

**LLIBRE BLANC  
DE LA PREVENCIÓ  
A CATALUNYA:**  
CONSUM DE DROGUES  
I PROBLEMES ASSOCIATS





**BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP**  
**Llibre blanc de la prevenció a Catalunya :**  
**consum de drogues i problemes associats**

Bibliografia

I. Catalunya. Generalitat II. Catalunya.

Direcció General de Salut Pública

1. Drogoaddicció-Catalunya-Prevenció

2. Catalunya-Política sanitària

613.83(467.1)

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

**Edita:** Subdirecció General de Drogodependències

Direcció General de Salut Pública

**Elabora:** Subdirecció General de Drogodependències

Direcció General de Salut Pública

**Primera edició:** Barcelona, maig 2008

**Tiratge:** 6.000 exemplars

**Dipòsit legal:** B-XX.XXX-2008

**Revisió lingüística:** Secció de Planificació Lingüística  
del Departament de Salut

**Disseny Gràfic:** Alex Verdaguer

**Impressió:** Gràfiques Cuscó SA

LLIBRE BLANC  
DE LA PREVENCIÓ A CATALUNYA:  
CONSUM DE DROGUES  
I PROBLEMES ASSOCIATS

# PRESENTACIÓ

En el marc de la reforma dels serveis de salut pública a Catalunya endegada al llarg d'aquests últims anys, el Departament de Salut ha situat la promoció de la salut i la prevenció com a eixos prioritaris d'intervenció. Com a resultat d'aquesta voluntat i interès polítics, s'han desenvolupat diferents processos de reflexió participativa que estableixen els plans d'actuació futurs, amb relació a problemàtiques de salut i la gestió dels seus riscos. En aquesta línia, neix el procés d'elaboració de l'Estratègia nacional de prevenció: consums de drogues i problemes associats. Es tracta d'un procés en què han col·laborat professionals, organismes i associacions dels àmbits de l'educació, la salut, la família, el treball, els mitjans de comunicació, el lleure i l'àmbit comunitari, que vol definir els objectius estratègics, els operatius i les accions per prioritzar, per a la millora de l'abordatge preventiu dels consums de drogues i els problemes que s'hi associen.

Ens trobem en un moment idoni per plantejar-nos aquest repte, ja que, a les lliçons acumulades gràcies a les experiències dels professionals i de les institucions, podem ara sumar-hi l'evidència aportada per un nombre creixent d'iniciatives sòlides d'investigació –tant epidemiològica com experimental– molt rellevants per a la prevenció. Disposem, doncs, dels elements necessaris per adoptar una política que s'ha de caracteritzar per l'adequació a unes necessitats socials en evolució constant, tenint molt en compte especialment les circumstàncies que situen determinades persones, famílies o grups socials en posicions més fràgils i vulnerables, als cada cop més sofisticats i complexos condicionants del consum de drogues.

Així amb aquest llibre blanc, el Departament de Salut vol fer palès el compromís institucional del Govern de la Generalitat de Catalunya per avançar cap a una millora sensible dels problemes de salut vinculats amb el consum de drogues, i comprometre's a assumir les seves responsabilitats de lideratge per promoure la col·laboració entre totes les institucions del Govern i de la societat civil.

Amb satisfacció us presento aquesta publicació, que de ben segur ens ajudarà a conèixer el nostre passat en l'àmbit de la prevenció, entendre el nostre present i planificar les polítiques preventives sobre els problemes derivats del consum de drogues del nostre futur.

**Marina Geli i Fàbrega**  
Consellera de Salut

# INTRODUCCIÓ



La salut pública constitueix un dels tres pilars bàsics de l'acció del Departament de Salut, conjuntament amb l'atenció a la malaltia i a la dependència. La seva força principal rau en el reconeixement que una bona part dels determinants de la salut se situen fora del sistema sanitari, incloent-hi els factors individuals –els determinants biològics i genètics, així com els coneixements, les actituds i les conductes–, l'entorn interpersonnal –família i amistats–, el context organitzatiu –educatiu, laboral i del lleure– i la comunitat, ja sigui el barri, el poble o la ciutat. Els eixos d'actuació principals inclouen la promoció i la protecció de la salut, així com la prevenció de la malaltia, amb el suport de la vigilància i el monitoratge dels seus determinants principals.

La prevenció i la promoció formen un contínuum indispensable: la primera suposa un abordatge fonamentalment individual i sanitari, centrat en la detecció i la intervenció sobre els factors de risc, i posa èmfasi en la dimensió educativa, a través de la relació entre el personal mèdic o d'infermeria i els pacients. Alhora, la promoció de la salut s'orienta marcadament a la comunitat, i posa l'accent en els factors positius que permeten enfortir la salut i l'autonomia personal i la cohesió social, a través de la comunicació social i de la relació entre la comunitat i els agents socials i econòmics. Les seves estratègies principals inclouen l'educació, la facilitació, la mobilització social i la defensa dels principis bàsics de l'acció en salut (*advocacy*).

Catalunya té una llarga història de lideratge i d'acció innovadora i efectiva en el camp de la salut pública, tant en l'àmbit autonòmic com en els àmbits local i supralocal. Entre els elements principals que sustenten aquest recorregut, destaquen la visió política, la defensa del professionalisme i el contracte social amb la comunitat. La visió política ha permès integrar la diversitat institucional per enfortir les polítiques sanitàries i socials en favor de la salut, així com per propiciar un model organitzatiu basat en la concertació i la cooperació entre els diversos agents que tenen alguna cosa a dir i a fer en matèria de salut i dels seus determinants. Al mateix temps, l'aposta pel professionalisme suposa donar plena confiança al rigor tècnic i científic i al compromís dels professionals per cercar l'excel·lència en l'anàlisi dels determinants de la salut, en la identificació de les accions més efectives i en l'esforç continuat d'implantació i d'avaluació de les polítiques en favor de la salut. Però tot això no seria possible sense un contracte social amb els agents socials i econòmics i amb les organitzacions comunitàries, base de l'acció intersectorial indispensable per actuar de manera efectiva sobre els principals factors que generen o amenacen la nostra salut individual i col·lectiva.

El Pla del Govern 2007-2010 formula un compromís explícit amb la salut pública –incloent-hi la salut laboral, la salut mediambiental i la seguretat

alimentària—, dóna més pes a les polítiques de prevenció, promoció i protecció, i propicia una reforma organitzativa important dels serveis de salut pública, a través de la creació de la futura Agència de Salut Pública de Catalunya. Això implica la definició de les prestacions individuals i col·lectives del subsistema de salut pública i de la cartera de serveis que dóna suport a l'execució. Finalment, aquesta renovació compta amb la implicació estreta dels municipis, els professionals i els ciutadans, incloent-hi els sectors econòmics i socials i les universitats i institucions de recerca. Tots aquests elements són eixos clau de la futura llei de salut pública, que vol donar resposta a les aspiracions i expectatives, massa temps ajornades, d'amplis sectors de la societat catalana.

El llibre blanc que us presentem reflecteix de manera exhaustiva els principis i els compromisos esmentats. Suposa el resultat d'un procés acurat i de participació àmplia per compartir una visió orientada a l'acció efectiva que contribueixi a fer front als nous reptes de la prevenció del consum de drogues i dels problemes associats. Aquest document posa de manifest la llarga i rica experiència dels nombrosos professionals, entitats i institucions que fan possible una resposta de qualitat al problema, permanentment canviant, de les drogodependències. Alhora, suposa la renovació del seu compromís amb la millora de la salut dels ciutadans de Catalunya, des de l'excel·lència i la innovació, a través de la col·laboració intersectorial orientada a la comunitat. Gràcies a tots per la vostra generosa contribució i per l'impuls que hi ha donat la Subdirecció de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública. Podeu estar segurs que el vostre esforç constituirà una referència cabdal de la renovació de l'acció de la salut pública a Catalunya en matèria de prevenció del consum de drogues i dels problemes associats.

En aquest esforç trobareu sempre el suport i el diàleg obert de la Direcció General de Salut Pública i de tots els seus tècnics.

**Antoni Plasència i Taradacha**

Director general de Salut Pública

25 ANYS  
D'ACTUACIONS  
PREVENTIVES A CATALUNYA:  
NOUS REPTES

Tradicionalment, gairebé totes les cultures humanes han utilitzat les drogues en un marc que podríem considerar culturalment controlat, és a dir, en el si de cerimònies, costums i contextos comunitaris bàsicament integradors, malgrat que la realitat hagi variat segons si el paradigma relacionat amb les drogues –imperant en cada període històric– hagi estat més o menys favorable al consum.

Des de començament del segle XX, i molt especialment a partir de la segona meitat de segle, la producció, comercialització i consum de drogues legals als països industrialitzats va deixar de banda aquesta dimensió cultural “tradicional” per passar a formar part de la dinàmica que regeix la societat del lliure mercat. Per tant, des de mitjan segle passat fins molt recentment, la societat no ha començat a plantejar-se la necessitat de regular aquesta situació nova des de la perspectiva de la salut pública, intentant identificar i controlar els importants interessos econòmics que mantenen i reforcen les xarxes modernes de producció, promoció i comercialització de drogues. Cal dir que aquests interessos econòmics sectorials són factors completament nous que afecten tot el que fa referència a les drogues, i, per tant, condicionen i modifiquen dràsticament els consums actuals de cada una de les substàncies psicoactives; fins i tot amb independència de la seva situació legal, o de la seva condició de drogues tradicionals o d'introducció nova en un mercat concret.

