabajo en grupo: la selección de un jefe de grupo, de un relator general,

de los jefes de equipo y de un controlador del tiempo, así como se explican las instrucciones secuenciales y el papel del flujograma en el desarrollo del proceso.

- Presentación de las características del programa propuesto: Los facilitadores presentan los temas que serán objeto de discusión y análisis y los somete al criterio de los jóvenes, los cuales emiten sus ideas. Este es un momento para establecer un compromiso colectivo en aras de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en las sesiones de trabajo.
- Se toma en consideración los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico para la identificación de las brechas de conocimientos sobre drogodependencias y en particular de alcoholismo.
- Debate acerca de la realidad del consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad: esta técnica está presente a lo largo del desarrollo de todas las sesiones de trabajo. Se considera que lo esencial no es la transmisión de información sino el análisis valorativo que se haga de las temáticas en estudio y los criterios que emitan los jóvenes al respecto, de lo que se pueden extraer experiencias valiosas para el cambio de conducta en los participantes.

Programa de Intervención.

Sesiones	Temas	Contenidos
1	Introducción	Etapas diagnóstica y de socialización del grupo
2	Alcoholismo: Enfermedad social	Alcohol como droga y sus repercusiones
3	Estilos de afrontamiento a situaciones conflictivas	Análisis de historias de vida
4	Violencia como consecuencia del consumo irresponsable de las drogas (alcohol)	Proyección del filme "Ciudad de Dios"
5	Sistematización de experiencias	Repercusiones negativas del consumo de alcohol
6	Influencia de la música en el contexto comunitario para un consumo responsable de bebidas alcohólicas	Video debate sobre Reguetón

7	Sistematización de experiencias	Talentos musicales perdidos por el consumo de drogas
8	El deporte como alternativa saludable para la prevención del consumo irresponsable de alcohol	Deportes y deportistas preferidos
9	Sistematización de experiencias	Alternativas para el empleo del tiempo libre
10	La importancia de la familia en la educación de los jóvenes en cuanto al consumo de alcohol	Proyección del filme "Gánster americano"
11	Sistematización de experiencias	Repercusiones negativas del consumo de alcohol en el funcionamiento familiar
12	Cierre	Aplicación del Cuestionario Posterior a Intervención Técnica de cierre (El juicio) Actividad recreativa

En las sesiones de sistematización (5ta, 7ma, 9na, 11na) se consolidan los contenidos y se fortalece el compromiso de los jóvenes y de la familia en la solución de los problemas relacionados con el consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.

Es importante considerar los criterios de pertinencia de estos temas seleccionados para el desarrollo del proceso interventivo.

1. La consideración del alcoholismo como una enfermedad social modifica el criterio generalizado de que existe el llamado bebedor social. La temática posibilita mostrar los efectos negativos del consumo desmedido del alcohol para la salud del individuo, la familia y la comunidad y todas las consecuencias que acarrea la existencia de un alcohólico en la familia.
2. El análisis por los jóvenes de las diferentes historias contribuye a afrontar las situaciones de conflicto y potencia un adecuado clima psicológico.
3. Siendo la violencia familiar uno de los productos más generalizados del alcoholismo, el tratamiento de esta problemática permite que el joven comprenda la necesidad de ser

responsable con su salud y con la salud de los demás, con todas las implicaciones sociales, éticas y jurídicas que ello implica.

4. La discusión acerca de los diferentes ritmos musicales, de acuerdo a los patrones actuales, contribuye a que el joven identifique como buenas aquellas canciones que exalten textos poéticos, educativos, patrióticos y populares alejados de vulgaridades y mensajes no saludables.
5. El tratamiento del tema del deporte es importante dado que la práctica del ejercicio físico y de actividades deportivas se constituye en un medio sano de emplear el tiempo libre excluyendo el consumo de alcohol.
6. Finalmente el tema de la familia contribuye a que los jóvenes comprendan los roles de cada miembro de la familia la necesidad de garantizar el equilibrio en la misma a lo que se denomina salud familiar. Este tema además sirve de catalizador a los familiares de los jóvenes que participan en la intervención.

De forma general se trata de solucionar los aspectos diagnosticados como conflictivos en la caracterización de los jóvenes que participaron en la investigación.

Una vez establecidos los objetivos se pasó a la elaboración del flujograma del proceso de intervención comunitaria (figura 3). En el referido flujograma se destacan los siguientes aspectos:

1. Identificación de necesidades cognitivas y caracterización de los jóvenes.
2. Redacción de los objetivos e trabajo comunitario.
3. Desarrollo de las acciones según la dinámica de la intervención.
4. Desarrollo de la evaluación de proceso y de producto.
5. Elaboración del plan de perfeccionamiento de la intervención.

Sus nodos cognitivos: Epidemiología del alcoholismo, Fisiopatología y Clínica, Repercusiones sociales, Jurisprudencia y Prevención del alcoholismo.

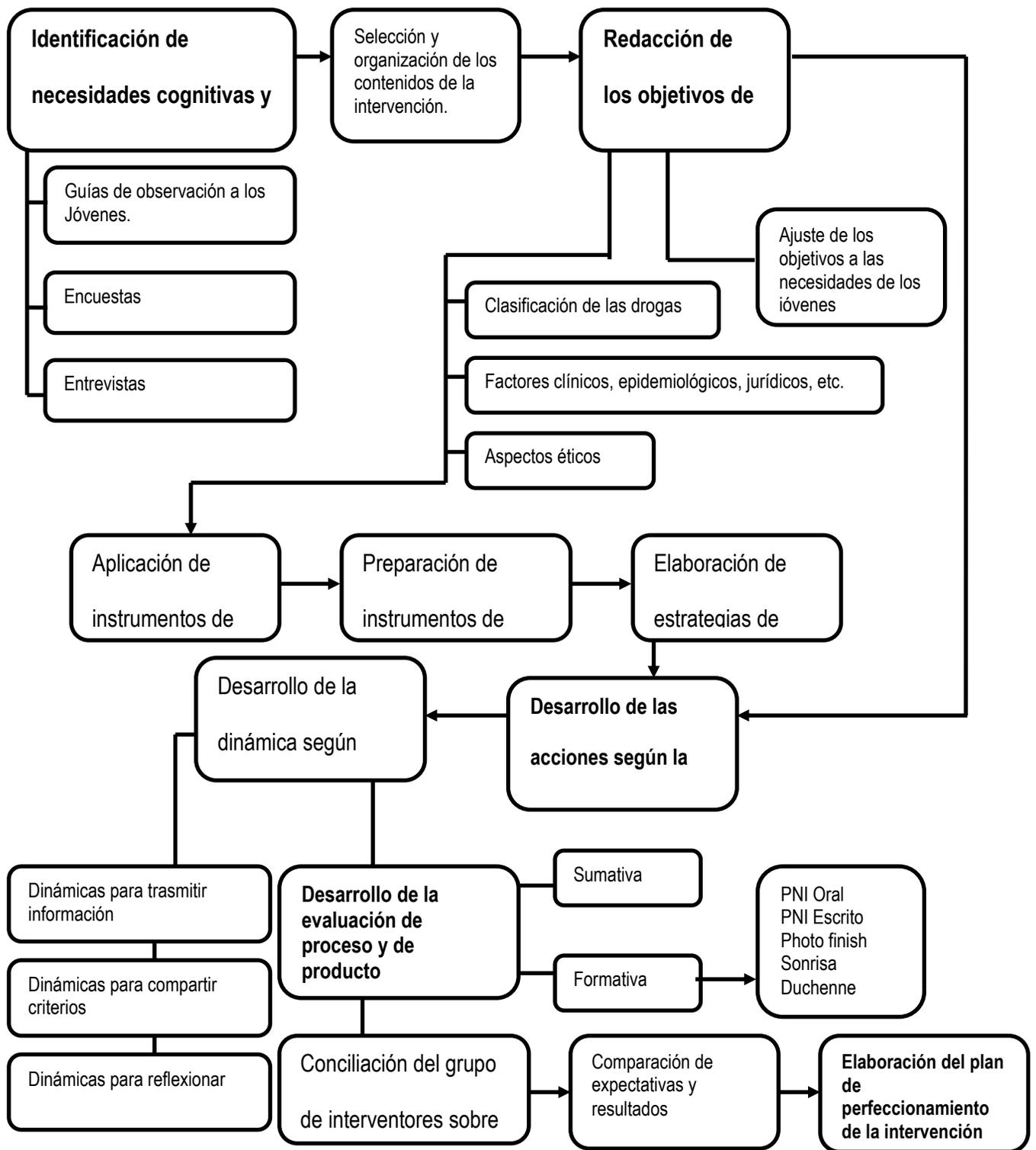


Fig. 3. Flujograma de la intervención comunitaria.

Fuente: Elaboración de la autora.

Una vez establecido el flujograma se procedió a la identificación de funciones con el grupo de trabajo y en los participantes. De esta forma se determinó en él:

El grupo de trabajo: Un relator general de los eventos, un controlador del tiempo y un moderador y un ayudante de pizarra, papelógrafo, otros.

Los jóvenes participantes: un jefe de grupo y un relator diario de los eventos.

- Charlas.
- Narración de historias.
- Brainstorming.
- Proyección de de filmes.
- Discusión temática.
- Cierre y evaluación.

Fase 3: Desarrollo:

A continuación se describen las técnicas empleadas durante la fase de desarrollo:

- **Charla:** Se procedió a realizar una introducción en el tema de las drogas en general y del alcoholismo en particular dándoles participación a los jóvenes para que expresaran sus opiniones al respecto. Para ello se les repartió las llamadas hojas de resumen, en las que ellos anotan sus impresiones y luego son discutidas en plenaria.

Opiniones vertidas por los jóvenes sobre las drogas y el alcoholismo en el desarrollo del proceso de intervención.

- Sustancias dañinas al organismo. Flagelo de la humanidad. Sustancias nocivas. Contribuyen al desequilibrio de la persona. Sustancia maligna social, psicológica y orgánicamente. Una perdición para el hombre. Un riesgo económico, social y moral. Un destructor de hogar.
- Ocasionar la muerte. Acarrear daños irreparables al organismo. Destruir un país. Convertir al hombre en su esclavo. Dañar el sistema nervioso.
- Es un mal hábito. Hace adicto a quien la consume. Es altamente peligroso. Hacer que se cometan locuras. Arrastrar a muchos que la desconocen.

- El alcohólico es un ser despreciable. Una persona sin rumbo. Una persona enferma. Alguien que necesita ayuda. Un loco para el futuro. Una persona muy peligrosa. Alguien que le gusta estar alejado de su realidad. Una persona en quien no debemos confiar. Alguien que inspira lástima. Una persona rechazada en su casa, en su trabajo y en el barrio. Una amenaza para el barrio. Alguien que debería estar en la cárcel.
 - Deberían desaparecer. Merecen ser tratadas desde muchas aristas. Deben ser manejadas judicialmente con fuerza. Prestarle mucho más atención de la que tienen.
 - Es dañino. Afecta el sistema respiratorio. Entorpece el medioambiental. Ya es una cosa penada. Causa problemas de salud.
 - Es una droga. Es enemigo del equilibrio humano. Aparentemente inofensivo. También crea dependencia. Debiera regularse su venta. Convierte a los tomadores es un tipo de drogadictos. Es la droga más común. Se vende en demasía. Está dañando los hogares. Causa serios problemas de conducta. Convierte al alcohólico es una persona mal mirada.
 - Deben estar más reguladas. Representan un peligro grande. Son consumidas porque se desconocen sus efectos.
 - Sí se consumen drogas y bastante. No hay mucha tranquilidad con la cantidad de tomadores jugando dominó. Hay que tomar medidas en contra de los drogadictos. Se pudiera vivir mejor si todos ayudaran a los alcohólicos.
- **Narración de historias:** Se procedió a dar lecturas a historias de vidas, relacionadas con el tema del alcoholismo y la conducta de la familia ante ellas. Al terminar, luego de leerse en un lenguaje mesurado, se pidió a los jóvenes participantes que dieran su opinión al respecto y que hicieran un resumen acerca de sus impresiones.
 - **Brainstorming (lluvia de ideas):** Con el desarrollo de esta técnica el moderador solicitó a los jóvenes que expresaran algunas situaciones problemáticas relacionadas con la vida cotidiana de los jóvenes.
 - **Proyección de filmes (cine debate):** Se procede a pasar los filmes. Ciudad de Dios, brasileño y Gángster Americano, norteamericano, ambos facilitados por la Videoteca

Provincial, posteriormente, se realiza un debate de los mismos, en los que actúa como conductor uno de los estudiantes de Medicina entrenado. Se escuchan criterios y se arriban a conclusiones acerca del tema.

- **Discusión temática:** Con esta técnica se expuso a los jóvenes participantes, en un lenguaje claro y accesible a ellos, aspectos claves relacionados con la epidemiología, clínica, fisiopatología, farmacología, economía, repercusiones sociales y prevención de las drogas y, en especial, del alcohol.
- **Cierre y evaluación de expectativas.**

En esta etapa se desarrolló el momento de evaluación de las expectativas iniciales así con la aplicación de la técnica Positivo – Negativo – Interesante (PNI). Los resultados de esta última se presentan a continuación:

Resultados de la técnica Positivo – Negativo – Interesante (PNI).

POSITIVO	NEGATIVO	INTERESANTE
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dar a conocer la clasificación de las drogas. ◆ La posibilidad de reflexionar sobre los problemas asociados al consumo de drogas. ◆ Tener ideas de cómo transmitir estos conocimientos adquiridos a otros jóvenes. ◆ Los materiales de apoyo a las actividades desarrolladas. ◆ La posibilidad de compartir en colectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Debieron participar más personas. ◆ Las sesiones de trabajo debieron desarrollarse desde hace tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Me he visto reflejado en muchas de las situaciones planteadas. ◆ Me he motivado por ser un promotor de salud.

Fuente: Resultados de la interacción con los jóvenes.

Fase 4: Evaluación de la intervención.

Aunque se declara esta fase de forma independiente, en realidad la misma se desarrolló sistemáticamente a lo largo de las sesiones de trabajo. La evaluación, de carácter formativo esencialmente, se basó en la medición de los siguientes campos y aspectos:

Campos: Participación, atención, intervenciones, sentido crítico y objetividad.

Aspectos:

- A. **Participación:** Estar siempre presente, no llegar tarde.
- B. **Atención:** Demostrar estar motivado por las temáticas que se discuten.
- C. **Intervenciones:** Intervenir de forma libre, espontánea y con sentido de juicio.
- D. **Sentido crítico:** Señalar las faltas analíticamente.
- E. **Objetividad:** No salirse del marco de lo que se discute.

Cada aspecto se evaluó en una escala de 1 a 3 puntos, siendo 1 la puntuación más baja y 3 la más alta.

En la tabla 13, se observa, al medir el comportamiento de los aspectos en relación a los criterios 1 y 3 (los extremos) que:

- Para el campo A: 5 obtuvieron calificación de 1 (25%) y 7 la calificación de 3 (35%).
- Para el campo B: 10 obtuvieron la calificación de 1 (50%) y 3 la de 3 puntos (15%).
- Para el campo C: 6 obtuvieron la calificación de 1 (30%) y 4 la de 3 puntos (20%).
- Para el campo D: 5 obtuvieron calificación de 1 (25%) y 8 la de 3 puntos (40%).
- Para el campo C: 6 obtuvieron la calificación de 1 (30%) y 4 la de 3 puntos (20%).

Los resultados aparentan ser modestos en cuanto a la preparación psicológica del grupo para desplegar las acciones de la intervención según lo previsto en las sesiones de trabajo.

Si se observa la calificación media de 2 puntos, entonces se infiere que:

- Para el campo A: 8 obtuvieron calificación de 2 (40%).
- Para el campo B: 10 obtuvieron calificación de 2 (50%).
- Para el campo C: 10 obtuvieron calificación de 2 (50%).
- Para el campo D: 7 obtuvieron calificación de 2 (35%).
- Para el campo C: 9 obtuvieron calificación de 2 (45%).

Tabla 13: Evaluación de cada participante según aspectos seleccionados.

I	Participantes																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	2	3	3	1	2	1	2	3	2	1	2	1	2	3	3	2	2	1	3	3
B	3	1	3	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2

C	1	1	2	2	2	1	2	3	3	2	1	3	2	1	2	2	3	2	1	2
D	1	2	2	3	1	3	2	1	3	2	3	1	2	1	3	3	2	3	2	3
E	2	2	1	2	3	2	1	2	2	3	1	2	2	3	1	1	3	3	2	1

Fuente: Resultados de la interacción con los participantes.

Por lo tanto se llega a la conclusión de que existía una buena motivación de parte del grupo de jóvenes para participar en el proceso de intervención.

IV.4. Resultados obtenidos con el desarrollo de la metodología de intervención.

Uno de los momentos importantes de la validación de la metodología de intervención fue la comprobación en los jóvenes participantes del mejoramiento de los conocimientos sobre drogodependencia y alcoholismo y de sus consideraciones acerca de la intervención. Para ello se aplicó el Cuestionario Posterior a la Intervención (Anexo 11).

Las variables estudiadas se operacionalizaron de la siguiente forma:

Nivel de conocimiento adquirido sobre la temática de las drogas:

- Alto: Si demuestra que es capaz de explicar, de forma coherente, los efectos negativos del consumo indiscriminado de bebidas alcohólicas para la salud del hombre.
- Aceptable: Si no argumenta adecuadamente el porqué el alcohol es perjudicial.
- Bajo: Si no es capaz de relacionar el alcoholismo con sus efectos.

Satisfacción de expectativas:

- Alto: Si plantea que sus expectativas iniciales fueron satisfechas.
- Aceptable: Si denota algún tipo de insatisfacción en el desarrollo de las sesiones de trabajo.
- Bajo: Si demuestra, verbal o extraverbalmente, no estar satisfecho.

Labor desarrollada por los facilitadores:

- Alto: Si expresa estar contento con la labor realizada por los facilitadores.
- Aceptable: Si establece algún inconveniente que limitó el desempeño de los mismos.
- Bajo: Si esos inconvenientes atentaron contra la empatía y la atención a los trabajos.

Calidad de los materiales empleados:

- Alto: Si dice estar satisfecho con los materiales empleados.

- Aceptable: Si denota algún tipo de insatisfacción con alguno en específico.
- Bajo: Si no se sintió cómo con el uso de esos materiales.

Utilidad de las actividades desarrolladas:

- Alto: Si en su accionar denota haber aprendido aspectos relacionados con el tema que se estudia.
- Aceptable: Si presenta fisuras en sus expresiones que limitan su comportamiento.
- Bajo: Si las sesiones no han resultado útiles para el joven, por su nivel de interés y motivación.

Clasificación de las drogas:

- Alto: Si clasifica exhaustivamente las drogas, por las definiciones empleadas en el desarrollo de las sesiones, pudiendo identificar unas de otras.
- Aceptable: Si clasifica estas drogas pero presenta insuficiencias en la identificación de algunas de ellas.
- Bajo: Si presenta insuficiencias en la clasificación e identificación de las drogas.

Asistencia y puntualidad a las sesiones de trabajo:

- Alto: Si asistió puntualmente al 100% de las sesiones.
- Aceptable: Si la asistencia fue mayor del 80%.
- Bajo: Si la asistencia fue menor del 80%.

Satisfacción general:

- Alto: Si, finalizadas las sesiones, expresa interés y motivación por resolver sus necesidades.
- Aceptable: Si denota interés por superarse pero no se motiva a ello.
- Bajo: Si no denota interés ni motivación en las actividades que realiza.

En la Tabla 14 se puede observar que en todas las variables se apreció que una mayoría de jóvenes beneficiados con la intervención. Los jóvenes consideraron que se lograron los propósitos previstos de las acciones interventivas en las sesiones de trabajo.

Tabla 14. Comportamiento de las variables medidas.

Variables	Alto	%	Aceptable	%	Bajo	%
Nivel de conocimiento adquirido sobre la	6	30%	10	50%	4	20%

temática de las drogas						
Satisfacción de expectativas	5	25%	11	55%	4	20%
Labor desarrollada por los facilitadores	7	35%	8	40%	5	25%
Calidad de los materiales empleados	3	15%	12	60%	5	25%
Utilidad de las actividades desarrolladas	4	20%	13	65%	3	15%
Clasificación de las drogas	5	25%	9	45%	6	30%
Asistencia y puntualidad a las sesiones de trabajo	9	45%	10	50%	1	5%
Satisfacción general	8	40%	8	40%	4	20%

Lo expresado anteriormente se evidencia cuando se suman los porcentos de alto y aceptable para cada variable:

- Nivel de conocimiento adquirido sobre la temática de las drogas: 80%
- Satisfacción de expectativas: 80%
- Labor desarrollada por los facilitadores: 75%
- Calidad de los materiales empleados: 75%
- Utilidad de las actividades desarrolladas: 85%
- Clasificación de las drogas: 70%
- Asistencia y puntualidad a las sesiones de trabajo: 95%
- Satisfacción general: 80%

La profundización en el análisis de los resultados hace pensar que:

1. El tratamiento recibido sobre la temática del alcoholismo durante el desarrollo de la metodología transitó desde un estado inicial, en el que los jóvenes tenían un insuficiente conocimiento acerca de los efectos perjudiciales del alcohol a un estado final en el que se tuvo una clara percepción, reflejado en más del 65% de los casos, acerca de la referida percepción, con claridad de criterios.

2. Asimismo, si en un principio los jóvenes no tenían conocimiento acerca de la posibilidad de ser transformadores del problema, en calidad de promotores de salud, finalmente manifestaron la disposición así como estar preparados para desplegar acciones preventivas en otros jóvenes del consejo popular.
3. Con respecto a las vías empleadas para socializar las experiencias se enfatizó en las Historias de Vida, las que se debatieron entre los jóvenes participantes de forma anónima.
4. En relación a las iniciativas para socializar la temática se manifestaron muchas de su parte, entre las que se destacan:
 - La realización de actividades culturales sin alcohol.
 - La realización de campismos y excursiones y otras,
5. En cuanto a la preparación de los jóvenes para sistematizar la temática de la drogodependencia en general y del alcoholismo en particular con la familia prevaleció el criterio de que debía desarrollarse una estrategia para difundir los aspectos gnoseológicos acerca del señalado flagelo y que los jóvenes, en calidad de participantes en el proyecto, podían influenciar favorablemente en este sentido.
6. Finalmente se destaca el salto cualitativo y cuantitativo en la clasificación de las drogas de parte de los jóvenes una vez culminada la intervención. Se connota la solidez en cuanto a la inclusión de sustancias que, tradicionalmente, no se han considerado como drogas. Tales son los casos del café, el chocolate y los cigarrillos, por sólo citar estos. Asimismo se señala la incorporación de la terminología científica empleada en la clasificación de las drogas de parte de los jóvenes, lo que da cuenta del impacto dejado por la intervención desarrollada.

IV.5 Influencia de la intervención en los jóvenes

Se realizó un monitoreo en relación a la evolución de los jóvenes, para constatar la influencia que la intervención tuvo en relación a sus estilos de vida. Se entrevistaron a los familiares y vecinos de los jóvenes que participaron en la intervención (se filmaron las entrevistas). Para ello se seleccionó una muestra de 10 familiares (entre padres, hermanos, tíos y vecinos, según se muestra en el Anexo 12).

Los criterios emitidos por los familiares y vecinos demostraron que, si bien no han eliminado definitivamente el consumo de alcohol, lo que a criterio de la autora no puede lograrse en tan corto

tiempo, si, los jóvenes manifestaron otra proyección y comenzaron a interesarse por un estilo de vida más saludable. Algunas de las opiniones vertidas coincidieron con las opiniones emitidas por los jóvenes y el resto de los participantes en el proceso de intervención. De ellas se destacan:

1. La complacencia de los familiares por el cambio experimentado en los jóvenes.
2. La posibilidad de que puedan enrumbar sus vidas por mejores caminos.
3. El logro de la tranquilidad en el hogar.
4. Las mejoras de las relaciones con los vecinos.
5. La necesidad de difundir la intervención a otros lugares del consejo popular.

Estos aspectos están en estrecha correspondencia con resultados concretos. Al cierre de esta investigación se había garantizado que, de los 20 jóvenes participantes en el proceso:

- 7 (35%) jóvenes ya tengan garantizado empleo.
- 11 (55%) jóvenes asisten regularmente a la consulta del psicólogo del área de salud.
- 5 (25%) jóvenes ya habían matriculado en el Curso de Superación Integral.

En esto ha ayudado:

- Las gestiones que se están haciendo para garantizar empleo y/o centro de estudio a los desvinculados.
- El hecho de que en algunas de las sesiones de la metodología haya participado algún miembro de la familia del joven.
- La influencia positiva de otros jóvenes del consejo.
- La realización de otras investigaciones derivadas del proyecto en que se inserta esta tesis.

IV. 6. Resultados de la consulta de expertos (Método Delphi).

Una consulta con expertos tomados al azar de entidades del territorio permitió conocer sus opiniones con relación a las propuestas realizadas en la investigación. Los especialistas seleccionados suman un total de 30, distribuyéndose de la siguiente forma: ocho Master en Ciencias de la Salud, cuatro Doctores en Ciencias, siete Master en Ciencias Pedagógicas, seis Doctores en Medicina, tres profesores del Instituto Superior Pedagógico de Guantánamo y dos profesores del Centro Universitario de Guantánamo, del total

de ellos 17 son Profesores Auxiliares y seis Profesores Titulares. La forma en que se trabajó con los expertos fue la siguiente:

- Entrevistas individuales para conocer su disposición a colaborar.
- Evaluación de la competencia de los expertos seleccionados.
- Reunión con los expertos seleccionados en la cual se les entregó los materiales (modelos, metodología, instrumentos) para el análisis y discusión y se les hizo conocer la segunda ronda de preguntas.

En relación con la evaluación de la competencia de los expertos según la metodología del método Delphi se les hizo preguntas relacionadas con:

- Teorías acerca de las acciones de carácter comunitario.
- Experiencias obtenidas en la aplicación de estrategias de trabajo socio-educativas.
- Trabajos consultados de autores nacionales y extranjeros sobre la temática.
- Conocimiento de las dificultades en el desarrollo de actividades de trabajo comunitario en las entidades de educación superior en el territorio guatemalteco.
- Su intuición en cuanto a la concepción y aplicación de técnicas e instrumentos para valorar la propuesta que se hace en la tesis y sobre los posibles resultados de su desarrollo.

Los resultados de las respuestas de estos ítems permitieron determinar el coeficiente K_c de conocimiento. Las respuestas se muestran en la tabla que aparece en el Anexo 13, en la que se exponen los valores máximos de puntaje de cada ítem así como el valor máximo del coeficiente. La valoración de las competencias de los expertos consultados fue la siguiente:

- 18 son de alta competencia (60%) ya que están en el rango entre 0,70 y 1,00.
- 9 son de mediana competencia (39%) ya que están en el rango entre 0,49 y 0,69.
- 3 son de baja competencia (10%) ya que se evalúan por debajo de 0,49.

Una vez realizado este paso se procedió a la segunda ronda de preguntas que se hizo con el objetivo de medir el nivel de argumentación con relación al objeto de estudio de parte de los expertos, arrojó los siguientes resultados:

- El 73,3% entiende que la actividad socio-comunitaria en la provincia Guantánamo necesita de una revitalización en el campo de la educación superior. Sólo el 26,6% de los expertos, es decir, 8 denotaron desconocimiento de este problema.
- En un 63,3% (19) existe clara concepción en cuanto a la comprensión, de parte de los diferentes niveles de dirección, de la necesidad de renovar el proceso de de trabajo educativo con los jóvenes sobre la base de los nuevos preceptos de la universalización de la enseñanza superior y el resto es del criterio de que se deben buscar otras alternativas.
- Un 46,6% (14) considera que una propuesta, basada en un modelo holístico y sistémico, permite un mejor desarrollo de las actividades de intervención comunitaria.
- Acerca de la instrumentación de la metodología en el proceso de intervención que se propone en esta tesis el 100% considera que, con ellos, se pueden lograr los objetivos propuestos.
- Asimismo, la contradicción fundamental entre el proceso salud-enfermedad, implícita en el modelo socio-comunitario con síntesis en la metodología de intervención en salud ha sido demostrada que es consecuente con la realidad, a lo que se avienen el 100% de los expertos.
- La dinámica del proceso de intervención, según el 56% de los expertos, debe cambiar. La razón de ello se encuentra en que los procedimientos tradicionales seguidos han fallado en cuanto al logro de sus objetivos, por no ser pertinentes a los cambios ocurridos en la educación superior.
- Según la evaluación de los expertos, la consideración de los componentes teóricos complementan adecuadamente al socio biomédico en el modelo de intervención, toda vez que se potencia el conocimiento integral del desarrollo de la misma.
- El 65,7% establece que el flujograma que se desarrolla en la metodología es consecuente con los objetivos de la misma.
- El 98% fue del criterio de que la intervención comunitaria contribuye para cambiar los conocimientos y la práctica del consumo de alcohol de parte de los jóvenes.

A la luz de estos aspectos se procedió a la tarea de organizar una sesión de trabajo metodológico para analizar los resultados obtenidos en la consultas, confrontando criterios y aclarando conceptos en los que estuvieran involucradas las categorías fundamentales tratadas en la tesis.

Para reafirmar estos criterios y someterlos a un escrutinio de contrastación se les pidió a los expertos que evaluaran en la escala de 1 a 10, según sus criterios, los siguientes aspectos:

1. Estado de los proyectos de trabajo comunitario en las entidades de educación superior de Guantánamo.
2. Necesidad de un cambio de concepción de las acciones de trabajo socioeducativos con la juventud.
3. Pertinencia del modelo para el desarrollo del proceso de intervención.
4. Trascendencia del modelo según su implementación.
5. Necesidad de implementar el método de acción comunitaria en la práctica profesional.
6. Adecuación de las instrucciones secuenciales según el flujograma general del proceso.
7. Nivel de respuesta de la propuesta de esta tesis a las demandas de la sociedad.

Los resultados de la determinación del coeficiente K_A de argumentación se muestran en el Anexo 14.

Con los valores de K_A y K_C se pudo determinar el coeficiente de Kendal. Para ello se empleó la fórmula siguiente:

$$K = \frac{1}{2} (K_A + K_C)$$

En el anexo 14 se muestra la distribución de frecuencias del Coeficiente K de Kendal. Se observa que 18 de los expertos se agrupan en el intervalo entre 60 y 100%, lo que se corresponde con una buena ponderación. Se destaca el espectro de valores de 0,51 a 0,60 como el de mayor incidencia, lo que presupone que existan elementos de incertidumbre. Estos, desde el punto de vista objetivo y subjetivo, se analizan en el siguiente epígrafe.

Análisis valorativo de los resultados del cálculo del coeficiente K

Antes de establecer las valoraciones de los especialistas con relación a las interrogantes se debe hacer una valoración de los aspectos objetivos y subjetivos que han podido, a criterio de la autora, influir en los resultados del cálculo de K . Dentro de los aspectos objetivos tenemos:

- La persistencia del uso de métodos tradicionales en el desarrollo de acciones comunitaria debido a la inercia empírica que les impide identificarse con tendencias de avanzada.

- El sesgo que puede introducir en los resultados de la consulta de expertos, los 3 expertos evaluados por debajo de los niveles de competencia.

Dentro de los aspectos subjetivos se deben señalar:

- La sobrevaloración que puedan hacer los especialistas de su nivel de conocimiento del problema considerado y de sus vías de solución.
- Las consecuencias que trae hacer una valoración con una insuficiente base teórica y práctica.
- La comprensión del método Delphi de parte de los expertos consultados.

La autora es del criterio de que en las valoraciones realizadas por los expertos ha jugado un papel importante el sentido común y la reflexión crítica en torno a lo que se propone y de lo que es de conocimiento para la comunidad científica con respecto a lo que ha sido diagnosticado en esta investigación y a la propuesta de transformación del objeto.

Debe señalarse, además que, poco a poco los expertos fueron identificándose con el problema y tomaron interés en el mismo, toda vez que han considerado, y así lo han expresado en intercambios abiertos con ellos, que las propuestas teóricas y prácticas de ésta investigación perfecciona un proceso que constituye un tema importante de análisis social de actualidad.

La tabla 15 muestra los estadísticos que se determinaron, con los datos obtenidos de las desviaciones y sus cuadrados expuestos en el anexo 13.

Tabla 15: Estadísticos medidos en la evaluación de los expertos.

Denominación	Valor
Media	0,71
Desviación típica	0,096
Varianza	0,0093
Coefficiente de varianza	0,013 (1,3%)

Las respuestas a la segunda ronda de preguntas fueron sometidas a un procedimiento estadístico para determinar media, desviación típica, varianza y coeficiente de variación según las ecuaciones:

Media: $M = 1/n \sum X_i$ con $i = 0, 1, 2, \dots, N$ **Desviación típica:** $\zeta = 1/ n - 1 [\sum (X_i - M)^2]^{1/2}$

Varianza: $\Delta = \zeta^2$ **Coefficiente de variación:** $C_v = \Delta/M \times 100\%$

Los expertos son del criterio de que el modelo y la metodología están bien diseñados y que la intervención aplicada cambia los conocimientos de los jóvenes y se comienzan los cambios en las prácticas del consumo de alcohol.