Així mateix, actualment el mercat internacional de les drogues es mou en un marc en què la pressió per consumir és cada cop més forta i cada dia es fa present entre nosaltres de manera més subtil i sofisticada. Aquesta pressió, palesa en termes d'increment constant de la producció, d'abaratiment dels preus, d'abast i cobertura de l'oferta, tant com d'increment dels recursos de promoció oberta, encoberta o subliminal, té relació directa amb les taxes anuals de consum enregistrades per les diverses substàncies psicoactives, tant legals com il·legals. Aquest marc nou fa que el consum de drogues arreu del món hagi passat de ser un acte culturalment integrat, o fruit d'una elecció personal lliure, a un comportament condicionat per determinades lleis de mercat i dinàmiques socials generalment alienes als interessos vitals de les persones.

Juntament amb aquest canvi del paradigma econòmic que afecta el mercat de les drogues, el consum de substàncies psicoactives també està condicionat per les transformacions socials i de vida ràpides i dràstiques que s'estan produint als països desenvolupats, especialment en els grups de població que, per raons diverses, es troben en situacions més vulnerables. Alguns exemples d'aquestes dinàmiques, no necessàriament negatives, són les migracions massives de població amb els consegüents processos d'aculturació; l'atur sorgit al si de les societats postindustrials; la força

creixent dels escenaris d'oci i diversió nous dins les societats riques; els importants i desitjables canvis de rols en el marc familiar; l'augment positiu i significatiu de l'esperança de vida de la població; la solitud vital de moltes persones, associada a la ruptura de les xarxes familiars i socials tradicionals, tant com el progrés exponencial de les tecnologies incorporades a la vida quotidiana. Un altre factor clau de canvi ha estat la irrupció i presència aclaparadora dels mitjans de comunicació social en la vida quotidiana de les persones; presència que sovint condiona de manera clara els estils de vida i els valors socialment dominants.

Entre molts d'altres, tots aquests factors propicien la irrupció de nous problemes per a les persones i nous reptes institucionals pel que fa al maneig preventiu del consum de drogues i els problemes associats.

Ja des de la reinstauració del Govern de la Generalitat, Catalunya va començar a ser sensible als problemes relacionats amb l'ús i l'abús de drogues. És per això que l'abordatge al nostre país dels problemes relacionats amb el consum de drogues compta actualment amb més de 25 anys de trajectòria. De fet, abans de la creació a l'Estat espanyol del Pla nacional sobre drogues l'any 1985, el conseller de Sanitat i Seguretat Social, Josep Laporte i Salas, va impulsar l'any 1981 la creació del Grup de Treball de Drogodependències, que va proporcionar el primer diagnòstic sobre alguns dels indicadors relacionats amb les drogues, així com una primera proposta d'intervenció. Cal recordar també que el Parlament de Catalunya, va aprovar per consens ampli, la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència,<sup>1</sup> pionera a l'Estat espanyol.

Poc després es crea l'Òrgan Tècnic de Drogodependències que l'any 1987 va rebre l'encàrrec d'elaborar un pla d'actuacions, posteriorment aprovat pel Consell Executiu de la Generalitat i presentat en comissió al Parlament de Catalunya.

Un quart de segle després, i en el marc de la reforma de la salut pública a Catalunya i des del desenvolupament del nou model de salut mental i addiccions, es considera necessari donar impuls nou a l'àmbit de la prevenció del consum de drogues i dels problemes associats, sobre la base dels principis de promoció de la salut i prevenció dels trastorns mentals i de les addiccions recentment adoptats a Catalunya i tenint en compte els nous reptes que constantment planteja l'evolució de la nostra realitat social.

Si volem continuar avançant vers la consecució d'aquest objectiu transformador, hem d'assegurar-nos que els esforços i els recursos dedicats a la

1. DOGC Núm.572, del 7 d'agost de 1985

prevenció –tant institucionals o d’entitats i associacions cíviques i ciutadanes–, s’inverteixin en les actuacions més efectives i més eficients.

Per aquest motiu, i per la importància de l’experiència acumulada per part dels agents socials, educatius i sanitaris, es va considerar necessari el desplegament d’un procés ampli, obert i participatiu, capaç de perfilar una proposta sòlida d’Estratègia nacional de prevenció per a Catalunya.

Durant dos anys, els membres de set grups de treball i a través de dues jornades participatives (IDEC 2006, URV 2007)<sup>2</sup> més de 200 professionals van aportar les seves experiències, que finalment la Subdirecció General de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública haurà de fer operatives detalladament en forma de Pla de prevenció de Catalunya.

En la primera part del *Llibre blanc* es fa un repàs dels fonaments que actualment justifiquen i fan necessària la redacció d’un pla de prevenció al nostre país. En primer lloc, es repassa l’evolució dels principals indicadors relacionats amb el consum de drogues a Catalunya, des dels anys vuitanta fins a l’actualitat. En segon lloc, es descriu el marc legal en què s’ha d’inserir i en què cal fonamentar la redacció del Pla de prevenció. En tercer lloc, es presenta un resum breu de l’evolució dels aspectes conceptuals i metodològics de les intervencions preventives. I, finalment, es presenta un resum sobre l’evidència d’efectivitat disponible actualment des de l’àmbit de la investigació, pel que fa a les diverses estratègies preventives aplicades i avaluades fins ara.

En la segona part del *Llibre blanc* es descriu el procés pel qual la Subdirecció General de Drogodependències del Departament de Salut ha recaptat i recollit les propostes i els suggeriments dels professionals del sector que han abocat la seva experiència per fer una anàlisi de la situació actual i, sobre aquesta base, proposar els eixos rectors, els objectius i les actuacions que cal tenir en compte en l’Estratègia nacional de prevenció de Catalunya. Aquesta proposta permet disposar d’un diagnòstic de necessitats valuós estretament lligat a la realitat diària i al territori on des de fa més d’un quart de segle els professionals de Catalunya desenvolupen les diverses tasques preventives pel que fa a la reducció de la demanda de drogues.

Finalment, un cop transcrit el diagnòstic professional i recollides les seves propostes en forma d’Estratègia nacional de prevenció, el darrer

<sup>2</sup> Institut d’Educació Contínua (IDEC), Barcelona 16 de juny de 2006; Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona 10 de novembre de 2006.

punt d'aquesta segona part del *Llibre blanc* presenta de forma sintètica les bases sobre les quals s'haurà de desenvolupar el futur Pla de prevenció de Catalunya.

Voldria agrair la tasca desenvolupada a tots els professionals que, amb la seva feina al llarg d'aquests anys, han contribuït a l'evolució conceptual i metodològica de les estratègies i activitats preventives, i molt especialment a tots els col·laboradors que d'una manera més o menys directa, han fet possible l'edició d'aquest llibre.

**Joan Colom i Farran**

Subdirector general de Drogodependències

# ÍNDEX

6	PRESENTACIÓ
8	INTRODUCCIÓ
11	25 ANYS DE ACTUACIONS PREVENTIVES A CATALUNYA: NOUS REPTES

## PART I

### SITUACIÓ DEL CONSUM DE DROGUES A CATALUNYA I AVENÇOS EN MATÈRIA DE PREVENCIÓ

20	1. EL CONSUM DE DROGUES A CATALUNYA: TENDÈNCIES OBSERVABLES
31	2. MARC LEGAL I INSTITUCIONAL DE LA PREVENCIÓ A CATALUNYA
61	3. ASPECTES CONCEPTUALS I METODOLÒGICS
96	4. REVISIÓ DE L'EVIDÈNCIA

## PART II

### ESTRATÈGIA NACIONAL DE PREVENCIÓ: CONSUM DE DROGUES I PROBLEMES ASSOCIATS

196	1. PRINCIPIS RECTORS, ASPECTES CONCEPTUALS I OPERACIONALS
196	1.1. DENOMINACIÓ
198	1.2. FITES I MÈTODE DE TREBALL ADOPTAT PER LA DEFINICIÓ DE L'ESTRATÈGIA
202	1.3. OBJECTIUS GENERALS
204	1.4. PRINCIPIS RECTORS
208	1.5. NIVELLS D'ACTUACIÓ PREVENTIVA
214	1.6. LÍNIES ESTRATÈGIQUES



216	2. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA PREVENCIÓ
218	2.1. ÀMBIT COMUNITARI
225	2.2. ÀMBIT EDUCATIU
233	2.3. ÀMBIT FAMILIAR
241	2.4. ÀMBIT LABORAL
253	2.5. ÀMBIT DEL LLEURE
261	2.6. ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL
	2.7. ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT

285	3. PROPOSTES DELS GRUPS DE TREBALL: OBJECTIUS GENERALS, OBJECTIUS ESPECÍFICS I ACTUACIONS
-----	--

287	3.1. ÀMBIT COMUNITARI
297	3.2. ÀMBIT EDUCATIU
306	3.3. ÀMBIT FAMILIAR
321	3.4. ÀMBIT LABORAL
327	3.5. ÀMBIT DEL LLEURE
339	3.6. ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL
349	3.7. ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT

361	4. BASES DEL PLA DE PREVENCIÓ DE CATALUNYA
-----	--

368	5. INVENTARI DE RECURSOS EN PREVENCIÓ DE LES DROGODEPENDÈNCIES I LES CONDUCTES DE RISC ASSOCIADES
-----	--

381	GLOSSARI DE TERMES
-----	--------------------

397	GLOSSARI DE SIGLES
-----	--------------------



PART I:

SITUACIÓ DEL CONSUM  
DE DROGUES A CATALUNYA  
I AVENÇOS EN MATÈRIA  
DE PREVENCIÓ

01

EL CONSUM DE DROGUES  
A CATALUNYA:  
TENDÈNCIES OBSERVABLES

# 01.1

## EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES: FONTS D'INFORMACIÓ

A mitjan dècada de 1980 no existien encara a Catalunya fonts d'informació sòlides que permetessin avaluar la magnitud i l'evolució dels problemes derivats del consum de substàncies, les necessitats sanitàries de les persones afectades o el volum de l'activitat assistencial que començava a desenvolupar-se. Els sistemes d'informació sanitària existents, com el Registre General de Mortalitat, no semblaven adequats per avaluar les principals complicacions mèdiques associades al consum de drogues il·legals (Brugal et al., 2004), i tampoc no oferien la possibilitat de detectar canvis recents en els hàbits de consum de begudes alcohòliques o del tabac, de manera que es feia necessari disposar de nous indicadors epidemiològics.

Després d'alguns treballs preliminars, el 1987 va entrar en funcionament el Sistema Estatal d'Informació sobre Toxicomanies (SEIT), basat en tres indicadors indirectes del consum problemàtic d'opiacis o de cocaïna: l'indicador tractament, l'indicador mortalitat i l'indicador urgències. A Catalunya, el procés d'implantació del SEIT va propiciar la posada en marxa del Sistema d'Informació sobre Drogodependències (SID), que ha permès enregistrar informació sobre la demanda de tractament especialitzat per trastorns relacionats amb el tabac, l'alcohol i altres drogues.

El desenvolupament d'aquests sistemes d'informació basats en indicadors es va considerar justificat perquè *a)* semblava més fàcil obtenir dades dels serveis sanitaris que d'altres fonts de més difícil accés, com la policia o l'Administració de justícia; *b)* altres sistemes d'informació, com els derivats dels programes nord-americans Client-Oriented Data Acquisition Process (CODAP) i Drug Abuse Warning Network (DAWN), havien utilitzat indicadors similars per estudiar les tendències en el consum de drogues (Roca & Antó, 1987).

Els principals resultats de l'anàlisi de les dades del SID es publiquen trimestralment en suport paper i electrònic, i són disponibles al web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (<http://www.gencat.cat/salut>).

A tot el món, diferents països duen a terme enquestes periòdiques per investigar el consum de tabac, alcohol i altres drogues entre els adolescents, però potser és als Estats Units on les enquestes sobre consum de drogues s'han anat desenvolupant amb més rigor i continuïtat. Així, des de 1971 l'Administració de salut nord-americana du a terme anualment una enquesta sobre consum de drogues en una mostra de domicilis nord-americans (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). Com a complement d'aquestes enquestes, l'estudi *Monitoring the Future* investiga des de 1975 les tendències de consum de diferents drogues entre els alumnes nord-americans d'educació secundària (Johnston et al., 2005).

A Catalunya, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va iniciar l'any 1982 una sèrie d'enquestes sobre consum de tabac, alcohol i altres drogues en mostres d'escolars, població general i certs col·lectius professionals amb un rol potencialment modèlic pel que fa als comportaments relacionats amb la salut (metges, diplomats en infermeria, mestres i professorat d'educació secundària, etc.). Aquests estudis van tenir continuïtat els anys 1986 i 1990, i van permetre començar a conèixer les tendències amb relació al consum de drogues a Catalunya (Majó et al., 1994).

A començament dels anys 1990 es va iniciar un projecte internacional d'avaluació del consum de drogues entre adolescents. Com a resultat d'aquests treballs, des de 1995 es desenvolupa la sèrie d'enquestes del projecte ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), en la qual el grup inicial de 25 països ha anat ampliant-se en edicions posteriors (Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 1999).

Paral·lelament al desenvolupament del projecte ESPAD, la Delegació del Govern per al Pla nacional sobre drogues (DGPNSD) va iniciar l'any 1994 una sèrie d'enquestes sobre drogues adreçades als adolescents escolaritzats de 14 a 18 anys que es porten a terme cada dos anys i que a Catalunya es desenvolupen amb la col·laboració del Departament de Salut.

Des de començament dels anys 1980, s'han anat desenvolupant a Espanya enquestes sobre consum de drogues dirigides a la població en general (Dirección General de Acción Social, 1981; Navarro J et al., 1985). Tanmateix, molts d'aquests treballs –desenvolupats amb l'impuls de diferents organismes de l'Administració central i autonòmica– no han tingut una continuïtat suficient. Des de 1995, la DGPNSD desenvolupa una enquesta domiciliària que es repeteix cada dos anys, i en la qual col·laboren també les comunitats autònomes (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2004).

Complementant aquestes enquestes centrades en l'avaluació del consum de drogues entre els escolars o la població en general, altres enquestes poblacionals investiguen el consum de tabac, alcohol i altres drogues en el marc d'estudis amb objectius més generals. Així, els anys 1994 i 2002 es van portar a terme les dues primeres edicions de l'Enquesta de salut de Catalunya, que van permetre fer estimacions sobre el consum de tabac i begudes en una àmplia mostra de la població catalana de més de 14 anys. La darrera edició d'aquesta enquesta, l'any 2006, ha incorporat millores en la recollida d'informació sobre el consum d'alcohol i incorpora mesures sobre el consum de cànnabis i cocaïna.

# 01.2

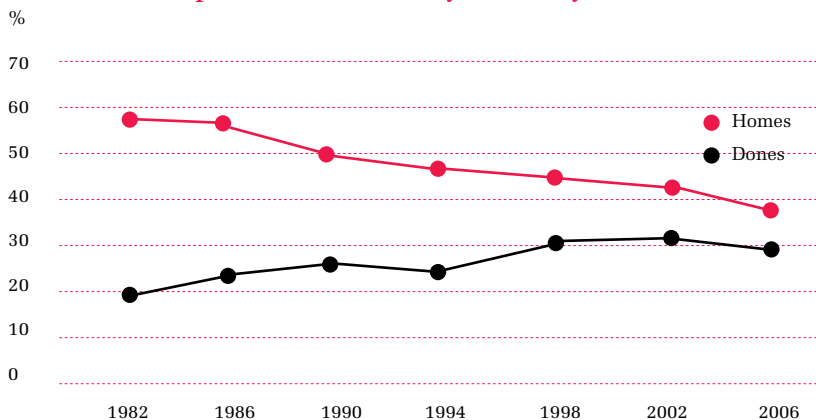
## EVOLUCIÓ DEL CONSUM DE DROGUES



### 1.2.1. TABAC

A Catalunya, la prevalença global del tabaquisme entre la població general de més de 14 anys s'ha mantingut relativament estable des de començaments de la dècada de 1980, d'acord amb el que indiquen els resultats de diverses enquestes (taules 1 i 2). Això no significa que no hi hagi hagut canvis importants en les característiques i la composició de la població fumadora: el consum de tabac mostra una tendència decreixent entre els homes, que s'ha vist contrarestada per l'increment del tabaquisme entre les dones (figura 1). Les dades disponibles semblen indicar canvis en l'evolució del consum de tabac entre les dones catalanes a partir de 2006, coincidint amb l'entrada en vigor de la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.

**Figura 1. Evolució de la prevalença del tabaquisme en la població de 15 a 64 anys. Catalunya, 1982-2006**



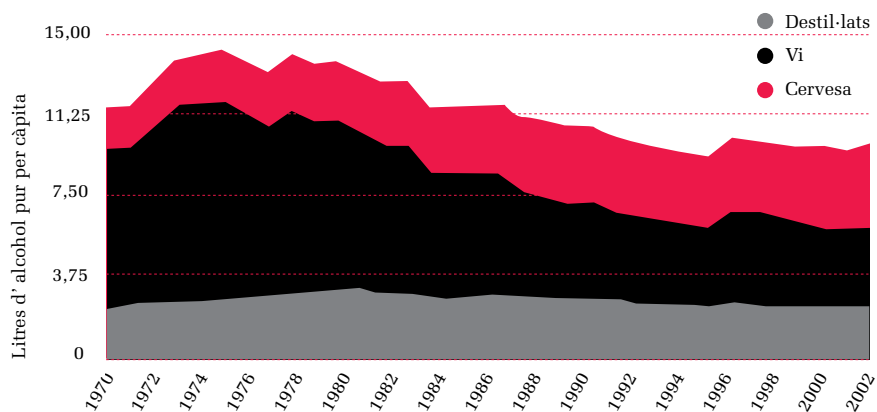
A causa del paper exemplar que poden tenir davant de la població, el consum de tabac de certs col·lectius de professionals (com el professorat, el cos mèdic i altres professionals sanitaris) ha estat objecte d'especial interès. Les dades obtingudes a Catalunya (Saltó & Villalbí, 2006) mostren una reducció molt important del tabaquisme entre els professionals de la medicina (el percentatge de fumadors ha pas-

sat d'un 52,8% l'any 1982, a un 24,5% l'any 2002); i reduccions significatives entre els farmacèutics (del 32,3% l'any 1990, al 20,4% l'any 2002), els diplomats en infermeria (del 42,4% l'any 1986, al 35,1% l'any 2002), i el professorat d'educació primària i secundària (del 45,7% l'any 1982, al 29,8% l'any 2002).