Estos resultados indican que el consenso de los expertos con relación a la propuesta que se realiza en esta tesis es del 98,7%. La autora es del criterio de que esta concordancia reafirma la validez de la metodología de intervención para la prevención de consumo irresponsable de bebidas alcohólicas en los jóvenes.

Conclusiones para el capítulo 4.

La metodología aplicada ha sido consecuente con el modelo diseñado y considera las diferentes dimensiones implícitas en él.

En el desarrollo de la misma se ha constatado lo importante que resulta la implicación de los jóvenes en proyectos de intervención comunitarios que, desde la búsqueda del consenso, la confianza y la coparticipación, contribuya al cambio de los patrones de conducta en aras de ser mejores ciudadanos y enfrentar, desde el incremento del conocimiento, problemas que, como el alcoholismo, se está convirtiendo en un flagelo social.

Las fases de la metodología fueron:

- Diagnóstico Social: en el que se determina la necesidad de desarrollar la intervención a partir de la identificación de las problemáticas en relación al consumo de alcohol de parte de los jóvenes.
- Diseño de las sesiones de trabajo en la Intervención: en la que se contextualizan estas necesidades al programa general de la intervención.
- Desarrollo: en el que se aplican técnicas cualitativas de intervención.
- Evaluación de la intervención: en la que se determina el salto cualitativo logrado así como la pertinencia de las acciones desarrolladas.

Los resultados indican la pertinencia y relevancia de las acciones desarrolladas con la vinculación del joven y de sus familias. Asimismo el ambiente en medio del cual se desarrolló la metodología posibilitó que los jóvenes se sintieran seguros y que asumieran una posición crítica y autocrítica en torno a las problemáticas tratadas.

Los propios familiares de los jóvenes así como los expertos consultados, en su mayoría entendieron, la utilidad de aplicar metodologías de intervención como la que se presenta en otras áreas de salud.

CONCLUSIONES GENERALES.

- El establecimiento de los presupuestos históricos y teóricos acerca de las drogodependencias en general y del alcoholismo en particular reveló la existencia de diferentes etapas. Se destacó el desarrollo de un verdadero sistema de prevención a partir del triunfo de la Revolución pero, que necesita ser perfeccionado.
- El consumo de bebidas alcohólicas fue elevado entre los jóvenes guantanameros y los mismos no tenían los conocimientos suficientes, ni los recursos para su afrontamiento. Se detectó la necesidad de contar con una metodología de intervención dirigida a los jóvenes.
- Se construyó el Modelo Comunitario de Intervención para la Prevención de las Drogodependencias, basado en los antecedentes teóricos relacionados con modelos existentes en el ámbito sanitario, que se concretó en la Metodología para la Intervención Comunitaria en Prevención del Alcoholismo. Dicha metodología se aplicó en un Consejo Popular de Guantánamo y dio respuesta a las características de los jóvenes a la que fue dirigida.
- La validación de la metodología permitió aseverar que la misma constituyó una alternativa para la elevación de la efectividad del proceso de intervención comunitaria desde la integración de las dimensiones: social, metodológica y de impacto y desde el consenso, la confianza y la coparticipación, como pilares de un proceso en donde los jóvenes intervenidos mejoraron los conocimientos, valores y su actitud para el afrontamiento al consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.

RECOMENDACIONES.

1. Proponer a las autoridades sanitarias de la provincia Guantánamo la aplicación de la Metodología para la Intervención Comunitaria en Prevención del Alcoholismo en otras áreas de Salud a partir de la caracterización de los consejos populares y la identificación de sus necesidades sentidas sobre la repercusión del alcoholismo y su abordaje en la comunidad.
2. Realizar investigaciones similares en otros grupos de edades y grupos vulnerables con la finalidad de identificar factores de riesgo y de protección para buscar mecanismos y

procedimientos de intervención as valorar la efectividad de las acciones desarrolladas en función de la promoción de estilos de vida saludables y prevención del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davini MC. Educación permanente en salud. OPS. Washington D.C: Editora McGraw-Hill; 2003. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. No.38.
2. Arroyo HV, Cerqueira MT. La promoción de salud y la educación para la salud en América Latina: Un análisis sectorial. Puerto Rico: Editorial de la Universidad; 1997. p. 31-38. En: Resumen de la lectura del libro "la promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Educación para la Salud. Módulo 9 de la Maestría en Promoción y Educación para la Salud, ENSAP, 2006.
3. OPS/OMS. Resolución 58-26 de la asamblea general efectuada en mayo de 2005 sobre el control de las adicciones. Impresión ligera. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo; 2008.
4. Betancourt Pulsán A. Alcoholismo ¿Un problema social en Guantánamo? Folleto Complementario. En Biblioteca Centro de Información de Ciencias Médicas. Guantánamo, 2006.
5. Cuba. MINSAP. Programa nacional de prevención y control del alcoholismo y problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
6. Colectivo de autores. Toxicomanías y adolescencia. Ciudad Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.
7. Castro ME. Modelo de prevención de riesgo psico-social en la adolescencia: "Chimalli". En: Contribuciones de expertos en reducción de la demanda de drogas de México y

- Centroamérica. PNUFID. Ciudad México: Editora de la Oficina Regional para México y Centroamérica; 2008.
8. Alvira Martín F. Planes locales sobre drogas. Guía para su desarrollo. Protego – versión urbana Dro. Europa-América Latina Unión Europea. Montevideo, Uruguay: Edición Frontera Editorial; 2004.
 9. Herrero Yuste M. La prevención del consumo de alcohol en los jóvenes. Actuación del Ayuntamiento de Madrid. Revista Adicciones. 2002; 14 (2).
 10. Larriba J. Programa selectivo de entrenamiento familiar para la prevención de las drogodependencias. Protego. Versión Urbal-Dro. Europa-América Latina. Uruguay: Frontera Editorial Montevideo; 2005.
 11. Herrera Peña M. Consumo de alcohol en la adolescencia. Una propuesta de intervención comunitaria. Policlínica “Edor de los Reyes”. [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. Granma; 2000.
 12. Tito Goire C. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en la adolescencia en el Consejo Popular de Jamaica. [Tesis de maestría]. Guantánamo; marzo de 2007.
 13. López López Elba Idania. Alternativa para la prevención y promoción de la intoxicación alcohólica aguda en la edad pediátrica.[Tesis de maestría]. Guantánamo, abril de 2007.
 14. Escohotado A. Las drogas. De los orígenes a la prohibición. Madrid, España: Alianza Editorial; 2004.
 15. Arias Fernández JF. Cuba contra el narcotráfico. La Habana: Editorial Capitán San Luís; 2000.
 16. Espejo Matorrales F. Hábito de fumar en los estudiantes de 1ro., 2do. y 3er. año de la Licenciatura de Enfermería del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. La Habana; 1988.
 17. Sónora Cabaleiro M. Prevención Social. Universidad de La Habana; 2003

18. Alfonso CR. Riesgos del alcohol para los no alcohólicos. Periódico Trabajadores. Sesión de Salud; 28 mar 2004: 15.
19. De la Osa J. Drogadicción. Periódico Granma. Sesión de Salud; 4 dic 1999, 3.
20. Ortiz F. Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar. Las Villas: Dirección de Publicaciones de la Universidad Central; 1976.
21. Martí Pérez J. Escritos sobre educación. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1976.p. 321.
22. Sobrado López J. El vicio de la droga en Cuba. La Habana: Editorial Guerrero; 1943.
23. Rodríguez Atencio E. Prevalencia y causas del hábito de fumar en la población de 15 años y más. Consultorio # 35. [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. Isla de la Juventud; 2003.
24. Zaldivar Pérez D. Trastorno psicológico y salud mental. Periódico Trabajadores, Sesión Salud, 5 julio, 2007.
25. Fariñas A.T et al. Vigilancia en salud. Propuesta de perfeccionamiento en la docencia y los servicios. Cuba, 1996-2006. [Tesis de doctorado]. ENSAP; 2008.
26. Ortiz Barral TC. Factores de riesgo que influyeron en el maltrato infantil. Una propuesta metodológica. EBS No. 22. Policlínica "Omar Ranedo Pubillones". [Tesis de maestría]. Guantánamo; 2006.
27. Barja de la Fuente EE. Intervención capacitante sobre VIH-sida pediátrico. [Tesis de maestría]. Guantánamo; 2009.
28. Tamayo León R. Droga a la deriva. Periódico Juventud Rebelde. 20 jul 2003: 3.
29. Castillo Guzmán B. Rediseño del programa de Corrección y Compensación para alumnos con desviaciones afectivo-conductuales. [Tesis de maestría]. Guantánamo; 2003.
30. Riquenes Espín F. La superación profesional a maestros ambulantes que atienden a escolares con necesidades educativas especiales. [Tesis de maestría]. Guantánamo; 2003

31. Sánchez Reyes S. Sitio Web para el estudio del tema "Interacciones medicamentosas" en la disciplina Farmacología de la carrera de Medicina. [Tesis de maestría]. Guantánamo; 2007.
32. Collado O, Aguilar J. Evitabilidad de los problemas relacionados con los medicamentos y sus causas: actuaciones farmacéuticas [Resumen]. II Congreso Internacional de Farmacología. Ciudad Habana; 2004
33. González MR. ¿Cómo librarse del alcoholismo? Periódico Granma. La Habana; 2003.
34. Páez J. El flagelo de las drogas. Periódico Granma. 10 de enero de 2003.
35. Flores I, Minaberriet E. Servicio de atención y rehabilitación comunitaria al alcoholismo y otras adicciones (SARCA). Reunión metodológica nacional. Sancti Spíritus; 2004.
36. Velasco R. La prevención de las Adicciones en los Programas Nacionales de México. En: Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México: Secretaría de Salud; 1993.
37. Vélez A. La Participación Social en la Prevención de la Farmacodependencia. En: Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México: Secretaría de Salud; 1994
38. Larriba J. Programa selectivo de entrenamiento familiar para la prevención de las drogodependencias. Protego. Versión Durbal-Dro. Europa-América Latina. Uruguay: Frontera Editorial Montevideo; 2004.
39. Suelves J. Observatorios locales sobre drogas. Guía para su desarrollo. Durbal-Dro. Europa-América Latina. Uruguay: Editorial Montevideo; 2004.
40. Alejo H. Nociones de prevención desde el campo de la salud. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica; 1995.
41. Arrieta TL. Festival Nacional Intercolegial de Prevención Integral del fenómeno Droga. Algunos contenidos teórico-prácticos relacionados con la prevención integral del fenómeno droga. Publicado por Universidad de Costa Rica, Facultad de Farmacia. Departamento de Orientación y Vocacional. Costa Rica: Ministerio de Educación Pública; 1998.p. 85.

42. Restrepo LC. Droga y Reconstrucción Cultural. Santa Fe de Bogotá: Unidad Coordinadora de Prevención Integral. Alcaldía Mayor; 1993
43. Souza F, Landim R, Perdigao FB. Consumo de drogas e desempenho acadêmico entre estudantes de medicina no cearã. Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica. 1997; 26(4): 32-39.
44. Kerr-Correa F, Andrade AG, Bassin A, Boccuto N. Uso de alcohol y Drogas por estudiantes de Medicina de Unesp. Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica. 1999; 21(2): 19-34.
45. Boskovitz E, Cruz ET, Ciaravalloti-Neto F, Mores M, Paiva-Netto JV, Ávila L.A, et al. Uso de drogas en universitarios em São José do Rio Preto, São Paulo. Psiquiatr Clin. 1995; 22: 87-93.
46. Colectivo de autores. Informe técnico OPS/DAP/98/3/39. Estrategias nacionales para la renovación de Salud para Todos. Washington DC, febrero 19-20 de 1998.
47. Stein J. Principios de Prevención de uso de drogas entre niños y adolescentes. Washington: Instituto Nacional de Consumo de Drogas (NIDA); 2006
48. González Quirós A. Llegando al alcohólico. Casa Bautista de Publicaciones. 4ªed. Estados Unidos: Editora McGraw-Hill; 1987.
49. Anderson Spickard MD, Thompson B R. Se mueren por un trago. Lo que usted debe saber acerca del alcoholismo. Zelaya H, traductor. Estados Unidos: Editorial Vida; 1985.
50. Durán Vinyeta A. L'Alcohol. Guia d'activitats: OH? PSP. Promoció I Desenvolupament Social. España: Secretaria General de Joventu; 2002.
51. Casado Sierra M. Cannabis: com ho vius? Guia d'activitatats. Agencia de Salut Pública. Consorci Sanitari Barcelona. Barcelona: De Marxa sese Entrebancs; 2004.
52. Colectivo de autores. Unidad Didáctica sobre tabaco. Compendio de Cuadernos. Informativos, de Actividades y guía para dejar de fumar. Dirigido al profesorado y alumnado de ESO. Educación Secundaria Obligatoria. Secretaría de Drogodependencias. EDEX KOLEKTIBOA. Comisión Europea. Centro de Recursos Comunitarios. Gobierno Vasco. España; 2006.

53. Bogani ME. El alcoholismo. Enfermedad Social. España: Plaza & Janes; 1985.
54. Baraldo Mansur LF. Curso de capacitación para médicos anesthesiólogos, residentes y técnicos acerca de la prevención sobre el uso del alcohol y/o las drogas. [Tesis en opción al Grado de Master en Ciencias de la Salud]. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
55. Barrientos G, León M, Lugo V. Abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias en la Atención Primaria de Salud. Área de Asistencia Médica y Social. Documento Atención a las Adicciones en la Comunidad. Ciudad Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002.
56. Colectivo de autores. Prevención social de las desviaciones de la conducta. La Habana : Editora del Centro de Referencia Latinoamericano de Educación Especial (CELA); 2004
57. Carbonell Oliva M. Hábitos tóxicos en estudiantes de la Secundaria Básica "José A. Echeverría". Ciudad Libertad. Curso 1999-2000. [Tesis de maestría]. Ciudad de la Habana; 2000.
58. Llera Zarza N. Hábito de consumo alcohólico de mujeres en edad fértil en un área de salud del municipio Cotorro. [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. Policlínico Fernández, Ciudad Habana; 2002.
59. Martínez Calvo S. La promoción de salud en la estrategia sanitaria cubana. Serie Estudios Interdisciplinarios en Salud. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1994.
60. Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A, Rojo Pérez N. Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudio de casos. Ciudad Habana: ENSAP; 2009.
61. Álvarez Vazquez L, Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. Ciudad Habana: Casa Editora Abril; 2009.
62. Gómez Labrada R. Modelo pedagógico para el proceso de educación comunitaria. [Tesis de doctorado]. Santiago de Cuba; 2006.

63. Del Toro C M. Una propuesta de estrategia para la prevención de la delincuencia en el Consejo Popular "Sur-Isleta" del Municipio Guantánamo. [Tesis en opción al Título de Master en Estudios Sociales]. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2005.
64. López López, Elba Idania. Incidencia de la familia en los hábitos tóxicos de la infancia. Rev Inform Científ [serie en Internet]. 2007 [citado: 3 de noviembre de 2008]; 2007; V (2). [Disponible en: URL. www://http.infosol.sld.cu
65. Duvalón Ramírez J. La perspectiva socio-comunicacional en el tratamiento a los trastornos de la conducta. [Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Santiago de Cuba: ISP. "Frank País García"; 2002.
66. Betancourt Pulsán A. Comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Revista Adicciones. España Vol. 14 Suplemento 2. 2002 Pág. 97, I.S.S.N.: 0214 -4840
67. López López, Elba Idania. Comportamiento de las intoxicaciones alcohólicas en el Hospital Pediátrico "Pedro A. Pérez" de Guantánamo. X Jornada Integral de Pediatría Guantánamo; 2008.
68. Cisneros Rodríguez C. Incidencia de padres alcohólicos en menores con trastornos de conducta. Conferencia presentada en XIV Forum de Ciencia y Técnica. MININT. Guantánamo; 2002.
69. Colectivo de autores. Pesquisaje de retraso mental en la población guantanamera. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo; 2007.
70. López Batista L. H. Una alternativa de software para el perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación especial. [Tesis de maestría en NTIC]. Guantánamo; 2007.

71. Cuba. MINSAP. Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud, 2004-2008 Ciudad Habana: MINSAP; 2004.
72. Cuba. MINSAP. Comisión Nacional de Drogas: Algunos elementos legales vinculados al uso indebido de drogas y al tratamiento penal de los delitos de drogas. Comisión Nacional de Drogas. Secretaría Ejecutiva. República de Cuba, 5 de Noviembre del 2002.
73. Cuba. MINSAP. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente al año 2003. 3 de Marzo 2004.
74. Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Madrid, España: Editora Olbus; 2002.
75. Melero JC. ABC de las drogas. Centro de Recursos Comunitarios. Adaptación para Latinoamérica. España: Editora EDEX; 2003.
76. González Menéndez R. Significación médico-social y económica del uso indebido del alcohol. Servicio de atención a pacientes adictos. Hospital Psiquiátrico de la Habana "Eduardo Ordaz Ducongé". [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias]. La Habana; 2008.
77. Claros J. Curso de Master/experto en Drogodependencias y SIDA. V 1. Temas 21, 22, 23 y 24. España: Instituto de Investigación en Ciencias Sociales (ACIP AIS); 2003.
78. Becoña Iglesias E. Drogodependencias I. Introducción. Magister in Drogodependencias. Servicio de Publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela; 2004.
79. Larriba J. Protego. Entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de drogodependencias. Un Programa de PDS. Promoción y Desarrollo Social. Barcelona: Promoció I Desenvolupament Social; 2004.
80. Pradera J. Toxicomanía y adolescencia. La Habana: Editora de Ciencias Médicas; 2000.