### 1.2.2. ALCOHOL

Als països del sud d'Europa, el consum de begudes alcohòliques està força estès entre la població. Així ho reflecteixen també les enquestes realitzades a Catalunya, que posen de manifest unes altes prevalències de consumidors d'alcohol tant entre la població general com entre els adolescents escolaritzats (taules 1 i 2).

**Figura 2. Evolució del consum de diferents tipus de begudes alcohòliques. Espanya, 1970-2003**



Font: European health for all database (HFA-DB)

Diferents informacions posen de manifest canvis qualitius en l'evolució dels hàbits de consum de les begudes alcohòliques, que en general indiquen una tendència al descens del consum de vi i l'increment del consum de cervesa i begudes destil·lades. Això s'observa en analitzar el consum per capita d'alcohol pur procedent de diferents tipologies de begudes alcohòliques en el conjunt de l'Estat (figura 2). A més, sembla que els consumidors joves tendeixen a associar el consum de begudes alcohòliques al temps de lleure, de vegades buscant la intoxicació, una tendència que afecta principalment els adolescents i els joves i que pot propiciar un major impacte del consum de begudes alcohòliques en les col·lisions de vehicles motor i les lesions que se'n deriven.



**Taula 1. Evolució de la prevalença de consum de drogues entre la població de 15-64 anys (%). Catalunya, 1997-2005**

	Droga	Any				
		1997	1999	2001	2003	2005
Alguna vegada a la vida	Tabac	69,8	68,3	63,5	68,1	72,3
	Alcohol	90,0	82,1	86,3	89,9	94,5
	Cànnabis	24,3	21,9	23,5	35,0	35,9
	Èxtasi / drogues de síntesi	3,4	2,8	4,5	5,6	6,9
	Cocaïna (pols)	2,9	3,2	4,2	5,9	10,0
	Base / crack	0,0	0,4	0,3	0,5	0,4
	Al·lucinògens	2,7	2,4	2,3	3,1	5,5
	Amfetamines / speed	2,9	3,1	1,9	2,6	4,6
	Inhalants	0,9	1,0	0,5	0,9	1,5
	Heroïna	0,2	0,4	0,3	0,9	0,5
	Altres opiàcis	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5
Alguna vegada en els darrers 12 mesos (*)	Tabac	44,2	44,2	45,0	49,2	44,4
	Alcohol	77,2	73,7	75,4	77,2	81,3
	Cànnabis	8,3	7,6	11,7	14,7	17,1
	Èxtasi / drogues de síntesi	1,4	1,0	1,7	1,9	1,8
	Cocaïna (pols)	1,5	1,8	2,8	3,0	4,1
	Base / crack	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1
	Al·lucinògens	1,2	1,0	0,6	0,8	1,0
	Amfetamines / speed	1,0	1,3	0,8	1,0	1,4
	Inhalants	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	Heroïna	0,0	0,1	0,2	0,3	0,0
	Altres opiàcis	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1
	Tranquil·litzants (sense prescripció mèdica)	1,6	2,0	1,6	3,6	1,1
	Hipnòtics (sense prescripció mèdica)	1,2	1,0	1,4	2,2	1,3
Alguna vegada en els darrers 30 dies	Tabac	39,6	41,0	41,6	44,9	39,3
	Alcohol	60,0	62,2	61,1	67,7	70,9
	Cànnabis	4,0	4,3	8,3	11,4	13,9
	Èxtasi / drogues de síntesi	0,1	0,1	1,0	0,6	0,8
	Cocaïna (pols)	0,9	1,0	1,4	0,7	1,7
	Base / crack	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	Al·lucinògens	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4
	Amfetamines / speed	0,2	0,4	0,6	0,1	0,6
	Inhalants	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1
	Heroïna	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Altres opiàcis	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	

**Font** Subdirecció General Drogodependències. Anàlisi de l'Enquesta domiciliària d'alcohol i drogues. Observatorio Español Sobre Drogas (DGPNSD).

**Nota (\*)** Pel que fa a la prevalença de tranquil·litzants i hipnòtics, l'enquesta se centra exclusivament en el consum d'alguna vegada en els darrers 12 mesos.

**Taula 2. Evolució de la prevalença de consum de drogues entre la població escolar de 14-18 anys (%). Catalunya, 1994-2006**

	Droga	Any						
		1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Alguna vegada a la vida	Tabac	67,0	68,7	67,1	67,1	63,1	65,2	53,2
	Alcohol	86,2	83,6	83,4	76,7	71,1	77,1	82,9
	Cànnabis	26,8	33,7	33,4	37,6	42,3	47,2	46,2
	Èxtasi / drogues de síntesi	4,4	8,4	5,0	6,2	5,5	4,7	3,8
	Cocaïna	2,4	4,5	6,8	6,0	6,7	8,7	6,9
	Al·lucinògens	6,3	9,5	5,1	4,6	3,7	5,5	5,5
	Amfetamines / <i>speed</i>	5,0	7,5	5,9	3,0	3,8	4,4	3,6
	Inhalants	3,2	5,3	5,0	4,5	3,8	4,2	4
	Heroïna	0,3	0,4	0,7	0,3	0,4	0,6	1,1
	Tranquil·litzants (sense prescripció mèdica)	6,8	6,5	7,4	7,4	7,3	7,4	10
Alguna vegada en els darrers 12 mesos (*)	Alcohol	85,4	81,8	79,9	76,0	70,2	76,8	79,4
	Cànnabis	23,8	31,0	29,6	32,3	37,4	41,8	39,3
	Èxtasi / drogues de síntesi	4,1	6,7	3,7	5,1	4,0	2,2	2,9
	Cocaïna	1,4	3,9	5,9	4,2	5,0	6,8	4,7
	Al·lucinògens	5,6	7,6	3,7	3,6	2,8	3,7	3,8
	Amfetamines / <i>speed</i>	4,1	6,2	4,0	2,3	2,7	3,2	2,9
	Inhalants	2,1	3,6	2,7	2,9	2,8	2,8	2,4
	Heroïna	0,2	0,3	0,4	0,2	0,2	0,5	0,9
Tranquil·litzants (sense prescripció mèdica)	4,5	4,9	5,3	5,3	5,1	5,2	6,4	
Alguna vegada en els darrers 30 dies	Tabac	31,0	34,8	32,6	34,1	29,5	31,3	30,9
	Alcohol	78,3	64,7	61,0	59,5	49,2	60,6	62,2
	Cànnabis	17,1	21,5	22,1	22,3	26,8	30,4	25,5
	Èxtasi / drogues de síntesi	2,6	3,8	2,3	2,5	1,3	1,1	1,6
	Cocaïna	0,8	1,9	3,5	2,0	2,7	3,4	2,6
	Al·lucinògens	3,2	3,6	2,0	1,6	1,2	2,0	2,2
	Amfetamines / <i>speed</i>	2,7	3,5	2,1	1,1	1,5	1,8	1,6
	Inhalants	1,1	1,9	1,7	2,0	1,2	1,4	1,3
Heroïna	0,2	0,3	0,2	0,05	0,1	0,5	0,8	
Tranquil·litzants (sense prescripció mèdica)	2,8	2,7	2,6	2,4	2,6	2,7	3,5	

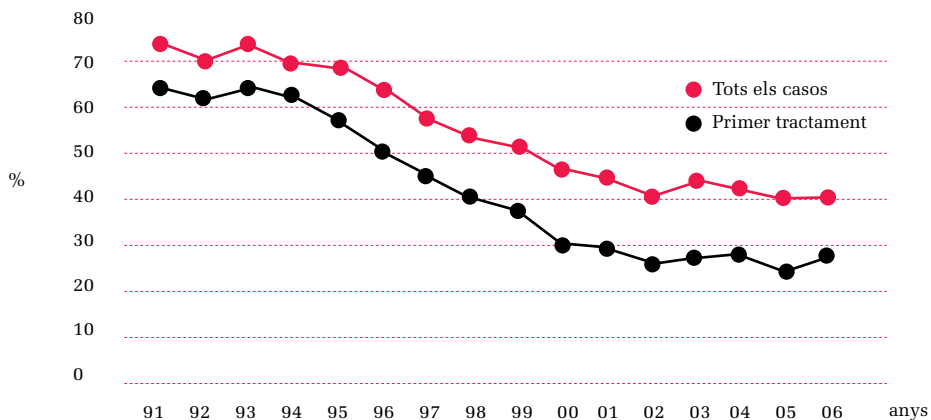
**Font** Subdirecció General de Drogodependències. Anàlisi de l'Enquesta estatal sobre el consum de drogues en l'ensenyament secundari. Observatorio Español Sobre Drogas (DGPNSD).