81. Colectivo de autores. Manual de intervención en alcoholismo y otras farmacodependencias. Para personal técnico del sector Salud. La Habana: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; 2000.
82. Betancourt Pulsán A. Porque creo en Alcohólicos Anónimos. Editorial A & A. Comercializadora Mexicana JLA S.A. de C.V. I.S.B.N. 970-94247-0-X. Depósito Legal: 03- 2002-080210362300-01. Abril 2005Charro Portilla Odalys. Neurotransmisores. Revista de Información Científica. Guantánamo. Vol. 52. No. 4.2006
83. Becoña Iglesias E. Adicciones. De viejos placeres a nuevos problemas. Revista Adicciones. 2002; (2):15.
84. González Menéndez R, Ávila A, Duran J, Nufio E, Vazquez A, Martínez N. "El dependiente alcohólico a los 5, 12 y 20 años del egreso. Rev. Hosp Psiq de la Habana. 2006; 3 (3).
85. Melero J C, Pérez de Arróspide JA. Drogas + Información – Riesgos. Tu Guía. Plan Nacional sobre Droga; Semanario Médico, España; 2006.
86. Cloutier L. ¡ORDAGAO! El desafío de vivir sin drogas. Un currículo para la prevención en ESO. 6 Cuadernos. EDEX KOLEKTIBOIA, FAD y Gobierno Vasco. España: Departament de Santé Communiauture; 2006.
87. González Menéndez R. "El alcohol, la droga bajo piel de cordero. Rev. Hosp Psiq de la Habana. 2007; 4 (3) Sep-Dic.
88. González Menéndez R. Las adicciones a la luz de la ciencia y el símil. Caracas: Editorial Fundación José Félix Ribas; 2008.
89. Betancourt Pulsán A. Marcadores biológicos en alcohólicos abstinentes. Revista Adicciones. 2000; 12(1).
90. Betancourt Pulsán A. Drogas y Violencia. Prevención. Revista Electrónica "Información Científica". Vol. 30 No.2 Abril/Junio 2001. ISSN. 1028-9933.

91. Cartles A. Intoxicación y alcoholismo. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
92. Santos P, Soria J. Las afecciones cardíacas en bebedores jóvenes. Revista Adicciones. España. 2001; 13(1).
93. Fleixa M. Apercepción crítica del movimiento asociativo en el alcoholismo. Rev. Española de Drogo dependencias. 2000; 25 (2):122-57.
94. González Menéndez, Ricardo. Las adiciones ante la luz de las ciencias y el símil. Editora Política, la Habana, 2009.
95. Gorguet L, Rodríguez L. Trastorno por el consumo del alcohol. En: Gaskrnde A. Atención primaria y trastornos por consumo de alcohol. Rev. Panam Salud Pública. 2002; 12 (2):79-84.
96. Astoviza BM. La prevención del alcoholismo en los adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(4):405-9.
97. Aguilar MY. Ingreso de pacientes alcohólicos en el hospital psiquiátrico de Pinar del Rio. Rev Hosp Psiq Habana. 2000; XLI (1): 55-54.
98. Betancourt Pulsán A. Artículo "Muerte Violenta y Consumo de Alcohol". Revista Adicciones. España. 2001; 13(1).
99. González Menéndez R. El alcoholismo y su atención específica. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996.
100. Boch L. La falta de conciencia de daño alcohólico, firme impedimento para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo. Rev. Española de Drogodependencia. 2000; 25 (2):115-117
101. Hernández Sandoval J. Alcohol mito y realidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2004.
102. Santos R O, Soria BR, Cristia C S. Consumo de alcohol. Alcoholismo y rasgo de la personalidad en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integral. 2000; 16 (3):255-9.
103. Olivera Agüero C. ¿Alcohol? Claro que no. Bueno Aires. Rev Adicciones. 2001; 10: pp 44-6.

104. Peruga A. Política del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en América Latina. Rev Adicciones. 2001; 13 (4):367-90.
105. García R, Jiménez L, Cañuelo B, Muñoz J, Montero FJ. Patología urgente derivada del alcohol. En: Jiménez Murillo, Montero Pérez, editores. Medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2aed. Madrid: Harcourt, S.A., 1999. p. 569-74.
106. Huns M. Atención a la adicción capítulo 1. En: López JA. Consumo de alcohol en escolares de un área de salud hábitos. v27. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2001. p.159-65.
107. Santos R, Soria OBR, Cristia CS. Consumo de alcohol alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. Rev Cubana Méd Gen Integr.2000; 16(3):255-9
108. Álvarez Síntes R. Salud y Medicina. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
109. Kleinschmidt KC, Delaney KA. Etanol. En: Hadad, Shanon & Winchester, editores. Clinical management of poisoning and drug overdose. 3ra ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998; p. 475-91.
110. Disotuar MI, Jiménez MA, Rodríguez GM. Pesguizaje de alcoholismo en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(1) p.62-7
111. Restrepo LC. Las drogas y sus efectos. Unidad Coordinadora de Prevención Integral. Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, D.C; 2003
112. Aguilar J. Comportamiento social de adolescentes de 15-19 años de edad. JNHEM. Resumen Congreso Internacional de Pediatría. Habana, Cuba; 2007.
113. Bolet M. La prevención del alcoholismo en adolescentes. Rev Cubana Med. 1999; V 4, Número 2; p. 3-5.
114. Lapetina Calzada J. Reducción de riesgos y daños del alcohol. Guía para profesionales. Ubal-Dro. Europa-América Latina. Uruguay: Frontera Editorial Montevideo; 2004.

115. OMS/OPS: Familia y adolescencia: Indicadores de salud. Washington: Fundación W. K. Kellogg; 2008.
116. Fabelo Corzo JR. Los valores y sus desafíos actuales. México: Editora BUAP; 2003.
117. Jellinek S. Atención a la adicción. En: Hales R, Yudolsky C. Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Tratado de psiquiatría. 2da ed. Editora: EDITORIAL; 1999. p.62-70.
118. Madcaleno M.D. Las drogas, la salud del adolescente y la familia .OPS/OMS. Publicaciones Científicas #557.EU.1995:169-183.
119. Winchester JF. Metanol, isopropyl alcohol, higher alcohols, ethylene glycol, cellosolves, acetone and oxalate. En: Hadad, Shanon & Winchester, editores. Clinical management of poisoning and drug overdose. 3aed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998.p. 491-504.
120. Colectivo de autores. Drogadicción y Adolescencia. Perú: Ministerio de Salud; 1997.p.17-18.
121. Betancourt Pulsán, Anselma. Cátedra de prevención de drogodependencias. Revista Adicciones. España Vol. 14. Suplemento 2, 2002, Pág. 98.
122. Betancourt Pulsán, Anselma. Drogas y violencia. Prevención. Revista de Información Científica Guantánamo. Vol. 30, No. 2, 2007
123. Ortiz M. La salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15 (4):439-45.
124. Castro P. Cómo la familia cumple su función educativa. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
125. Moreira R. La familia en el ejercicio de sus funciones. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
126. Ruiz RG. La familia, concepto, funciones, estructura, ciclo de vida familiar, crisis de la familia, ambiente familiar y apgar familiar. Rev Cubana Med Gen Integr.1990; 6 (1):58-63.

127. Hernández A. Familia y adolescencia: Indicadores de salud. Washington: OPS/OMS. Programa de salud integral del adolescente; 1996.p.3-8.
128. Martínez C. La familia y las necesidades psicológicas del niño, Rev Cubana Med Gen Integr. 1993; 91(1):67-78.
129. De la Cuesta D, Pérez Castro L. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996; 12 (1).
130. Clavijo A. Crisis Familia y Psicoterapia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
131. OMS/OPS. Familia y adolescencia: Indicadores de salud. Washington: Fundación W. K. Kellogg; 2006.
132. Pérez I. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; (3).
133. Reimares Martínez C. Evaluación de la carga familiar una propuesta de escala autoaplicada derivada de una escala de desempeño social. Rev Psiquiatría. Facultad de Barcelona. 2005; 31 (1):7-13.
134. Jerez Castro L. Intervención psicológica familiar. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1997.
135. Aranda Cintra BL. Metodología para la sistematización del contenido sociocultural familiar en el proceso de educación cívica del segundo ciclo de la Educación Primaria. [Tesis doctoral]. Santiago de Cuba; 2005.
136. Blanco Pérez A. Introducción a la sociología. La Habana: ISPEJV; 1999.
137. Ibáñez J. Por una sociología de la vida cotidiana. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1994.
138. Maus M. Sociología y Antropología. Colección de Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Tecnos; 1991.
139. PRYCREA. El Desarrollo Personal y su Dimensión Ética. La Habana; 1996.

140. Pérez Roque PM. Radiocubana.cu [página web en internet]. La juventud y el rol de sus medios. [citado: 21 abr 2008]. Disponible en: <http://www.radiocubana.cu/index.php/articulos-especializados-sobre-la-radio/19-realizacion-radial/107-la-juventud-y-el-rol-de-los-medios>.
141. Gutiérrez Baró E. Adolescencia y juventud. Concepto y características [libro en Internet]. [citado: 11 ago 2009]. Disponible en: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>.
142. Álvarez Vázquez J. La educación en valores. Emergencia del proceso formativo. Humanidades Médicas. 2002; 2(5).
143. Blanco JA. Ética y Civilización: apuntes para el tercer milenio. En: Temas, No 15. La Habana: Editorial Nueva Época; 2005.
144. Garanto J. Las actitudes hacia sí mismo y su medición. Revista "Temas de Psicología". 1984; (7).
145. Molina M, Rodríguez R. Juventud y Valores. ¿Crisis, desorientación, cambio? En: Tema No 15. La Habana: Editorial Nueva Época; 2008.
146. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Madrid: Editora Paidós SA; 2005.
147. Sánchez Noda R. Valores, integralidad y enfoque humanista. En: IV Taller Nacional Sobre Trabajo Político Ideológico en la Universidad. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.
148. Bartolomé M. Educación y valores. Sobre el sentido de la acción educativa en nuestro tiempo. Narcea. Madrid, 2007.
149. Ares Munzio P. Familia, ética y valores en la realidad cubana actual. En: Temas No 15. La Habana: Editorial Nueva Época; 1998.
150. Bonet Cruz M. Los sentimientos patrióticos. Algunas acciones de la escuela y la comunidad para su educación. ICCP. Ciudad de la Habana: Ministerio de Educación; 2005.

151. García Viveros M. Un programa de educación para la salud sustentado en valores humanos. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. En: Educación para la Salud. Módulo 9 de la maestría en promoción y Educación para la Salud. La Habana: ENSAP; 2006.
152. Chacón N. La formación de valores morales. Propuesta metodológica y experiencias aplicadas. Centro de Estudio Educativos. ISPEJV. Ciudad de la Habana; 2006.
153. Kohlberg L. El sentido de lo humano. Valores, Psicología y Educación. 2aed. Santafé de Bogotá: Biblioteca Internacional; 2002.
154. Betancourt Pulsán A. Pagina Web Prevención de drogas <http://www.gtm.sld.cu/web/index.htm>, 2006:
155. Análisis de la Situación de Salud del Consejo Popular San Justo en Guantánamo. Año 2008.
156. Betancourt Pulsán A. Un Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo. IX Simposio Internacional de Comunicación Social. Centro de Lingüística Aplicada. Stgo de Cuba 2005 páginas 881-885, ISBN 959-7474-05-7,
157. López El. Reporte de intoxicación alcohólica en la edad pediátrica. Capítulo Provincial de Pediatría de Guantánamo. Hospital Pediátrico "Pedro A. Pérez"; 2006.
158. González Menéndez R. Significación medico social y ético humanística de las drogas. Rev Cubana de Salud Pública. 2007; 33 (1).
159. Forehard Armenstead L. Consumo de alcohol en la adolescencia implicación biológica y social. Humanidades Médicas. 2002; 14 (S2):97.
160. Stein J. La drogadicción en la juventud latinoamericana. Washington, D. C: Instituto Nacional de Consumo de Drogas (NIDA); 2007.
161. López López, Elba Idania. El niño y el contexto familiar. Revista información científico-tecnica. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, V 2, 2007 (1): 5-13.

162. Betancourt Pulsán A. Drogas y.... Editorial "El Mar y la Montaña"; Guantánamo 2008.
163. Hendrik S. Un reporte parcial del comportamiento de las adicciones en La Paz, Bolivia. Rev Panam Salud Pública. 2008; 5 (1):1-13.
164. Montero FJ. Atención de urgencia al alcohólico. En: Jiménez Murillo, Montero Pérez, editores. Medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2aed. Madrid: Harcourt; 2005.p. 569-74.
165. Melero JC. Riesgos del consumo de alcohol. Semanario Médico España. 2006.
166. Zubaren A. Evaluación sobre oportunidades perdidas, atención integral del adolescente. Rev Psiquiatría Facultad de Barcelona. 2008; 17 (2): 22-26.
167. Herrera M. Cempromex.com [página web en Internet]. Diagnóstico diferencial del alcohólico en Chiapas: reporte de un estudio de caso. [citado: 3 abr 2008]. Disponible en: <http://www.cempromex.com>.
168. Colectivo de autores. Alcohol y Alcoholismo. Revista de Ciencias Médicas Universidad de Costa Rica. 2008 : 9-20
169. Colectivo de autores. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Participación comunitaria en Salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países latinoamericanos. [Diplomado de Gerencia de la Calidad Aplicada a la Salud Pública]. Proyecto de apoyo al sector salud: PASS/GTZ. El Salvador: Cooperación alemana para el desarrollo; 2002.
170. Betancourt Pulsán A. Informe de resultado del proyecto "Modelo Socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo". Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo; 2008.
171. Lavadenz F, Schwab N. Descentralización de las redes públicas en Bolivia mediante el proyecto ALIANZA. Rev Panam Salud Pública. 2001; 9 (3): 10-27.

172. Calviño M. Estudios Comunitarios: Una reflexión de alerta. Revista Paulista de Psicología e Educação. UNESP. 2005; 1 (1).
173. Soria J, Christia L. Alcohol y violencia doméstica. Revista Adicciones, 2001; 13(1).
174. Argentina. MINSAP. Declaración de Buenos Aires. Medicina Familiar y Reforma de Salud. septiembre 16 de 1996.
175. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. [I Cumbre]. "Comprometidos con la salud de la población", Sevilla, España; 14-17 de mayo de 2002.
176. Cuba. MINSAP. Declaración de Riga. "Desde Alma Atá hasta el año 2000, perspectiva a medio camino". 22-25 de marzo de 1988.
177. Martínez Calvo S. Las desigualdades e inequidades en el Análisis de la Situación de Salud. Módulo de Promoción en Salud. La Habana: ENSAP; 2002.
178. México. ENSAP. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud hacia una mayor equidad. Estrategias para la elaboración de los Planes Nacionales de Acción en Promoción de la Salud. México : ENSAP; 2000
179. OPS/OMS. Los Proyectos Locales de Promoción de la Salud. Nuevos Escenarios para el Desarrollo de la Salud Pública. Washington: OPS; 1995. Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS en Cuba. No.19.
180. Louro Bernal I. Algunas Consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la atención primaria de salud. Ciudad de la Habana; 1993.
181. Rivocobay MT. La comunidad: Aspectos conceptuales. El trabajo comunitario. Alternativa cubana para el desarrollo social. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.
182. Díaz Cantillo C. La prevención educativa en los adolescentes. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Holguín: ISP "José de la Luz y Caballero"; 2001.

183. Gutiérrez Raina D. E. Estrategia interventiva para el afrontamiento efectivo a las adicciones en estudiantes de Enseñanza General Básica III, Crespo, Entre Ríos, Argentina, 2006-2007. [Tesis de doctorado]. ENSAP; 2008.
184. López Calvo G. La mediación escolar para la prevención de los factores de riesgo en los adolescentes de Secundaria Básica. [Tesis en opción al Título Académico de Máster en Educación Especial]. La Habana: Centro Latinoamericano y Caribeño de Educación Especial; 2005.
185. Duvalón Ramírez J. La perspectiva socio-comunicacional en el tratamiento escolar a los trastornos de la conducta categoría 1. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Santiago de Cuba: ISP. "Frank País García"; 2005.
186. Coutiño H. Modelo de educación para la salud con enfoque integral y transformador. Tomado de Salud Comunitaria y Promoción de Salud, ICEPSS, 1999. p.273-299. En: Educación para la Salud. Módulo 9 de la maestría en promoción y Educación para la Salud. La Habana: ENSAP; 2006.p. 28-37.
187. Colectivo de autores. Manual de intervención en alcoholismo y otras farmacodependencias. Para personal técnico del sector Salud. La Habana: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; 1990.
188. Castellanos Noda AV. Aprendizaje grupal: Reflexiones en torno a una experiencia. Rev Cubana Educación Superior. 2007; I (3).
189. Carrillo E. Prospectiva para una formación docente y profesional integrada a la comunidad. [Ponencia de Evento Internacional Pedagogía]. La Habana; febrero 4-8, 2003.
190. Reyes Álvarez I, Sanabria Ramos G, Medina Londres Z, Báez Dueñas RM. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana de Salud Pública. 1996; (1).

191. Declaración de Alma Atá. La estrategia de atención primaria en salud. Ginebra, Suiza : WHO, UNICEF; 1978
192. Grupo Alternativa de Perú. Formas de participación social comunitaria. Síntesis de publicación electrónica [en Internet]. [citado: 4 sep 2009]. Disponible en: <http://www.alter.org.pe>.
193. Borroto R. La microplanificación: método y guía de planificación local con participación comunitaria. Ciudad de La Habana: Impresora Movimiento Cubano por la Paz; 1998.
194. OMS. Glosario de términos de promoción de la salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2005.
195. Green L. W, Kreuter M. W, Deeds SG, Patridge K. B. La educación sanitaria de hoy y el modelo PRECEDE. En: Educación para la Salud. Módulo 9 de la maestría en promoción y Educación para la Salud. La Habana: ENSAP; 2006.p. 19-27.
196. Colectivo de autores. Prevención social de las desviaciones de la conducta. La Habana : Editora del Centro de Referencia Latinoamericano de Educación Especial (CELA); 2004
197. OPS/OMS. Enfoque integral y transformador en salud. México DF: OPS; 2009.Serie PALTEX No.12.
198. Valdespino Breto F, Bermúdez González M. Comunicación estratégica y evaluación de programas de salud. Compilaciones de temas sobre comunicación social en salud. Taller Nacional de la Universidad de John Hopkins; 2007.
199. Serrano G, M. La educación para la salud en el Siglo XXI. Comunicación y salud, 2da edición ALEZEIA, Madrid, 2002.
200. Cuba. MINSAP-CNPES. Conceptos sobre participación comunitaria y salud. Ciudad Habana: MINSAP; 1999.
201. Cuba. ENSAP. Educación para salud. Maestría en Promoción y Educación para Salud, Módulo 9, Ciudad Habana: ENSAP; 2006.p. 19-27, 28-37, 38-47.

202. OPS/DAP/98/3/39. Informe técnico. Estrategias nacionales para la renovación de Salud para Todos. Washington DC: OPS; 1998.
203. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Participación comunitaria en Salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países latinoamericanos. Diplomado de Gerencia de la Calidad Aplicada a la Salud Pública. Cooperación alemana para el desarrollo. Proyecto de apoyo al sector salud: PASS/GTZ; 2002.
204. Castellanos B. Estrategia heurística del proceso de orientación. La Habana: CIPFOE; 2007.
205. Ferrer Ferrer L. Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular "Dragones". Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2006[citado 21 ene 2009]; 32(3). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu09306.htm.
206. Coe GA. Comunicación y promoción en salud. Chasqui, Quito, Ecuador [tema en internet]. [Citado: 3 mar 2009]. Disponible en: <mailto:chasqui@ciespal.org.ec?subject>.
207. Colectivo de autores. El autodesarrollo comunitario. Crítica a las mediaciones sociales recurrentes para la emancipación humana. Santa Clara: Editorial Feijoo; 2004.
208. Colomer Revuelta C, Dardet Díaz CA. Promoción de Salud y Cambio Social. Barcelona: Editorial mason; 2000.
209. Cucco M. Bases metodológicas para un abordaje integral en salud comunitaria. Madrid: Centro "Marie Langer"; 1995.
210. Rebollar Sánchez MA. Intervención comunitaria, la metodología de los procesos correctores comunitarios, una alternativa para el crecimiento humano en la comunidad. La Habana: CENESEX; 2003.
211. Sánchez Fuentes JI, Duque Santana G, Sánchez C. Manual de capacitación para facilitadores juveniles en educación sobre ITS-VIH/sida. La Habana: Editora Lazo Adentro; 2006.

212. Terris M. Conceptos sobre Promoción de la Salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública. Ginebra: OMS; 1992.
213. Alonso Díaz A. Promoción de la Salud. Medicina Familiar en Cuba. México: EDITORIAL; 1998.
214. Cuba. MINSAP. Fundamentación de un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad. La Habana: MINSAP; 1989.
215. Nancy Ramos D, Narey B. Aldereguía # 1. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990.p. 21-22.
216. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención primaria en Estomatología. Rev Cubana Estomatol. 1997; 18(1): 40-9.
217. Cuba, Ministerio Salud Pública. Guía Cubana para la Prevención, Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. La Habana: MINSAP; 2006.
218. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la Efectividad de los programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol, cannabis: ¿Qué nos dicen las metas- análisis? Revista Española de Salud Pública. 2002; (3) : 76, 174
219. Fuentes González, Homero. El Proceso de la Investigación Científica. Centro de Estudios de la Educación Superior "Manuel F. Gran", Santiago de Cuba, 2000.
220. Infante Prado J. Modelo y metodología para la formación integral de los estudiantes de la carrera de ingeniería química. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente, Centro de Estudios de la Educación Superior "Manuel F. Gran"; 2005.
221. Olsen W. Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed. En: Holborn M. Development in Sociology. New York: Causeway Press; 2004.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA.

CURSOS DE POST-GRADOS IMPARTIDOS

1999

- Alcoholismo (60 horas)
- 2 cursos de Actualización en alcoholismo (80 horas)

2000

- 3 cursos de Actualización en alcoholismo (80 horas)
- Actualización en alcoholismo. Curso a distancia (Universidad Virtual)
- Drogas Ilegales (40 horas)
- Diplomado de Farmacoepidemiología. Módulos Hipnóticos-Sedantes, Alcohol y Tabaco. (20 horas)
- Curso Político a cuadros de la UJC y la FEU (60 horas)

2001

- Actualización en alcoholismo. Curso a distancia (Universidad Virtual)
- Actualización en alcoholismo (80 horas)
- Problemas en la familia por el alcohol (40 horas)
- Marihuana (20 horas)
- Curso Básico Nacional sobre Capacitación en Drogodependencias (40 horas)
- Curso Político a cuadros de la UJC y la FEU (60 horas)
- Curso Electivo “ Reseña histórica del alcoholismo (20 horas)

2002

- Actualización en alcoholismo. Curso a distancia (Universidad Virtual)
- Actualización en alcoholismo (80 horas)
- Problemas en la familia por el alcohol (40 horas)
- Marihuana (20 horas)
- Curso Básico Nacional sobre Capacitación en Drogodependencias (40 horas)
- Curso Político a cuadros de la UJC y la FEU (60 horas)
- Curso Electivo “Drogas Ilegales” (20 horas)

- Seleccionada Miembro del Comité Académico Nacional para la Capacitación en Temas vinculados a “Programa de Prevención del uso indebido de drogas y atención a la drogodependencias”.12/5/2000. CENAPEM

2003

- 4 Cursos Básicos Nacionales sobre Capacitación en Drogodependencias (40 horas)
- 3 Cursos Electivos Curso Electivo “ Drogas Ilegales” (20 horas)
- Marihuana (20 horas)
- Drogas Ilegales (20 horas)
- Realización de diseño completo de propuesta de Maestría en Drogodependencias para la Atención Primaria

2004

- Drogas Ilegales Niquero. Granma (20 horas)
- Significación Social de las Adicciones (20 horas)

2005

- Actualización en Drogodependencias. Facultad Ciencias Médicas 17-22/1/2005 (24 horas)
- Actualización en Drogodependencias”, Gerencia Territorial ETECSA. Guantánamo. 14-18/2/2005 (20 horas).
- Prevención de drogas. Instituto Superior Pedagógico 23-27/5/2005 (20 horas)
- Significación Social de las Drogodependencias. Centro de Información sobre Tratamiento Integral del Cáncer. Guadalajara. México 14-18/3/2005 (20 horas)
- Alcoholismo y otras drogodependencias: su incidencia en el lenguaje. Universidad de Lleida. España 25-30/7/2005 (20 horas)
- "Drogas Ilegales". En Universidad Virtual
- Actualización en Drogodependencias. Instituto Superior Pedagógico 10/2005 (20 horas)
- Actualización en Drogodependencias”, Instituto Superior Pedagógico 11/2005 (20 horas).

2006

- Abordaje del alcoholismo en la adolescencia. Facultad de Ciencias Médicas 25-2 al 3-3/2006 (20 horas)
- Drogas Ilegales. Facultad de Ciencias Médicas 6 al 10/3/2006 (20 horas)
- Módulo: Alcoholismo y tabaquismo en embarazadas. En Diplomado de Nutrición. Policlínica en San Justo. Junio/2006
- Curso Nacional sobre Sida. 24/7 al 4/8/2006. Dirigido a Médicos Extranjeros Coordinado por FCM, CPHEM y C. P. Educación para la Salud.
- Problemas en la familia por el alcohol
- Facultad de Ciencias Médicas. 20 horas. 18-22/9/06

2007

- Prevención de drogas en adolescentes
- Facultad de Ciencias Médicas. 20 horas. 15-19/1/07
- Drogas Ilegales.
- Facultad de Ciencias Médicas. 20 horas. 12-17/2/07
- Problemas en la familia por el alcohol
- Facultad de Ciencias Médicas. 20 horas. 18-22/9/07

2008

- Prevención de drogodependencias. Facultad de Ciencias Médicas. 20 horas. 14-18/4/08
- Psicofármacos y drogas ilegales. Facultad de Ciencias Médicas. 80 horas. 9- 20/6/08
- Cine, Drogas y Violencia. Facultad de Ciencias Médicas. 60 horas. 7-18/7/08
- Actualización en Alcoholismo. Facultad de Ciencias Médicas. 60 horas. 8-26/9/08
- Psicofármacos, tabaco y Xantinas. Policlínico Norte. 20 horas. 6-11/10/08
- Psicofármacos, tabaco y Xantinas. Policlínico Norte. 20 horas. 6-11/10/08
- Psicofármacos, tabaco y Xantinas. Policlínico San Justo. 20 horas. 13-18/10/08

- Psicofármacos, tabaco y Xantinas. Policlínico Sur. 20 horas. 15-20/10/08
- Psicofármacos, tabaco y Xantinas. Policlínico Caribe. 20 horas. 1-6/12/08
- Psicofármacos, tabaco y Xantinas. Policlínico Centro. 20 horas. 8-13/12/08

2009

- Prevención de drogas ilegales. Facultad de Ciencias Médicas. 40 horas 27/4-8/5/09
- Cine, Drogas y Violencia. Policlínico Norte. 40 horas. 15-26/6/09

TESIS TUTORIADAS Y/O ASESORADAS

- TTR “Algunos factores de riesgo en el hábito de fumar de adolescentes”

Autor: Dr. Eliécer Lescaille Toledano (MGI) 2002 Asesora

- TTR “Intervención educativa en bebedores de riesgo de la Comunidad de Clemencia. Jamaica. Guantánamo”

Autora: Bárbara Rodríguez Valenzuela (MGI) 2003. Asesora

- TTR “Intervención comunitaria sobre drogas ilegales en adolescentes del consultorio médico de la familia “Rihito”.

Autor: Dr. Roberto Alejandro Guerra García (MGI) 2003. Asesora

- TTR “Intervención educativa para modificar los conocimientos sobre alcoholismo en las mujeres del consultorio médico de la familia de San José”

Autor: Dr. Rafael Antonio Ching Campanioni (MGI) 2003. Asesora

- TTR “Comportamiento de bebidas alcohólicas en consultorio “El Güirito”. El Jamal. Baracoa

Autora: Dra. Loraine Navarro Jiménez. (MGI) 2004. Asesora

- Tesis de Maestría “Un modelo socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en los escolares primarios”

Autor: Lic. Esteban Wilson Agüero. Asesora 2005

- TTR Comportamiento de bebidas alcohólicas en consultorio médico.

Autora: Dra. Maylin López Casadesus. Venezuela. Tutora 2005

- Tesis de la Diplomante de 5to año de Psicología de la Universidad de Oriente,

Autora: Yaimé Alayo Linton Asesora 2005

- TTR Morbilidad oculta de alcoholismo en el adulto mayor.

Autora: Dra. Yurelvis Lobaina Mejías Venezuela 2006

- TTR Alcoholismo femenino. Comunidad de Santa Catalina

Autora: Damiley Sariol Ramírez 2006

- TTR Comportamiento del alcoholismo en el consultorio médico de Ocuja en San Antonio del Sur del 2006-2008

Autora: Dra. Elvira Pérez Cobas

- Morbilidad en pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico de Guantánamo en el período 2005-2008

Autora: Lic. Elbis Pérez Villalón

PRINCIPALES INVESTIGACIONES Y/O PROYECTOS REALIZADOS

1. Proyecto "La Aventura de la Vida". Autora Principal. Este proyecto es el primero que se realiza en el país, sobre Prevención de Drogas (alcohol, tabaco y abuso de medicamentos) en niños y adolescentes de Guantánamo, logrando financiamiento del Gobierno Vasco. España, siendo actualmente ejecutado en colaboración con la ONG EDEX, de España, el mismo lo dirige el Instituto Superior Pedagógico "Raúl Gómez García" de Guantánamo, dicho proyecto por decisión del Ministerio de Educación, se extendió a otras provincias del país. 1998-1999
2. Proyecto de Evaluación Pedagógica de Fisiología (Proyecto EVA). Coautora. Importante proyecto de carácter pedagógico, que se realiza actualmente, en la especialidad de Fisiología Normal y Patológica, correspondiente a la carrera de Medicina, en Guantánamo. 1999-2002
3. Proyecto "Calidad de vida del Adulto Mayor". Coautora. 1999-2003
4. Proyecto "Capacitación en drogas, Violencia y su prevención" Autora principal en colaboración con la FMC. 2001
5. Proyecto "Modelo Socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de la provincia de Guantánamo". Investigadora Principal. Dicho proyecto ha sido aprobado por el CITMA. Se concluyó exitosamente y recibió Premio a la Innovación Tecnológica por el CITMA

6. Proyecto "Amanecer" Prevención de ITS-sida y drogodependencias en discapacitados del municipio Guantánamo. Aprobado por el CITMA. Se ejecuta en la actualidad 2009

PARTICIPACIÓN EN EVENTOS CIENTÍFICO

- Taller sobre Drogas. Especialistas en Menores. MININT, Cuba 7 Febrero 2000. Ponente.
- Factores protectores y factores de riesgo en el consumo de drogas en la adolescencia. I Jornada Territorial de Medicina Legal y II Taller Provincial de Violencia y Salud. Cuba. 10 Junio 2000. Ponente Alcoholismo ¿Muerte del concepto? Convención Internacional de Alcohólicos Anónimos. Minneapolis. Estados Unidos, 29 Junio 2000 – 2 Julio 2000. Ponente.
- Prevención del Alcoholismo. Reto del Siglo XXI. II Jornada Provincial de Ciencias Fisiológicas Guantánamo, Cuba, 11 Julio 2000, Ponente.
- Software Drogas. XIII Forum Provincial de Ciencia y Técnica Guantánamo. Cuba. 6 Octubre 2000. Ponente Software Drogas. III Jornada de la Filial Oriental de la Sociedad Cubana de Toxicología, Cuba 18 Mayo 2001. Ponente.
- Drogas: Del consumo a la prevención. III Jornada de la Filial Oriental de la Sociedad Cubana de Toxicología, Cuba, 18 Mayo 2001. Ponente.
- Marcadores biológicos en alcohólicos abstinentes. XXIV Congreso Nacional de Pediatría. V Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica. V Congreso nacional de Terapia Intensiva Neonatal y Pediatría. III Congreso Internacional "La Salud del niño menor de 5 años". II Congreso "La Salud del niño caribeño en los inicios del siglo XXI", Cuba, Junio 2001, Participante.
- Morbimortalidad por intoxicación etílica aguda en el Hospital Pediátrico de Guantánamo desde 1993 hasta 1999. 1er Evento de Mujeres Creadoras. Guantánamo, Cuba, 4 Julio 2001, Ponente.
- Libro Electrónico sobre Alcoholismo. Software Drogas. Folleto "Drogas y Violencia. Prevención". XIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Lérida, España, 18-20 Abril 2002, Ponente.
- Cátedra "Prevención de drogodependencias. Comportamiento del consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Médica de Guantánamo. 1er Taller Provincial de Educación Sexual y Para La Vida Guantánamo. Cuba, 19 Octubre 2002, Ponente.
- Alcoholismo y Violencia contra la mujer. IX Congreso Alcoholismo del Area D. F. Norte. Ciudad México México 28-30 Junio 2002, Ponente.
- Las repercusiones del alcoholismo en la Salud Mental. Medicina Homeopática y Drogadicción. Ixtapan de la Sal, México 17-20 Julio 2002, Ponente.