**Nota (\*)** Pel que fa a la prevalença del consum de tabac, l'enquesta se centra exclusivament en el consum d'alguna vegada a la vida i alguna vegada en els darrers 30 dies.

### 1.2.3. HEROÏNA

El consum d'heroïna representa un greu problema de salut des de la dècada de 1980. El consum per via parenteral ha estat –i continua sent– un dels més importants factors de risc en relació amb la transmissió del VIH i altres malalties infeccioses, i també en relació amb la sobredosi (Brugal et al., 2002). Sembla que, per fortuna, la via parenteral ha anat deixant pas a altres vies d'administració entre els consumidors d'heroïna, canvi que pot apreciar-se a la figura 3.

**Figura 3. Ús de la via parenteral com a via principal d'administració entre les persones tractades per abús o dependència de l'heroïna (casos totals i casos tractats per primera vegada). Catalunya, 1991-2006**



Font: Sistema d'informació sobre Drogodependències

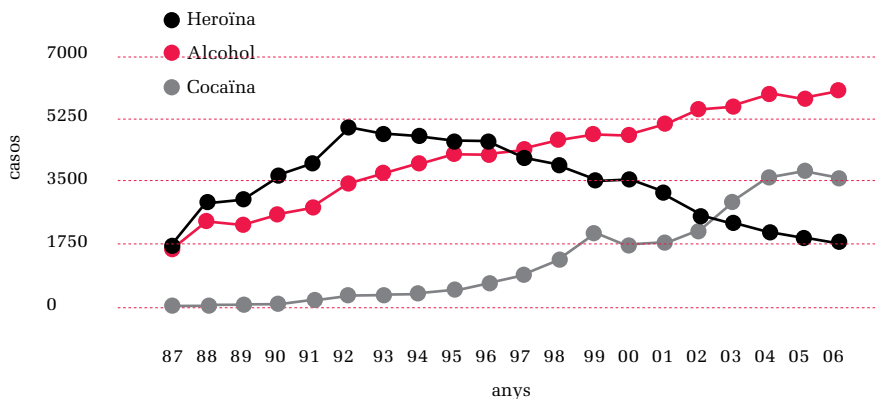
El creixement de l'oferta de tractaments de substitució amb metadona, a partir de la dècada de 1990, ha contribuït a millorar l'adhesió als serveis assistencials dels consumidors problemàtics d'heroïna, i ha ajudat a reduir el nombre anual de persones admeses a tractament, tal com mostra la figura 4. Això no significa, però, que hagin disminuït igualment les necessitats assistencials d'aquesta població, que continua utilitzant importants recursos especialitzats. A finals de 2006, per exemple, hi havia a Catalunya un total de 7.768 persones en programes de tractament substitutiu amb metadona.

### 1.2.4. COCAÏNA

Des de la meitat de la dècada de 1990 s'observa un augment molt important dels problemes associats al consum de cocaïna, que causa cada any més demanda de tractament especialitzat i d'atenció sanitària urgent (Suelves et al., 2001), tal com es preveia a finals dels anys 1980 (Camí et al., 1987; Camí & Rodríguez, 1998).

L'evolució del consum de cocaïna en la població general ha anat acompanyada d'un significatiu augment de la demanda de tractament especialitzat per abús i dependència d'aquesta substància, tal com es pot veure a la figura 4. El fet que la majoria de les persones que inicien tractament per abús o dependència de la cocaïna manifestin no haver seguit anteriorment cap altre tractament, i el llarg temps que transcorre des que un usuari inicia el consum de cocaïna fins que demana per primera vegada tractament (més de set anys entre els casos notificats els darrers anys), fa sospitar l'existència d'un nombre molt important de consumidors problemàtics que no han arribat a entrar en contacte amb els recursos assistencials.

**Figura 4. Evolució dels inicis de tractament per alcohol, heroïna i cocaïna a la XAD. Catalunya, 1987-2006**



Entre els consumidors de cocaïna, l'administració intranasal és la via d'administració més freqüent, i el clorhidrat de cocaïna la presentació més habitual. No obstant això, l'administració intravenosa de clorhidrat de cocaïna i l'administració pulmonar de base lliure són una pràctica observada amb relativa freqüència entre persones amb antecedents de consum d'heroïna. Hi ha la possibilitat que aquestes formes de consum afectin negativament les condicions socials i de salut d'aquest subgrup de consumidors, o que s'estenguin a altres subgrups de consumidors.

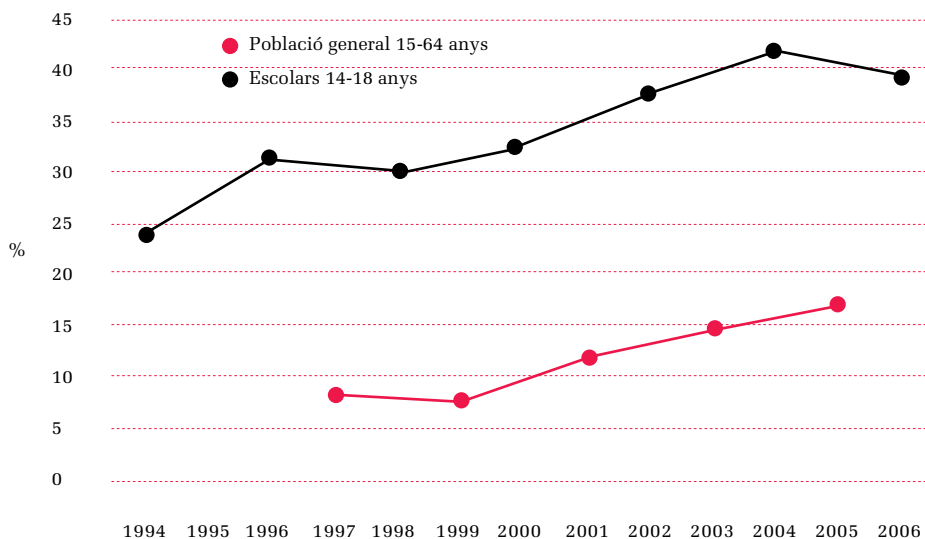
-

### 1.2.5. CÀNNABIS I ALTRES SUSTÀNCIES

En la població general, i especialment entre els adolescents, s'observa un creixement sostingut del consum de drogues com els derivats del cànnabis, tal com posen de manifest els resultats de les enquestes que es mostren a les taules 1 i 2 i la

figura 5. No es disposa de dades suficients que indiquin que l'increment del consum de cànnabis estigui provocant l'aparició de greus problemes sanitaris, però sí que s'observa una tendència sostinguda al creixement de la demanda de tractament especialitzat per abús i dependència del cànnabis, i és probable que l'extensió del consum de cànnabis tingui una contribució significativa al creixement de la morbi-mortalitat per lesions derivades del trànsit (Laumonv et al., 2005).

**Figura 5. Evolució de la proporció de consumidors de cànnabis en els darrers dotze mesos (%). Catalunya, 1994-2006**



El consum d'altres drogues no institucionalitzades amb efectes estimulants o al·lucinògens va experimentar un cert creixement durant la dècada de 1990 (taules 1 i 2), generant una forta alarma social i, potser, contribuint a distreure l'atenció de les autoritats i els professionals sanitaris sobre el creixement dels problemes relacionats amb el consum de cocaïna. Tot i això, sembla que el consum de les anomenades *drogues de disseny* no hagi continuat creixent, i tampoc s'han observat algunes de les greus conseqüències que s'anunciaven a començaments dels anys 1990.

**BIBLIOGRAFIA**

- Brugal MT, Barrio G, De LF, Regidor E, Royuela L, Suelves JM. Factors associated with non-fatal heroin overdose: Assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction* 2002; 97 (3): 319-327.
- Camí J, Antó JM, Monteis J, Álvarez-Lerma F, Menoyo E, Caus F et al. Monitoring cocaine epidemics in Barcelona. *Lancet* 1987 ag; 2 (8556): 450-451.
- Camí J, Rodríguez ME. Cocaína: la epidemia que viene. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 71-76.
- Dirección General de Acción Social. La población española ante las drogas. *Rev Est Soc Sociol Apl* 1981; núm extraord.: 76-82.
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Estocolm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe, 2000.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2004: Volume I, Secondary school students (NIH Publication No. 05-5727). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse NIH Publication No. 05-5727, 2005.
- Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB, the SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: Population based case-control study. *BMJ* 2005; 331: 1371-1377.
- Majó X, Ollé JM, Suelves JM, Torralba Ll, Colom J. El consum i les actituds de la població catalana respecte a l'alcohol i les drogues socialment no integrades. *Enquesta* 1990. *Salut Catalunya* 1994; 8: 115-120.
- Navarro J, Lorente S, Varo J, Roiz M. El consumo de drogas en España. Cuadernos Técnicos de Toxicomanías 4. Madrid: Cruz Roja Española, 1985.
- Roca J, Antó JM. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. *Comunidad Drogas* 1987; 5/6: 9-38.
- Saltó E, Villalbí JR coord. Dimensiones del problema del tabaquisme a Catalunya. Departament de Salut. Barcelona, 2006 Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/monogt.pdf> [Consulta: 14 desembre 2007].
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Overview of Findings from the 2004 National Survey on Drug Use and Health. DHHS Publication No. SMA 05-4061). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies, 2005. Disponible a: <http://oas.samhsa.gov/nsduh/2k4nsduh/2k4overview/2k4overview.pdf> [Consulta: 14 desembre 2007].
- Suelves JM, Brugal MT, Caylà JA, Torralba Ll. Cambio en los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2001; 117 (15): 581-583.
- WHO. European health for all database (HFA-DB), 2007. [Consulta: 11 desembre 2007]

02

MARC LEGAL  
I INSTITUCIONAL  
DE LA PREVENCIÓ  
A CATALUNYA

## 02.0

### MARC LEGAL I INSTITUCIONAL DE LA PREVENCIÓ A CATALUNYA

Catalunya disposa d'un marc legal ampli que, des de la recuperació del govern democràtic,<sup>1</sup> ha anat fent possible avançar en matèria de prevenció en l'àmbit de les drogues, inclosos l'alcohol i el tabac.

L'Estatut d'autonomia de Catalunya en l'article 162 atorga al Govern la competència de l'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les prestacions i els serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut mental de caràcter públic en tots els nivells i per a tots els ciutadans; així com l'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les mesures i les actuacions destinades a preservar, protegir i promoure la salut pública en tots els àmbits, incloent-hi, entre altres aspectes, la salut laboral i la vigilància epidemiològica. Addicionalment, el Govern de la Generalitat té competències plenes en matèria educativa (article 131), en l'àmbit de l'esport i el lleure (article 134), en l'àmbit de les polítiques de joventut (article 142), en l'àmbit dels serveis socials, el voluntariat, els menors i la promoció de les famílies (article 166), i en l'àmbit del treball i les relacions laborals (article 170). En aquest marc estatutari, cal assenyalar que les previsions legals en matèria de drogues constitueixen un aspecte clau de la política de salut a Catalunya, però van més enllà de l'àmbit de la salut i abasten altres aspectes protectors pel que fa a les drogues, com són els relacionats amb l'àmbit educatiu, els serveis socials, l'àmbit laboral i la promoció i el suport del teixit associatiu, la vida comunitària i la familiar.

<sup>1</sup> Catalunya és en el grup de les comunitats autònomes que tenen transferides, des de l'any 1981, les competències en matèria de sanitat, així com el País Basc i Andalusia.



## 02.1

### MARC LEGAL I INSTITUCIONAL GENERAL PEL QUE FA A LA SALUT I ELS PROBLEMES RELACIONATS AMB LES DROGUES

-

#### 2.1.1. LA REFORMA DE LA SALUT PÚBLICA A CATALUNYA I EL DOCUMENT DE BASES PER A LA CREACIÓ DE L'AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA

L'aprovació del Decret 219/2005, d'11 d'octubre, de reestructuració del Departament de Salut, palesa la determinació del Govern de Catalunya de reformar la salut pública del nostre país, tot modificant l'estructura, l'èmfasi i les competències de l'antic Departament de Sanitat i Seguretat Social, per tal d'enfortir el paper del Departament com a responsable d'establir el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut. Aquest model nou prioritza tres elements bàsics: la salut pública, l'atenció sanitària i els serveis sanitaris i socials d'atenció a la dependència. Aquesta és també la raó principal per la qual el Departament, mitjançant el Decret 303/2004, de 25 de maig, de modificació de la denominació del Departament de Sanitat i Seguretat Social (DOGC núm. 4143, de 28.5.2004), va canviar la seva denominació antiga per la de Departament de Salut.

La revisió del model sanitari existent s'adreça cap al plantejament d'un concepte nou de salut, en el qual el protagonista ha de ser el ciutadà, a qui cal oferir els coneixements necessaris que li permetin promoure l'adopció d'estils de vida saludables i prevenir la malaltia.

En aquest sentit, el Departament de Salut, mitjançant la Direcció General de Planificació i Avaluació, es dota d'una eina que, a partir de l'anàlisi i l'avaluació del sistema de salut, ha de formular els criteris generals de la planificació de les polítiques de salut i de serveis sanitaris de Catalunya. Igualment, la Direcció d'Estratègia i Coordinació té l'objectiu d'establir, de forma coordinada amb les altres direccions generals, estratègies de planificació de les polítiques sanitàries per assolir un grau d'eficàcia superior en les actuacions que garanteixen el dret a la protecció de la salut, avaluar-ne els resultats i coordinar la planificació de les activitats de docència i recerca en la salut.

Així mateix, en la mesura que la salut pública és una prioritat del Govern, per una banda, es reestructura la Direcció General de Salut Pública, per impulsar i coordinar les actuacions del Departament en aquesta matèria, i per l'altra, mitjançant la creació futura de l'Agència de Salut Pública de Catalunya<sup>2</sup>, s'implanten els serveis de salut pública al territori, per millorar-ne la qualitat de la gestió.

Finalment, en l'àmbit territorial, el Departament s'adequarà al nou model d'organització que es desplegarà mitjançant la futura llei d'organització territorial i do-

2. L'Agència de Salut Pública de Catalunya. Document de bases per a la seva creació. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut, 2006.

tarà el territori de més competències en l'àmbit de la salut, amb la participació de representants dels serveis territorials en els diferents òrgans de decisió i participació del Departament i dels organismes que en depenen.

En aquest marc, i segons s'especifica a l'article 38 del Decret, a la Direcció General de Salut Pública li corresponen, entre d'altres, diverses funcions rellevants pel que fa a les drogues i les drogodependències:

- [+] Dur a terme la vigilància de la salut pública, inclosa la vigilància epidemiològica de les malalties i dels seus determinants, així com respondre davant de situacions d'emergència per a la salut pública.
- [+] Proposar, ordenar, controlar i avaluar els programes sanitaris tendents a la prevenció de la malaltia i a la promoció de la salut, mitjançant actuacions adreçades a l'individu i a la comunitat, les accions sanitàries permanents en relació amb les malalties transmissibles i no transmissibles, i l'educació sanitària de la població.
- [+] Planificar, executar, controlar i avaluar les activitats de prevenció, assistència i tractament de les drogodependències.
- [+] Planificar, executar, controlar i avaluar les activitats de prevenció, assistència i tractament del VIH/sida i de les infeccions de transmissió sexual (ITS).

-

### 2.1.2. ANTECEDENTS LEGALS EN L'ÀMBIT DE DROGUES I DROGODEPENDÈNCIES A CATALUNYA

El Parlament de Catalunya, sensible a l'impacte de les drogodependències, va aprovar per un consens ampli, la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.<sup>3</sup> Aquesta Llei, una de les pioneres a Espanya, constitueix l'eix normatiu vertebrador del conjunt de mesures del Pla català de drogodependències.

Fruit del desplegament d'aquesta Llei, parcialment modificada per les lleis 10/1991, 8/1998 i 1/2002 i, atesa la necessitat de desenvolupar una acció coordinada i d'assegurar la col·laboració dels departaments del Govern de la Generalitat i les administracions locals, es constitueix la Comissió de Coordinació i de Lluita contra les Dependències de Drogues presidida pel conseller de Sanitat i Seguretat Social. Adscrit al mateix Departament, es crea l'any 1986, el Consell Director i l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (OTD), que exercirà les funcions de planificació i programació de les actuacions referides al desplegament de la Llei.<sup>4</sup>

El 1987, l'Òrgan Tècnic de Drogodependències rep l'encàrrec d'elaborar un Pla d'actuacions aprovat pel Consell Executiu i presentat en comissió al Parlament de Catalunya. Constitueix un conjunt de propostes d'actuació coordinades entre les diverses administracions de Catalunya per prevenir el fenomen, donar assistència i rehabilitar les persones afectades. Dins de l'àmbit estatal es coordina amb el

<sup>3</sup> DOGC núm. 572, del 7 d'agost de 1985.

<sup>4</sup> Decret 160/1986 de 26 de maig, DOGC núm. 703, publicat el 20 de juny de 1986.

Pla Nacional sobre Drogues (PNSD), creat l'any 1985 al si del Ministeri de Sanitat i Consum, que en finança una part. Tots dos plans volien ser una resposta de l'Administració a l'exigència social de resoldre el problema del consum elevat d'heroïna, però a Catalunya, ja des dels seus inicis, es dirigeix a totes les drogo-dependències i considera els problemes relacionats amb l'alcohol i les drogues des d'una perspectiva de salut pública.