- Prevención de las adicciones. Enfoque socio-sanitario. 2da Jornada Científica Provincial de Bioética. Guantánamo, Cuba, 23 Noviembre 2002, Ponente.
- Dimensión etico-política de la Universidad frente a las drogodependencias. III Jornada Científica de la Asociación Médica del Caribe. Guantánamo, Cuba, 21 Dic. 2002, Ponente.
- Drogas ¿Del ocio al gozo? Taller Integral de Cátedras Multidisciplinarias Guantánamo, Cuba, 14 Marzo 2003, Ponente.
- Drogas y su repercusión social. Evento de la Unión Nacional de Historiadores de Cuba (UNHIC). Guantánamo, Cuba, 22 Marzo 2003, Ponente.
- Historia de las drogas. XV Forum Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas y Cultura Física. Cienfuegos, Cuba, 27-29 Marzo 2003, Ponente.
- Dimensión etico-política de la Universidad frente a las drogodependencias. Evento Interprovincial "Hacia el XVII Congreso Nacional de Historia". Guantánamo, Cuba, 10 Abril 2003, Ponente.
- Historia de las drogas ilegales. VII Congreso Asociación Médica del Caribe "La Salud del Turista". CIMEQ, La Habana, Cuba, 16-19 Abril 2003, Ponente.
- Turismo y Drogas. 1ra. Jornada Científica Sindical Antidrogas Guantánamo, Cuba, 19 Abril 2003, Ponente.
- Cátedra 'Prevención de Drogodependencias'. Invitada a Reunión de Decanos y Rectores para el tema Uso indebido de drogas y la corrupción. Guantánamo, Cuba, 24 Abril 2003, Ponente.
- La Universidad en la prevención de las drogodependencias. Evento Provincial por el Día Internacional de Enfermería Guantánamo, Cuba, 7 Mayo 2003, Ponente.
- Sida y Drogodependencias. Taller sobre Proyecto CEDRO del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad "Calixto García", Cuba, 11 Julio 2003, Ponente.
- Experiencias de Proyecto sobre Drogas. Primer Taller Nacional de Toxicología y Emergencias Toxicológicas. Moa, Cuba, 23- 25 Octubre 2003, Ponente.
- Drogas de diseño. Reto del Siglo XXI. Cátedra Prevención de Drogodependencias. La Universidad en la prevención de las drogas. 4to. Congreso de Educación Superior. Universidad, 2004, Cuba, 18 Octubre 2003, Ponente.
- Cátedra Prevención de Drogodependencias. Evento de Base Pedagogía 2005, Cuba, 23 Mayo 2004, Ponente.

- Algunas sugerencias para la prevención de la drogodependencia en escolares y adolescentes. Evento del Consejo de las Ciencias Sociales y Humanísticas Guantánamo, Cuba, 24 Junio 2004, Ponente.
- Proyecto "Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de la provincia Guantánamo". Jornada Nacional de Drogodependencias de la Universidad Médica. II Taller Metodológico de Capacitación en Drogas. I Taller de Trabajo de CEDRO. Ciudad de La Habana, Cuba, 28 Junio-3 de Julio 2004, Ponente.
- Violencia contra la mujer y alcoholismo ¿Qué saben nuestros jóvenes de la marihuana (Cannabis Sativa)? Taller Significación Socioeducativa de las drogodependencias. Guantánamo. Cuba, 1 Octubre 2004 Ponente.
- Significación Social de las Drogas .Evento Provincial Pedagogía '2005, Cuba, 16 Octubre2004, Ponente. Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de la provincia Guantánamo. VII Encuentro Nacional de Inteligencia, Comunicación y Creatividad, Cuba, 30 Noviembre-5 Diciembre 2004, Ponente.
- Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de la provincia Guantánamo. Simposio Internacional de Comunicación. Santiago de Cuba, Cuba, 24-28 Enero 2005, Ponente.
- Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de la provincia Guantánamo. Centro de Información sobre Tratamiento Integral del Cáncer. México, 22 Marzo 2005, Ponente.
- Un modelo socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en jóvenes universitarios. II Taller Científico Provincial de la Asociación de Pedagogos de Cuba. "Pensamiento Pedagógico Caribeño", Cuba, 26 Marzo 2005, Participante.
- Un modelo socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en estudiantes universitarios. X Congreso de la Asociación de Médicos del Caribe. Cuba, 15 Abril 2005, Ponente.
- Prevención de la Drogodependencia. Prevalencia del tabaquismo en estudiantes extranjeros de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. XII Jornada Provincial de Psiquiatría, Cuba, 6 Mayo 2005, Ponente.

- Un modelo socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en estudiantes universitarios Jornada Científica Integral en Salud, Caimanera, 2005. Cuba, 20-22 Mayo 2005, Ponente.
- Cátedra Prevención de Drogodependencias. II Encuentro Bilateral Cuba-República Dominicana. “Pensamiento Pedagógico Caribeño”, Cuba, 18-22 Julio 2005, Ponente.
- La prevención de las drogodependencias en los estudiantes de la Educación Superior. Jornadas de Análisis y Reflexión sobre los Servicios Sanitarios de la Región Sanitaria, Lleida, España 18 Julio – 27 Agosto 2005, Ponente.
- Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en jóvenes universitarios de Guantánamo. Evento “Escuela, Comunidad y Prevención de Drogas”. Ontiñena, Huesca, España, 11 Agosto 2005, Ponente.
- Significado social de las drogodependencias. II Congreso Interamericano de Salud Ambiental. Cuba, 19-23 Septiembre 2005, Ponente.
- Un Modelo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo. III Congreso Nacional de Toxicología. I Conferencia Internacional de Toxicología, Cuba, 5-7 Octubre 2005, Ponente.
- Un Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo. Drogas y religión. Congreso Internacional Maltrato Infantil. Cuba, 28 Noviembre – 1 Diciembre 2005, Ponente.
- Un Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo. VIII Encuentro Nacional de Inteligencia, Comunicación y Creatividad, Cuba, 30 Noviembre - 3 Diciembre 2005, Participante.
- Diccionario Breve sobre Prevención de Drogas. Argot de las drogas. Variaciones. Evento por el Día de la Ciencia, Cuba, 14 Enero 2006, Ponente.
- Significación social del alcoholismo. Congreso Internacional PsicoHabana, Cuba 27 Marzo – 1 Abril 2006, Ponente.
- Un modelo socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en el proceso formativo de niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo. Semioclin 2006, Cuba, 17-19 Febrero 2006, Ponente.
- Aspectos semiológicos del consumidor de Marihuana. Taller Nacional sobre Alcoholismo Cuba, 30 Marzo 2006, Participante.

- La prevención de las drogodependencias en los estudiantes de la Educación Superior. III Encuentro “Estilos de Vida contra Hábitos Tóxicos”, Cuba, 29-30 Octubre 2006, Ponente.
- Prevención de las drogodependencias. Reto del Siglo XXI. Foro Nacional de Investigaciones e Innovación en Salud “FINSA 2006”, Cuba, 27-29 Noviembre 2006, Participante.
- Significación social del alcoholismo. Congreso Iberoamericano de Medicina y Salud Escolar y Universitaria, Cuba, 6-8 Noviembre 2006, Ponente.
- Universidad y prevención de las adicciones. Experiencias en Guantánamo. Cuba. III Encuentro Territorial de Semiología Clínica y I Conferencia de Semiología Cardiovascular (Semioclin-2007), Cuba, 21 Febrero 2007, Ponente.
- La clínica en el paciente alcohólico. XII Congreso “La salud del Turista”. AMECA, Cuba, 12-14 Abril 2007, Ponente.
- Prevención del Alcoholismo. Experiencias en Guantánamo. 55. III Conferencia Internacional del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Cuba, Septiembre 2007. Participante.
- Drogas y religión. Simposio Internacional Raíces, Cultura e Identidad, Cuba, 19-20 Octubre 2007, Ponente.
- Drogas y Religión. Primer Taller Nacional sobre Formación y Desarrollo de Directivos en Salud. Cuba. 12 Abril 2008, Participante.
- II Jornada Nacional de Drogodependencia de la Universidad Médica. Taller Metodológico Nacional de Capacitación. III taller nacional de Trabajo de CEDRO. Taller Metodológico Nacional de Capacitación en Drogas. Taller Metodológico Nacional de Capacitación en Drogas. III Taller Metodológico Nacional de capacitación en Drogas III Taller Metodológico Nacional de Capacitación en Drogas, 26-30 Mayo 2008. Participante.
- Evento de mujeres Creadoras. ANIR, 21 Octubre 2008, Ponente.
- La mujer directiva retos y perspectiva retos y perspectivas. 59. Taller de la Cátedra Honorífica “Ernesto Che Guevara”, por el 80 Aniversario del Che, natalicio del Che Cuba, 11 Junio 2008, 11/6/08 11/6/08 11/6/08. Ponente.
- 60. III Jornada Provincial de Sexualidad, Cuba. Cuba, 25/6/08. 25 Junio 2008, Ponente
- Vulnerabilidad al VIH/Sida; Factores y Género. Vulnerabilidad al VIH/SIDA: Factores y Género Vulnerabilidad al VIH/SIDA: Factores y Género Vulnerabilidad al VIH/SIDA: Factores y Género. II Jornada de ITS/VIH/SIDA. Ciudad Habana 13-II Jornada de ITS/VIH/SIDA II Jornada de ITS/VIH/SIDA V Conferencia Inter e la Salud II Jornada de ITS/VIH/SIDA II Jornada de

ITS/VIH/SIDA II Jornada de ITS/VIH/SIDA II Jornada de ITS/VIH/SIDA II Jornada de ITS/VIH/SIDA II Jornada de ITS/VIH/SIDA II Jornada de ITS/VIH/SIDA, 15 /9/0815 Septiembre 28, 15 /9/08, Ponente.

- Prevención de ITS-Sida-Drogas en discapacitados del municipio Guantánamo. V Conferencia Inter Prevención de sida, its-drogas en discapacitados del municipio Guantánamo. Evento nacional de Psicología de Prevención de sida, its-drogas en discapacitados del municipio Guantánamo e la Salud. Ciudad Habana. VI Seminario Internacional de Psicología de la Salud en la Atención Primaria. Certificado en el curso Precongreso. Adicciones: Aspectos Clínicos, Epidemiológico y Terapéuticos. Sep. 2II Jornada Internacional de Psicología en Emergencias y Desastres.
- I Encuentro Internacional de Formadores en Recursos Humanos. VIII Congreso Nacional de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud. V Conferencia Inter e la Salud- e la Salud e la SaludCuba, 13-17/10/200813-17, Octubre, 2008,13-17/10/200813-17/10/2008,Participante.
- Prevención de drogas: Experiencias docentes y comunitarias. Republica Dominicana, 25 Octubre- 26 Noviembre 2008, Ponente.
- Conferencia Magistral: Los retos de la drogas en la sociedad contemporánea. Ciclo de charlas sobre prevención de drogas y violencia. Evento por el Día de la Ciencia, Cuba, 14 Enero 2009, Ponente.
- Conferencia: Sociedades Científicas: Reseña Histórica y Realidades. Semioclin 2009. Cuba, 17 Febrero 2009. Ponente.
- Conferencia: Clínica y Drogadicción: Diagnóstico de certeza. Traumas 2009. Cuba, 20-21 Marzo 2009, Ponente.
- Conferencia: Traumas y Alcohol Conferencia: Traumas y Alcohol. Psicoguantánamo 2009.
- III Jornada Científica Psicología y Salud, Cuba16-17 Abril 2009. Ponente.
- Conferencia: Drogodependencias: Un SOS al Psicólogo.
- Conferencia: Alerta social: Tabaquismo. Poster: La acupuntura en el tratamiento antitabaquico.
- VII Jornada Científica Antitabáquica. Cuba.
- Conferencia: Alerta social: Tabaquismo
- Poster: La acupuntura en el tratamiento antitabaquico.
- Premio Anual de Salud 2009.
- Cuba. Premio Especial en Innovación Tecnológica. Trabajo: innovaciones para la prevención de drogodependencias en Guantánamo.

- XX Forum Provincial Estudiantil
- CubaTrabajos:
 1. Comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo
 2. Tratamiento del tabaquismo por acupuntura
 3. Comportamiento del consumo de drogas en jóvenes del Consejo popular Los Cocos
- Jornada de prevención de drogas y violencia contra la mujer. Evento Jornada de prevención de drogas y violencia contra la mujer. Santo Domingo. Republica Dominicana 21-28/7/09, Ponente. Republica Dominicana
- 21-28/7/09 Conferencia: La Familia y la Sociedad con un objetivo común: prevenir la violencia y la drogadicción. IV Foro Internacional de Alcoholismo México, Ponente.
- Conferencia: Estrategia para la prevención de alcoholismo en jóvenes guantanameros.

SOCIEDADES A LAS QUE PERTENECE LA AUTORA.

- Sociedad de Ciencias Fisiológicas
- Sociedad de Neurociencias de Cuba (SONECUB)
- Sociedad Española de Medicina General
- Asociación Científica Drogalcohol (Valencia. España)
- Asociación Médica del Caribe (AMECA)
- Asociación del Caribe sobre Investigaciones del Cerebro (CARIBRO).
- Asociación Cubana de Psicología de la Salud
- Sociedad Cubana de Toxicología
- Asociación Socidrogalcohol. España
- Asociación de Pedagogos de Cuba
- Unión Nacional de Historiadores de Cuba
- Miembro del Comité Académico Nacional de Capacitación en Drogodependencias
- Ex-Presidenta de las Filiales de Ciencias Fisiológicas y Neurociencias en Guantánamo.
- Presidenta de la Cátedra “Prevención de Drogodependencias” en la Universidad Médica de Guantánamo. (Primera de su tipo en el país)

- Actual Presidenta del Consejo Provincial de Sociedades Científicas de la Salud.

Publicaciones

Título	Revista, libro o institución
Marcadores biológicos en alcohólicos abstinentes	Revista Adicciones España Vol.12, No.1 2000 pag. 137-143 I.S.S.N.: 0214 -4840
Drogas y Violencia. Prevención	Revista Electrónica "Información Científica". Vol. 30 No.2 Abril/Junio 2001 ISSN. 1028-9933
Estado actual de la Neuropatía Optica Epidémica	Revista Electrónica "Hombre, Ciencia y Tecnología" Edición No.15 19/6/2001 ISSN 1028-087
Morbimortalidad por intoxicación etílica aguda en el Hospital Pediátrico de Guantánamo desde 1993 hasta 1999	Programa/Resumen XXIV Congreso Nacional de Pediatría. V Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica. V Congreso nacional de Terapia Intensiva Neonatal y Pediatría. III Congreso Internacional "La Salud del niño menor de 5 años". II Congreso "La Salud del niño caribeño en los inicios del siglo XXI" 11-15/junio/2001
Muertes violentas y consumo de alcohol	Revista Adicciones. España. Vol. 13 No. 1, 2001 Pág. 75-80. I.S.S.N.: 0214 -4840
Comportamiento del consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Médica de Guantánamo, Cuba	Revista Adicciones. España Vol. 14 Suplemento 2 . 2002 Pág. 97 I.S.S.N.: 0214 -4840
Cátedra de "Prevención de drogodependencias	Revista Adicciones. España Vol. 14 Suplemento 2 . 2002 Pág. 98 I.S.S.N.: 0214 -4840
La Droga	Periódico Venceremos. Guantánamo. Pág. 4. 5 de abril del 2003 ISSN: 0864 1285
La ciencia y tecnología en el desarrollo del deporte	Revista Electrónica "Hombre, Ciencia y Tecnología" Edición No.22 15/1/2003 ISSN 1028-087
Drogas de diseño. Reto del siglo XXI	Revista Electrónica "Información Científica". Vol. 40 No.4 Oct-Dic. Año 11. 2003 ISSN. 1028-9933
Libro "¿Consumiendo el futuro?.	Libro Registro 663-2004. Centro Nacional de Derecho de Autor. Ciudad de La Habana. 18/3/2004
Algunas realidades del uso de la Marihuana	Revista Electrónica "Información Científica". Vol. 44 No.2 Oct-Dic. Año 12. 2004 ISSN. 1028-9933
Algunas realidades del uso de la Marihuana	Revista Electrónica "Información Científica". Vol. 44 No.2 Oct-Dic. Año 12. 2004 ISSN. 1028-9933
Modelo socioeducativo para la prevención de las drogodependencias en niños, adolescentes y	IX Simposio Internacional de Comunicación Social. Centro de Lingüística Aplicada. Stgo de Cuba 2005 páginas 881-

jóvenes de la provincia de Guantánamo	885 ISBN 959-7474-05-7,
Prevención de las Drogodependencias	Libro/Resumen X Congreso de la Asociación de Médicos del Caribe. Editorial CIMEQ, La Habana 13-15/4/2005 pág. 71
Prevalencia del tabaquismo en estudiantes extranjeros de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo	Libro/Resumen X Congreso de la Asociación de Médicos del Caribe. Editorial CIMEQ, La Habana 13-14/4/2005 pág. 71
Un Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo	Congreso Internacional Maltrato Infantil CD 28 Nov/1 Dic/2005
Libro "Porque creo en Alcohólicos Anónimos".	Editorial A & A. Comercializadora Mexicana JLA S.A. de C.V. I.S.B.N. 970-94247-0-X. Depósito Legal: 03- 2002-080210362300-01. Abril 2005
Pagina Web Prevención de drogas http://www.gtm.sld.cu/web/index.htm	http://www.gtm.sld.cu/web/index.htm
<u>Cocaína: Daños sobre la salud y tratamiento</u>	Revista Electrónica "Información Científica". Vol. 54 No.2 Oct-Dic. Año 15. 2007 ISSN. 1028-9933
Alcoholismo:¿Un problema social en Guantánamo?	Revista Electrónica "Información Científica". Vol. 54 No.2 Oct-Dic. Año 15. 2007 ISSN. 1028-9933
Libro "Drogas y...".	Editorial El Mar y la Montaña I.S.B.N.: 978-959-275-044-9
Universidad de Ciencias médicas de Guantánamo. 30 años de docencia	Revista BLASONES Guantánamo Año 4, No. 2, diciembre 2009

ALGUNOS RECONOCIMIENTOS A DESTACAR

- Premio Nacional en 1992 de la Academia de Ciencias de Cuba, por el trabajo "Caracterización de hábitos tóxicos en el municipio Caimanera, provincia Guantánamo (primero realizado en el país) autora principal.
- Sello Forjadores del Futuro. Comité Nacional de la UJC. 18 de noviembre de 1992
- Sello Forjadores del Futuro. Comité Nacional de la UJC. 22 de noviembre de 1994
- Diploma de Reconocimiento de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. I Legislatura por su destacada participación en el foro "Experiencias Legislativas en América sobre la enfermedad del Alcoholismo". Septiembre 26 de 1998. Ciudad de México

- Medalla “23 de Agosto” que otorga el Comité Nacional de la Federación de Mujeres Cubanas 23 de agosto 1999
- Premio Anual del Consejo de Sociedades Científicas de la Provincia Guantánamo en las categorías: *Artículo Científico* con el trabajo “Marcadores biológicos en alcohólicos abstinentes”. Revista Adicciones. España. Vol. 12 No. 1. 2000 y en *Introducción de Tecnología* con el trabajo "Software Drogas".
- Diploma de Reconocimiento del Consejo de la Administración Provincial y el Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente por haber obtenido Premio Provincial al resultado científico “Software Drogas”
- Premio a la Excelencia en Salud. Que otorga el Ministro de Salud Pública de Cuba. 2002
- Medalla “Hazaña Laboral” que otorga el Consejo de Estado 19 de julio de 2002
- Premio de la Ciudad 2001, que otorga la Asamblea Municipal del Poder Popular de Guantánamo. Diciembre 2001
- Recibió el Símbolo de la Ciudad “La Fama”, lo que significa Hija Ilustre Guantánamo. En acto solemne el 30 de noviembre de 2004.
- Recibió Réplica del Escudo del pueblo de Ontiñena, en Huesca. España Julio 2005
- Recibió Réplica de Palacio. Símbolo de la localidad de Albalate de Cinca en Huesca. España. Agosto 2005
- Distinción por la Educación Cubana que otorga el Ministro de Educación Superior Noviembre 2005
- Sello 8 de Octubre. Máxima Condecoración que otorga la ANIR. 8 de octubre de 2006
- Medalla “Jesús Menéndez” que otorga el Consejo de Estado, 23 de abril de 2008
- Premio Anual de la Salud. 2008 Edición XXXIII. En la Categoría de Libro, con el libro *Drogas Y...*
- Recibió la Medalla “Juan Tomás Roig”, que otorga el Sindicato Nacional de la Ciencia. 30 de abril 2009
- Aprobada Medalla Centenario de la Salud Pública Cubana a propuesta del Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud. Junio 2009

- Vanguardia Nacional del Sindicato de la Salud durante 14 años consecutivos

Importantes científicos y figuras públicas nacionales e internacionales han reconocido su labor en el campo de la prevención de drogodependencias, entre ellos el Profesor Dr. C. Ricardo González Menéndez, (Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y Académico del Ministerio de Salud Pública de Cuba), Profesor Dr. Emilio Bogani Miquel (Pionero de Estudios del Alcoholismo en España, Miembro-Fundador de la Asociación de Amistad Cuba-España, fallecido), Dr. George Vaillant (Autor de múltiples libros sobre alcoholismo, Profesor de la Universidad de Harvard) y el Premio Nobel de la Paz Adolfo Pérez Esquivel.

ANEXO 1

Consentimiento de participación

La investigación sobre el alcoholismo en los jóvenes es de suma importancia por la tendencia a su incremento en la sociedad guantanamera, en los actuales momentos.

El propósito del estudio es aportar datos sobre el consumo de bebidas alcohólicas de jóvenes del Consejo Popular San Justo y, sobre esta base, proponer una metodología para el desarrollo de intervenciones de carácter comunitario con las cuales mitigar la incidencia del referido flagelo.

El presente documento de consentimiento informado es parte del proyecto de investigación que se acomete. En tal concepto:

Yo _____

ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para responder los instrumentos del estudio.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta.

También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no serán divulgados ni publicados, ni mi identidad, ni los detalles personales.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes _____ de 2008

Firma

ANEXO 2

EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

COMO SE ABSORBE

1

El alcohol pasa por el tubo digestivo hasta llegar al estómago. Allí se absorbe el 20% del alcohol ingerido

2

Luego, en el intestino delgado, se completa la absorción

3

La sangre, con alcohol, circula por el cuerpo y llega al cerebro.

COMO SE ELIMINA

1

El hígado metaboliza el alcohol a un ritmo constante

2

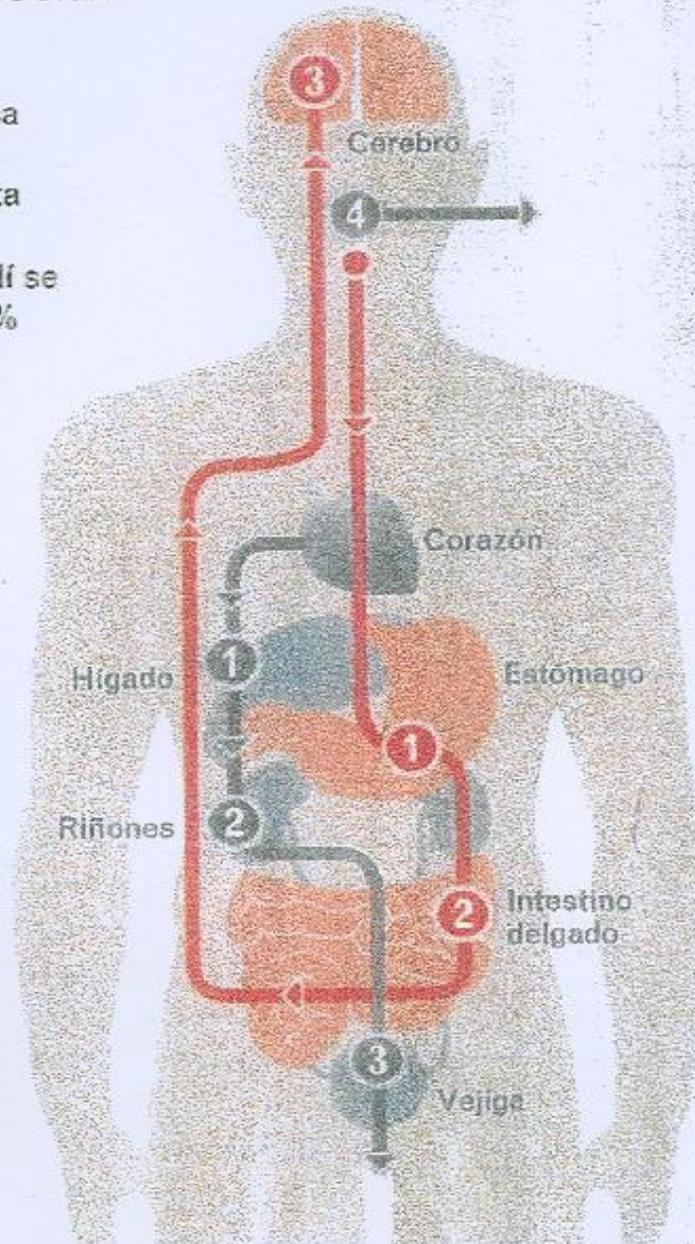
Los riñones recolectan las sustancias resultantes que son filtradas y luego enviadas a la vejiga

3

Aquí se almacena la orina, que es más abundante que la normal, luego será eliminada

4

Una mínima parte se elimina por exhalación



Fuente DR. LUIS ALBERTO KVIKGO | MARKWALD, LAMADRID Y ASOCIADOS

ANEXO 3

Entrevista a profundidad a la Delegada del Consejo Popular San Justo en Guantánamo.

Estimada compañera, las preguntas que se le formularán contribuirán a la realización de una caracterización del Consejo Popular que usted dirige. Con ello estaremos en mejores condiciones de entender la situación relacionada con el consumo de alcohol de parte de los jóvenes de la localidad y tomar las medidas pertinentes para incidir en ello desde la aplicación de una metodología de intervención comunitaria.

1. Nombre de la delegada:
2. Edad:
3. Profesión:
4. Fecha de fundación del Consejo Popular:
5. Población:
6. Límites geográficos:
7. Características socioeconómicas:
 - Instituciones sociales.
 - Condiciones de los viales
 - Situación hidrosanitaria.
 - Estratificación social
 - Condiciones de las viviendas
 - Transporte
 - Situación laboral de la comunidad
 - Medios de recreación social
 - Costumbre sociales
 - Procedencia social de los miembros de la comunidad

ANEXO 4

Cuestionario a jóvenes del Consejo Popular San Justo en Guantánamo.

Estimado compañero: Nos encontramos realizando una investigación relacionada con la prevención del alcoholismo en los jóvenes. Para la misma son necesarios e importantes tus criterios acerca de esta

problemática, te solicitamos ayuda, por lo cual solicitamos que contestes lo más sinceramente posible el siguiente cuestionario. Te damos las gracias por su colaboración.

Edad _____ Sexo _____

1. ¿Qué nivel de conocimientos consideras que posees en la temática del alcoholismo?

___ Muy Alto

___ Alto

___ Normal.

___ Bajo.

___ Muy bajo.

2. ¿Has consumido alcohol en algún momento de tu vida?

___ 1 vez.

___ 2 veces.

___ Los fines de semana.

___ Más de 3 veces

___ Ocasionalmente

___ Nunca.

3. ¿Tienes algún familiar adicto al alcohol?

___ Mi papá

___ Mi mamá

___ Hermanos.

___ Tíos

___ Primos

___ Ninguno

4. ¿Consideras que como joven estás preparado para ofrecer consejos sanos en la prevención del alcoholismo a niños, adolescentes y otros jóvenes?

Si _____

No _____

5. A continuación le ofrecemos un listado de algunas sustancias. Marque con una X solo las que usted considere que son drogas. Puedes marcar varias.

Sustancia		Sustancia	
Meprobamato		Cola	
Chocolate		Extasis	
Alcohol		Aspirina	
Diazepam		Fenobarbital	
Tabaco/Cigarro		Marihuana	
Nitrazepam		Homatropina	
Anfetaminas		Clarín	
Té		Carbamazepina	
Heroína		Café	
Morfina		Clordiazepóxido	
Metilfenidato		Captopril	

6. Si sabes que algún compañero tuyo es consumidor de alcohol y quisieras ayudarlo ¿qué 3 consejos le darías?

1) _____

2) _____

3) _____

7. ¿Te interesaría que te prepararan como promotor de salud en la temática de las drogas en general?

Si_____

No_____

No sé_____

¿Por qué?

ANEXO 5

Indicadores para la validación del Cuestionario a jóvenes del Consejo Popular San Justo en Guantánamo.

Los expertos fueron seleccionados al azar en las entidades de salud del municipio Guantánamo con el criterio de que fueran máster en algunas de las denominaciones de salud. Los mismos no se comunicaron entre sí. Se les pidió que evaluaran los indicadores en una escala Licker (1, 2, 3) donde 1 se correspondía con la menor valoración, 2 con la valoración intermedia y 3 con la máxima valoración. Al final se determinó la media ponderada de las valoraciones que se correspondieran con el intervalo 2-3.

Indicadores	Especialistas										Media
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pertinencia de las variables medidas.	2	1	3	3	3	3	2	2	3	2	2,4
Accesibilidad de los cuestionarios.	3	3	3	2	3	3	2	2	1	1	2,3
Secuencia lógica de las partes	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,1
Valor de las instrucciones	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2,7
Posibilidad de obtener datos fidedignos.	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2,1
Variedad del tipo de preguntas	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2,2
Objetivos claros en las preguntas	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2,5

Como se aprecia, todas las respuestas están en el rango entre 2 y 3, por lo tanto, en vista a los presupuestos de validación, se consideró el instrumento validado acertado por los expertos.

ANEXO 6

Entrevista a 64 jóvenes del Consejo Popular San Justo en Guantánamo.

Estimado compañero: Nos encontramos realizando una investigación relacionada con la prevención de las drogodependencias en los jóvenes. Para la misma son necesarios e importantes tus criterios acerca de esta problemática, te solicitamos ayuda, por lo cual solicitamos que contestes lo más sinceramente las siguientes preguntas. Te damos las gracias por su colaboración.

Edad _____ Sexo _____

1. ¿Qué criterios tienes acerca del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas?
2. ¿Existe en tu familia antecedente de alcohólicos? ¿Quiénes?
3. Cuando asistes a una fiesta con tus amigos, ¿Te sientes mal si no consumes bebidas alcohólicas?
4. ¿Cómo ves la problemática del consumo de bebidas alcohólicas en el barrio donde vives?
5. ¿Qué criterios tienes acerca de las ofertas de recreación en tu localidad?
6. ¿Has tenido oportunidad de asistir a algunas de las reuniones que se dan en el Consejo Local para la salud? ¿Se ha tratado el tema del alcoholismo en esas reuniones?
7. ¿Qué piensa tu familia en relación al problema del alcoholismo?
8. ¿Se han producido manifestaciones de violencia en tu familia por encontrarse uno de los miembros bajo los efectos de bebidas alcohólicas?
9. A tu pareja, ¿Le gusta que ingieras bebidas alcohólicas?
10. ¿Qué piensa tu pareja en relación a los efectos del alcohol en ti y a tus relaciones amorosas con ella?
11. ¿Te gustaría ayudar a los demás en relación al tema del alcoholismo?
12. Si te propusieran ser promotor de salud. ¿te gustaría?

ANEXO 7

Guía de entrevista aplicada a médicos del Policlínico “Mártires del 4 de abril” en Guantánamo.

Se está realizando una investigación sobre alcoholismo y es necesario conocer la opinión de los médicos acerca de las drogodependencias y el trabajo de su prevención en los jóvenes.

1. ¿Cuál es la situación que presentan los jóvenes en relación con las drogodependencias?
2. ¿Por qué documentos se rige el trabajo de prevención sobre drogodependencias?
3. ¿Qué trabajo se realiza con los jóvenes en función de prepararlos como promotores de salud en esta temática?
4. ¿Qué vías se utilizan para la capacitación científica y metodológica de los docentes en relación con la temática de las drogodependencias?
5. ¿Tienen detectado algún caso específico de joven adicto?, ¿Qué medidas se toman por parte del policlínico?
6. ¿Qué necesidades considera deben satisfacerse, para enfrentar el trabajo preventivo sobre drogodependencias?
7. ¿Está declarado el alcoholismo como un problema de salud en el Análisis de la Situación de salud del policlínico?

ANEXO 8

Guía de entrevista aplicada a miembros de la Cátedra de Salud Escolar de la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Raúl Gómez García” de la provincia Guantánamo (Radicado en el Consejo Popular San Justo).