Malgrat que inicialment l'èmfasi de l'OTD es va posar en l'atenció a les drogodependències des del punt de vista assistencial, les actuacions de l'OTD van anar més enllà de l'impuls i l'ordenament de la xarxa terapèutica i van englobar altres àmbits d'actuació d'importància rellevant, entre d'altres, la reducció de danys, la docència i la investigació, tant com la planificació i la coordinació amb altres departaments i organismes. En aquest marc, la prevenció es va orientar des del vessant dels serveis socials a través de les funcions de l'ICASS, així com des dels serveis assistencials de l'atenció primària, a través del Departament de Salut. En els últims anys, i en el marc del procés de reforma de la salut pública a Catalunya, el Departament de Salut –considerant que gran part de la problemàtica relacionada amb el consum de drogues constitueix un dels problemes evitables més importants plantejats en l'àmbit de la salut pública– ha anat obrint i reforçant actuacions preventives en diversos àmbits.

El marc legal d'aquestes actuacions és molt ampli, i pel que fa a les regulacions rellevants per a la prevenció a Catalunya és el següent:

- [+] El Decret 160/1986, de 26 de maig, DOGC núm. 703, publicat el 20 de juny de 1986, pel qual es crea l'Òrgan Tècnic de Drogodependències.
- [+] El Decret 69/1987, de 20 de febrer, pel qual es detallen coles i altres productes industrials inhalables amb efectes euforitzants o depressius.
- [+] La Llei 10/1991, de 10 de maig, que va modificar el règim sancionador per adequar les sancions a la graduació i quantia que estableix la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i aconseguir un efecte dissuasiu més gran, alhora que s'introduïen mesures noves que limitaven el consum de tabac i begudes alcohòliques, en atenció a les circumstàncies socials del moment.
- [+] El Decret 235/1991, de 28 d'octubre, de desplegament de la Llei 10/1991, de 10 de maig, pel qual es regulen les advertències, els missatges dissuasius, els logotips i la senyalització sobre el tabac i les begudes alcohòliques.
- [+] El Decret 266/1991, d'11 de desembre, pel qual es regula la capacitat sancionadora que preveu la Llei 20/1985, de 25 de juliol, parcialment modificada per la Llei 10/1991, de 10 de maig.
- [+] La Llei general de l'Estat 34/1988, d'11 de novembre, de reglamentació de la publicitat (articles 8.4 i 8.5).
- [+] La Llei 8/1998, de 10 de juliol, de segona modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, que amplia la prohibició del consum de begudes alcohòliques en deter-

minats establiments i restringeix aquesta activitat i la de subministrament durant les hores nocturnes en alguns establiments oberts al públic. També s'estableix la intervenció dels municipis en la regulació de les limitacions esmentades.

- [+] La Llei 1/2002, d'11 de març, de tercera modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, que estableix mesures limitadores noves amb vista a la protecció dels joves com a grup social més vulnerable davant dels productes que generen dependència. (Prohibició de venda i subministrament de begudes alcohòliques a menors de 18 anys.)
- [+] El Decret 32/2005, de 8 de març, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques en establiments i màquines expenedores.
- [+] La llei d'àmbit estatal Reial decret 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries respecte al tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.

-

### 2.1.3. MARC LEGAL ACTUAL

#### EN RELACIÓ AMB LES DROGUES I LES DROGODEPENDÈNCIES

Totes les potestats genèriques actuals del Departament de Salut descrites al punt 2.1.1., en matèria de salut es concreten, pel que fa a l'atenció dels problemes relacionats amb les drogues, en l'article 55 del Decret 219/2005, en el qual s'exposen les funcions que corresponen a la Subdirecció General de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública, que, de manera coordinada amb la Direcció d'Estratègia i Coordinació i amb la Direcció General de Planificació i Avaluació, té la responsabilitat de:

- [+] Gestionar les polítiques sanitàries en matèria de prevenció, assistència i tractament de les drogodependències.
- [+] Coordinar els dispositius tant governamentals com no governamentals implicats en la lluita contra aquesta malaltia.
- [+] Elaborar els informes preceptius per a l'autorització i el registre dels centres i els serveis destinats a l'atenció de les drogodependències.
- [+] Donar assistència tècnica als centres i serveis de caràcter públic que actuen en l'àmbit de l'atenció i la prevenció de les drogodependències.
- [+] Gestionar, si escau, els concerts, els contractes, les subvencions i altres prestacions econòmiques en matèria de drogodependències.
- [+] Coordinar-se amb els òrgans d'altres departaments que participin en els programes d'actuació interdepartamentals en relació amb les drogodependències.
- [+] Establir actuacions per al foment i la millora dels serveis en matèria d'atenció i prevenció de les drogodependències.

[+] Planificar i programar les actuacions referides al desplegament de la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.

[+] L'exercici d'altres funcions que li atribueixin els seus superiors jeràrquics.

Per tant, actualment, la Subdirecció General de Drogodependències manté competències relatives a la prevenció, a més del tractament i la reinserció dels problemes relacionats amb les drogues. I en aquest marc, entre d'altres responsabilitats, li cal definir, impulsar i coordinar totes les estratègies i els recursos preventius relacionats amb les drogues i les drogodependències, i facilitar la coordinació de prestacions dels altres departaments de la Generalitat així com d'altres institucions implicades, per tal de garantir la resposta més adient possible a les necessitats concretes que es plantegen en cada àmbit preventiu, des d'un enfocament d'atenció a les necessitats territorials i dels diversos grups que integren la ciutadania a Catalunya.

-

#### 2.1.4. PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

El Pla director de salut mental i addiccions va ser aprovat el 28 de febrer de 2006 pel Govern de la Generalitat de Catalunya<sup>5</sup> com a instrument d'informació, estudi i proposta, mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que s'han de desenvolupar en l'àmbit de la promoció de la salut mental, la prevenció i el tractament de les malalties associades amb la salut mental i les addiccions, i millorar la qualitat de vida dels afectats.

Les seves bases són un enfocament per necessitats, la promoció de la salut i la prevenció dels trastorns de la salut mental i les addiccions, l'abordatge integral, el suport en l'experiència demostrable com a base per a la presa de decisions de política sanitària, el control i l'avaluació de la pràctica i dels resultats, així com el consens entre experts. Però, tal com s'apunta a la introducció del Pla,<sup>6</sup> un model no és només un seguit de definicions ideològiques generals que ningú s'atreveix a discutir, sinó sobretot la manera com els conceptes –la missió– es realitzen. És a dir, qualsevol model necessita ser planificat, perquè només tindrà èxit si comporta uns objectius clars i realistes, si va acompanyat de totes les accions que, de manera sincronitzada, es requereixen, si genera resultats en salut i satisfacció, i si és convenientment avaluat per anar adaptant-lo als canvis de l'entorn i millorant-lo.

El compromís amb la salut mental de la població implica mirar de vincular, des de la perspectiva de salut pública, els conceptes de *salut* i *malaltia* com a fenomen social. Les activitats de promoció de la salut i la prevenció d'alguns trastorns evitables, amb estratègies que van des de la identificació dels grups en situació de risc en diferents edats, fins a la lluita contra l'estigma associat a la malaltia mental i als trastorns addictius.

6. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, 2006.

El Pla vol constituir una resposta adient a les transformacions socials importants que s'estan produint (tensions i canvis econòmics; tensions polítiques, ètniques, i culturals; l'atur i la pobresa al si de les societats riques; les migracions, la manca de suport familiar i social, la soledat i la ruptura de xarxes socials, l'allargament de l'esperança de vida i el consegüent envelliment de la població, etc.) són circumstàncies que contribueixen a augmentar la prevalença de suïcidi, conductes antisocials, violència, el consum de tabac, alcohol i altres drogues, no solament entre adolescents i joves, sinó també entre la població adulta i les persones grans. En aquest context, el Pla pretén anar introduint un canvi de paradigma també pel que fa a la conceptualització científica dels trastorns mentals i les addiccions, que tingui en compte el tribut que representen aquests fenòmens en relació amb el procés de canvi social en què està immersa la societat, i afrontar tot el conjunt de factors en joc.

Per això, el Pla considera la multidisciplinarietat com una característica essencial de treball que s'ha de traduir en les actuacions concretes. Però la integració multidisciplinària no és possible sense una visió global compartida i oberta, concretada en la capacitat de treballar en xarxa. Per això, el Pla assenyala que la xarxa comunitària ha de ser el sistema que respongui «des d'on» i «allà on» es produeixen els fenòmens de patiment i malaltia, així com produir un gir notable en la cultura reactiva actual dels serveis apostant per un concepte més preventiu i més proactiu en totes les intervencions.

Per assolir aquests reptes, el Pla es planteja els objectius estratègics següents:

### **Objectius estratègics longitudinals**

- [+] Promoure la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.
- [+] Millorar l'atenció dels trastorns mentals i les addiccions a l'atenció primària de salut (APS).
- [+] Incorporar una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris segons el territori.
- [+] La veu dels afectats: millorar-ne la implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.
- [+] La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la millora de la seva satisfacció.

### **Objectius estratègics transversals**

- [+] Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes d'atenció de salut mental i addiccions.
- [+] Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores.

- [+] Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.
- [+] Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, l'avaluació dels serveis i la cooperació europea.
- [+] Assegurar la gestió del canvi.