Se está realizando una investigación sobre alcoholismo y es importante conocer las características del trabajo de apoyo de esta entidad en función de la prevención de las drogodependencias.

1. ¿Qué nivel de atención recibe la institución para desarrollar la temática de las adicciones con los estudiantes?
2. ¿Se han detectado estudiantes adictos a las drogas?
3. ¿Cuáles son las drogas más utilizadas?
4. ¿Cómo se coordina el trabajo preventivo sobre las adicciones en los colectivos de año?
5. Cuando se detecta un estudiante adicto ¿qué estrategia de atención se sigue con ellos?

6. ¿Qué trabajo de extensión universitaria se orienta realizarse por parte de los CES para abordar esta temática?

ANEXO 9

Guía de entrevista a funcionarios del Ministerio del Interior. Departamento Antidrogas de la provincia de Guantánamo.

Se está realizando una investigación sobre alcoholismo y es importante conocer acerca del trabajo de control de las drogas y del cumplimiento de las reglamentaciones al respecto en el Consejo Popular San Justo en Guantánamo.

1. ¿Cuál es la situación que presenta el Consejo Popular San Justo con respecto a las drogas?
2. ¿Cuáles son las principales sustancias que se usan como drogas en este consejo popular?
3. ¿Qué situación presentan específicamente los jóvenes?
4. ¿En cuáles drogas deben centrarse la labor de prevención?
5. ¿Cómo valoran el trabajo preventivo que realizan los compañeros del Sector de la Salud?
6. ¿Cómo valoran el trabajo preventivo que realizan los compañeros del Sector de Educación?
7. ¿Cómo valoran el trabajo preventivo que realizan los compañeros del Sector de Educación Superior?
8. ¿Cómo creen Uds. que se pueda vincular el trabajo de la escuela, la familia y la comunidad en una labor preventiva efectiva?

Anexo 10

Entrevista aplicada a líderes religiosos del Consejo Popular San Justo.

Estimado compañero, nos encontramos realizando una investigación relacionada con la prevención del alcoholismo en los jóvenes. Para ello es necesario e importante que exprese sus criterios acerca de esta problemática, por lo que le solicitamos que responda lo más sinceramente posible a las siguientes.

Le damos las gracias por su colaboración.

1. ¿Cómo caracterizaría usted el consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad de San Justo?
2. ¿Cómo usted cree que se comporta el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes de la comunidad San Justo?

3. ¿Cómo considera usted que es la influencia de la familia en los jóvenes en relación al consumo de bebidas alcohólicas?
 4. ¿En la práctica de su religión es necesario el consumo de bebidas alcohólicas?
 5. Proponga algunas acciones que usted considere que puedan contribuir a la prevención del alcoholismo en la comunidad y, de manera particular, en los jóvenes.
-
-
-

ANEXO 11

Cuestionario Posterior a la intervención.

Estimados compañeros, a continuación se les presenta un cuestionario para que en ellos exprese sus opiniones con relación al desarrollo de las sesiones de trabajo así como con respecto a la calidad de las mismas. Se agradece por anticipado su colaboración.

Marque con una cruz de acuerdo a su criterio

1. Nivel de conocimientos sobre los temas tratados en que, según su criterio, usted ha avanzado:
Alto____ Aceptable____ Bajo____
2. Satisfacción de sus expectativas previas
Alto____ Aceptable ____ Bajo____
3. Labor desarrollada por los facilitadores en las sesiones de trabajo.
Alto____ Aceptable ____ Bajo____
4. ¿Material de trabajo empleado en el desarrollo de las sesiones?
Alto____ Aceptable ____ Bajo____
5. Utilidad de las actividades para su vida personal.
Alto____ Aceptable ____ Bajo____
6. Organización y el desarrollo general del trabajo.
Alto____ Aceptable ____ Bajo____
7. Asistencia y puntualidad de los participantes
Alto____ Aceptable ____ Bajo____
8. Satisfacción general con los eventos realizados.
Alto____ Aceptable ____ Bajo____

9. Sugerencias para mejorar la Organización y desarrollo general de este tipo de evento:

1. _____

2. _____

10. Exprese brevemente cualquier observación, opinión o sugerencia que no haya sido recogida en las preguntas anteriores y que considere importante.

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO 12

Entrevista a familiares y vecinos de los jóvenes que participaron en la intervención.

Parentesco con el joven: _____

1. ¿Qué criterios tiene usted acerca del alcoholismo?
2. ¿Considera usted que ha sido beneficioso para el joven participar en el proyecto de intervención? Explique.
3. ¿Han mejorado las relaciones del joven con los demás en el contexto familiar y en el barrio?
4. ¿Al participar usted en el proceso de intervención, le han parecido adecuadas las temáticas tratadas?
5. ¿Cree usted que el joven participante de la intervención está en mejores condiciones para forjarse un futuro cualitativamente superior?
6. ¿Qué piensa usted en relación a difundir el proceso de intervención comunitaria en otros lugares de la comunidad?
7. ¿Quiere plantear algo más?

Muchas gracias.

ANEXO 13

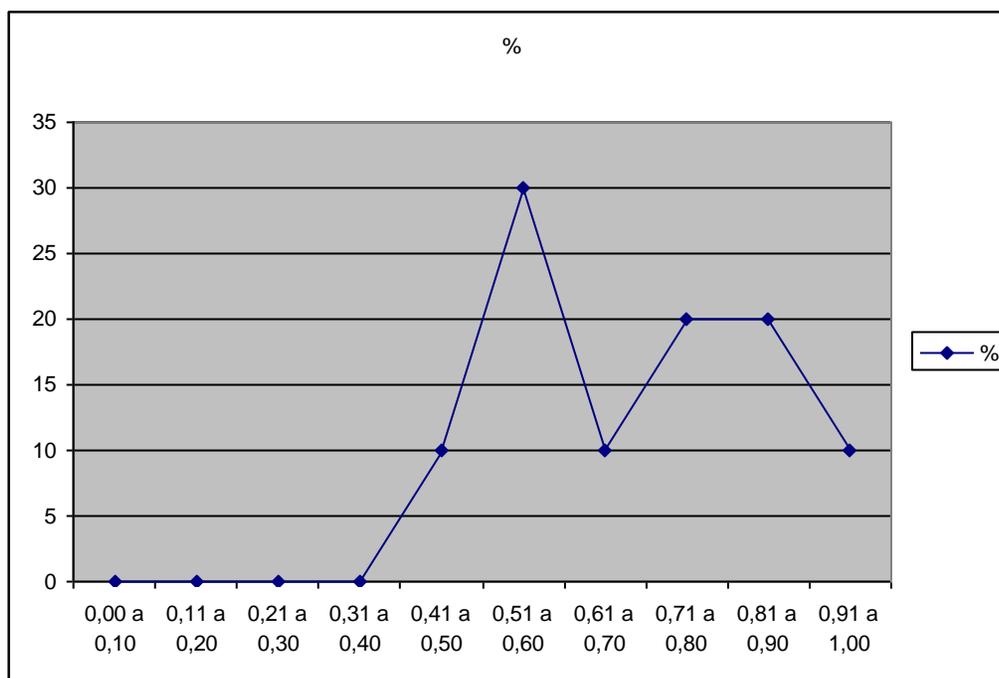
Guía de Entrevista a expertos para la Técnica Delphi

1. ¿Qué opiniones tienen ustedes acerca del desarrollo de las acciones de trabajo comunitario dirigidas a la prevención de la drogodependencia?
2. De acuerdo con su criterio ¿Es necesario perfeccionar esta actividad desde la propuesta de un cambio de concepción?

3. ¿Considera usted que una propuesta basada en un modelo holístico y sistémico permita un mejor desarrollo de la actividad que se modela?
4. ¿Qué opina usted acerca de la instrumentación del modelo en el proceso de intervención a los jóvenes que se propone en esta tesis?
5. La tesis de considerar, como contradicción fundamental, la existente entre el carácter multidimensional del proceso salud-enfermedad y la proyección socio-comunitaria de la metodología de intervención en salud: ¿Es consecuente con la realidad?
6. ¿Consideran ustedes que están reñidos los procedimientos tradicionales de desarrollar la dinámica de las intervenciones comunitarias con las exigencias de los momentos actuales que demanda el paradigma sociotécnico y de la sociedad del conocimiento?
7. ¿Cree usted que los componentes teóricos empleados complementan la dimensión sociolóbiomédica en la consideración holística y sistémica del proceso de intervención comunitaria?
8. ¿Considera usted el flujograma que se muestra en el capítulo 3 de la tesis se corresponden con el modelo propuesto?
9. ¿Considera usted que es exhaustiva la propuesta del modelo y del método que se realiza en la tesis para el desarrollo de las acciones de intervención?

Distribución de frecuencias del Coeficiente K.

Distribución	Cantidad	%
0,00 a 0,10	0	0
0,11 a 0,20	0	0
0,21 a 0,30	0	0
0,31 a 0,40	0	0
0,41 a 0,50	3	10
0,51 a 0,60	9	30
0,61 a 0,70	3	10
0,71 a 0,80	6	20
0,81 a 0,90	6	20
0,91 a 1,00	3	10
Total	30	100



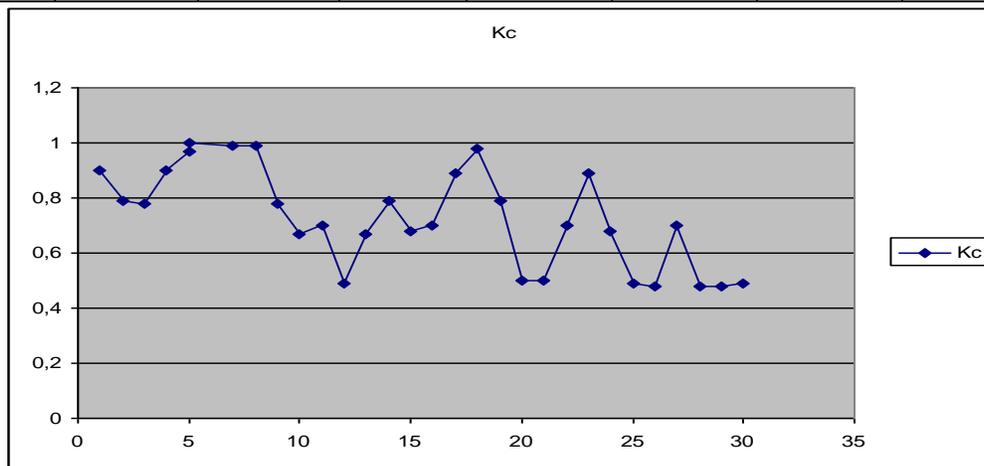
Las desviaciones del promedio y sus cuadrados:

No	Desviaciones	Cuadrado	11	- 0,11	0,0121	22	- 0,11	0,0121
1	0,19	0,0361	12	- 0,17	0,0289	23	0,18	0,0324
2	0,08	0,0064	13	- 0,13	0,0169	24	- 0,02	0,0004
3	0,08	0,0064	14	0,08	0,0064	25	- 0,22	0,0484
4	0,19	0,0361	15	- 0,12	0,0144	26	- 0,22	0,0484
5	0,22	0,0484	16	- 0,01	0,0001	27	- 0,06	0,0036
6	0,19	0,0361	17	0,13	0,0169	28	- 0,22	0,0484
7	0,23	0,0529	18	0,28	0,0784	29	- 0,17	0,0289
8	0,14	0,0196	19	0,08	0,0064	30	- 0,17	0,0289
9	0,08	0,0064	20	- 0,21	0,0441	----	-----	-----
10	- 0,03	0,0009	21	- 0,16	0,0256	----	-----	-----

Tabla del coeficiente K_c en la consulta de expertos.

Expertos	Respuestas de los ítems						
	1 (0,3)	2 (0,5)	3 (0,05)	4 (0,05)	5 (0,05)	6 (0,05)	K_c (1)
1	0,3	0,4	0,05	0,05	0,05	0,05	0,90
2	0,2	0,4	0,04	0,05	0,05	0,05	0,79
3	0,2	0,4	0,05	0,03	0,05	0,05	0,78
4	0,3	0,4	0,05	0,05	0,05	0,05	0,90
5	0,3	0,5	0,04	0,05	0,05	0,03	0,97
6	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1,00
7	0,3	0,5	0,05	0,05	0,04	0,05	0,99
8	0,3	0,4	0,05	0,04	0,05	0,05	0,99
9	0,2	0,4	0,05	0,05	0,03	0,05	0,78
10	0,1	0,4	0,03	0,05	0,05	0,04	0,67
11	0,1	0,4	0,05	0,05	0,05	0,05	0,70

12	0,1	0,2	0,05	0,04	0,05	0,05	0,49
13	0,1	0,4	0,05	0,05	0,03	0,04	0,67
14	0,2	0,4	0,05	0,04	0,05	0,05	0,79
15	0,1	0,4	0,03	0,05	0,05	0,05	0,68
16	0,1	0,4	0,05	0,05	0,05	0,03	0,70
17	0,2	0,5	0,04	0,05	0,05	0,05	0,89
18	0,3	0,5	0,05	0,05	0,03	0,05	0,98
19	0,1	0,5	0,05	0,04	0,05	0,05	0,79
20	0,1	0,2	0,05	0,05	0,05	0,05	0,50
21	0,1	0,2	0,05	0,05	0,05	0,05	0,50
22	0,1	0,4	0,05	0,05	0,05	0,05	0,70
23	0,2	0,5	0,05	0,05	0,04	0,05	0,89
24	0,1	0,4	0,05	0,05	0,03	0,05	0,68
25	0,1	0,2	0,05	0,04	0,05	0,05	0,49
26	0,1	0,2	0,03	0,05	0,05	0,05	0,48
27	0,1	0,4	0,05	0,05	0,05	0,04	0,70
28	0,1	0,2	0,05	0,05	0,05	0,03	0,48
29	0,1	0,2	0,05	0,05	0,03	0,05	0,48
30	0,1	0,2	0,04	0,05	0,05	0,05	0,49



ANEXO 14

Distribución de frecuencias del Coeficiente K de Kendal

Categorías para evaluar el coeficiente K _A											
No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X0,1
1									X		0,9
2								X			0,8
3								X			0,8
4									X		0,9
5									X		0,9
6								X			0,8
7									X		0,9
8								X			0,8
9								X			0,8
10					X						0,5
11					X						0,5
12						X					0,6
13					X						0,5
14								X			0,8
15					X						0,5
16					X						0,5
17								X			0,8
18								X			0,8
19								X			0,8
20					X						0,5

21						X					0,6
22					X						0,5
23								X			0,8
24					X						0,5
25					X						0,5
26					X						0,5
27						X					0,6
28					X						0,5
29						X					0,6
30						X					0,6

No	Semisuma	K _A	11	$\frac{1}{2}(0,70+0,50)$	0,60	22	$\frac{1}{2}(0,70+0,50)$	0,60
1	$\frac{1}{2}(0,90+0,90)$	0,90	12	$\frac{1}{2}(0,49+0,60)$	0,54	23	$\frac{1}{2}(0,89+0,90)$	0,89
2	$\frac{1}{2}(0,79+0,80)$	0,79	13	$\frac{1}{2}(0,67+0,50)$	0,58	24	$\frac{1}{2}(0,88+0,50)$	0,69
3	$\frac{1}{2}(0,78+0,80)$	0,79	14	$\frac{1}{2}(0,79+0,80)$	0,79	25	$\frac{1}{2}(0,49+0,50)$	0,49
4	$\frac{1}{2}(0,90+0,90)$	0,90	15	$\frac{1}{2}(0,68+0,50)$	0,59	26	$\frac{1}{2}(0,48+0,50)$	0,49
5	$\frac{1}{2}(0,97+0,90)$	0,93	16	$\frac{1}{2}(0,70+0,70)$	0,70	27	$\frac{1}{2}(0,70+0,60)$	0,65
6	$\frac{1}{2}(1,00+0,80)$	0,90	17	$\frac{1}{2}(0,89+0,80)$	0,84	28	$\frac{1}{2}(0,48+0,50)$	0,49
7	$\frac{1}{2}(0,99+0,90)$	0,94	18	$\frac{1}{2}(0,98+1,00)$	0,99	29	$\frac{1}{2}(0,48+0,60)$	0,54
8	$\frac{1}{2}(0,99+0,80)$	0,85	19	$\frac{1}{2}(0,79+0,80)$	0,79	30	$\frac{1}{2}(0,49+0,60)$	0,54
9	$\frac{1}{2}(0,78+0,80)$	0,79	20	$\frac{1}{2}(0,50+0,50)$	0,50	---	-----	-----
10	$\frac{1}{2}(0,67+0,70)$	0,68	21	$\frac{1}{2}(0,50+0,60)$	0,55	---	-----	-----