En aquest marc, les principals activitats preventives que preveu el Pla en relació amb la promoció de la salut i la prevenció de les drogodependències i dels problemes associats són:

- [+] El Programa salut i escola
- [+] El Protocol del nen sa en l'àmbit de l'atenció primària
- [+] El Programa de prevenció del suïcidi
- [+] Diversos programes comunitaris en l'àmbit de les drogodependències
- [+] El llibre blanc *Activitats preventives per a la gent gran*
- [+] La *Guia d'activitats preventives en l'àmbit laboral*



#### 2.1.5. OBJECTIUS DEL PLA DE SALUT 2010 I OBJECTIUS OPERACIONALS 2002-2005 PEL QUE FA A LES DROGUES, INCLOSOS L'ALCOHOL I EL TABAC

Les previsions legals esmentades fins aquí permeten reforçar la concreció dels objectius proposats pel Pla de salut<sup>7</sup> per a l'any 2010, i que –entre d'altres– pel que fa a les drogues són els següents:

##### **Objectius de salut i de disminució del risc per a l'any 2010 pel que fa al consum de tabac**

- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 i més anys fins al 28%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme a la població de 15 anys i més.
- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys fins al 32%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme a la població de 15 a 24 anys.
- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 anys i més fins al 22%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en dones de 15 i més anys d'edat.
- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els homes de 15 anys i més fins al 34%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en homes de 15 i més anys d'edat.
- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha d'assolir una proporció d'abandonament del tabaquisme en la població de 15 anys i més del 35%. Indicador d'avaluació: proporció d'abandonament a la població de 15 anys i més.

7. Pla de salut de Catalunya 2002-2010. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública, 2003.

- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els metges fins al 20%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en metges.
- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre el personal d'infermeria fins al 30%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en personal d'infermeria.
- [+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els farmacèutics fins al 17%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en farmacèutics.

### **Objectius operacionals al Pla de salut 2002-2005**

- [+] Incrementar el percentatge de població molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en els fumadors passius al 85%. Indicador d'avaluació: proporció de persones de 15 anys i més que declara estar molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en els fumadors passius.
- [+] Incrementar el percentatge de població fumadora molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en la seva salut al 60%. Indicador d'avaluació: proporció de població fumadora entre els 15 i els 64 anys d'edat que declara estar molt o bastant preocupada pels efectes del tabac sobre la seva salut.
- [+] Reduir el percentatge de professionals dels grups exemplars (cos mèdic, cos farmacèutic, personal d'infermeria, professorat) que fuma en presència dels seus pacients, clients o alumnes fins al 0%. Indicador d'avaluació: proporció de professionals sanitaris i docents que fumen en presència de pacients, clients o alumnes.
- [+] Reduir el percentatge de metges que deixen fumar a la sala d'espera al 5%. Indicador d'avaluació: proporció de metges que permeten fumar a la sala d'espera<sup>8</sup>.
- [+] Incrementar la cobertura del programa de prevenció del tabaquisme El tabac ben lluny a les escoles al 25%. Indicador d'avaluació: proporció d'escoles que participen en el programa El tabac ben lluny.
- [+] Els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 60% de la població atesa de 15 anys i més. Indicador d'avaluació: proporció d'històries clíniques d'atenció primària de persones de 15 anys o més en les quals consta la presència, o no, de tabaquisme.
- [+] Els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 40% de la població atesa de 15 a 19 anys. Indicador d'avaluació: proporció d'històries clíniques d'atenció primària de persones de 15 a 19 anys en les quals consta l'interrogatori sobre l'hàbit tabàquic.
- [+] Incrementar la cobertura del programa Atenció primària sense fum al 38% de la xarxa de centres d'atenció primària. Indicador d'avaluació: proporció de centres que participen en el programa Atenció primària sense fum.
- [+] Aconseguir que el 75% dels hospitals de la XHUP formin part de la xarxa Hospitals lliures de fum. Indicador d'avaluació: proporció d'hospitals de la XHUP que participen en el programa Hospitals lliures de fum<sup>9</sup>.

8. Aquest objectiu ha quedat ja superat per l'entrada en vigor de la llei estatal: Reial decret 28/2005.

9. Aquest objectiu ha quedat ja superat per l'entrada en vigor de la llei estatal: Reial decret 28/2005.



- [+] Reduir el percentatge de persones exposades a ambients carregats de fum del tabac més d'una hora diària a menys del 20%. Indicador d'avaluació: proporció de persones que declaren estar exposades al fum del tabac més d'una hora diària.<sup>10</sup>
- [+] Incrementar l'indicador d'impacte del programa "Deixa-ho i guanya" en el 40%. Indicador d'avaluació: participació en el programa i proporció d'èxit als 12 mesos.

### **Objectius de salut i de disminució del risc per a l'any 2010 pel que fa al consum d'alcohol**

- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per accidents de trànsit associat a graus excessius d'alcoholèmia en els conductors en el 50%. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge dels morts per accidents de trànsit amb nivells elevats d'alcoholèmia (> 0,5 g/l).
- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol en el 10%. Indicador d'avaluació: evolució dels ingressos hospitalaris per aquesta causa, segons el registre del CMBD-AH.
- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol (> 280 g en homes i > 168 g en dones) en el 10% en la població més gran de 15 anys. Indicador d'avaluació: evolució dels percentatges de bevedors excessius, segons les enquestes poblacionals.
- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys en el 10%. Indicador d'avaluació: evolució dels percentatges de joves bevedors excessius, segons les enquestes poblacionals.

### **Objectius operacionals al Pla de salut 2002-2005**

- [+] Desplegar el programa Beveu menys en el 90% de les àrees bàsiques de salut (ABS) reformades de tot Catalunya. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge d'ABS reformades que tenen desplegat el programa Beveu menys.
- [+] Incrementar en el 25% el nombre de professionals de les ABS de Catalunya que incorporin en la seva pràctica quotidiana les tècniques de cribratge i intervencions breus en l'assistència als bevedors de risc. Indicador de l'avaluació: evolució del percentatge d'EAP que han incorporat aquests procediments en la pràctica habitual, mesurada mitjançant auditories de la pràctica clínica.
- [+] Augmentar en el 30% la utilització per part dels professionals de l'atenció primària d'instruments de cribratge estandarditzats i validats (AUDIT, AUDIT-3, ISCA i altres). Indicador de l'avaluació: evolució del percentatge d'utilització dels instruments de cribratge esmentats, mesurada mitjançant auditories de la pràctica clínica.
- [+] Introduir els mètodes de cribratge estandarditzats i validats (AUDIT, AUDIT-3, ISCA i altres) en els serveis d'urgències hospitalàries de Catalunya. Indicador d'avaluació: nombre i percentatge de serveis d'urgències hospitalàries que apliquin aquests mètodes.

10. Aquest objectiu ha quedat ja superat per l'entrada en vigor de la llei estatal: Reial decret 28/2005.

- [+] El 90% dels centres de la XAD han d'ofereir programes de reducció de danys per a alcohòlics. Indicador d'avaluació: percentatge de centres de la XAD amb programes de reducció de danys per a alcohòlics.
- [+] Introduir programes específics de prevenció d'accidents laborals relacionats amb l'alcohol en àmbits en els quals el risc sigui elevat (empreses de construcció, etc.). Indicador d'avaluació: existència i difusió dels esmentats programes de prevenció en els sectors de l'activitat laboral de risc alt.
- [+] Formar els pediatres amb programes específics de prevenció i detecció del consum d'alcohol. Indicador d'avaluació: existència i difusió dels programes de formació per a pediatres.
- [+] Difondre els programes d'intervenció breu en els serveis d'urgències hospitalàries per tal que puguin emprar tècniques de cribratge i intervenció breu entre els accidentats. Indicador d'avaluació: nombre i percentatge de serveis d'urgències hospitalàries que apliquen els programes d'intervenció breu.
- [+] Difondre els programes de prevenció i detecció del consum d'alcohol entre els col·lectius professionals que, pel lloc que ocupen, poden incidir en la disminució dels danys associats al consum d'alcohol (cambrers, Mossos d'Esquadra, etc.). Indicador d'avaluació: existència i difusió dels programes de prevenció i detecció entre els col·lectius esmentats.
- [+] Reduir en el 10% les alcoholèmies positives en els controls sistemàtics dels Mossos d'Esquadra. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge d'alcoholèmies positives respecte al total de proves d'alcoholèmia efectuades pels Mossos d'Esquadra.

**Objectius de salut i de disminució del risc per a l'any 2010 pel que fa al consum de drogues no institucionalitzades**

- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues en el 30%. Indicador d'avaluació: taxa de mortalitat estandarditzada de la selecció de codis de la CIM-10 relatius a la reacció adversa per consum de substàncies tòxiques.
- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en el 30%. Indicador d'avaluació: taxa de prevalença d'infecció entre els inicis de tractament per dependència als opiacis en els centres de la XAD.
- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors de cocaïna detectats als centres de la XAD en el 15%. Indicador d'avaluació: taxa de prevalença d'infecció entre els inicis de tractament per dependència a la cocaïna en els centres de la XAD.
- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir en el 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys. Indicador d'avalua-

ció: evolució del percentatge de consumidors de drogues de 15 a 64 anys en els darrers trenta dies, a partir de les enquestes poblacionals.

- [+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir en el 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge de consumidors de drogues en els darrers trenta dies entre la població de 15 a 29 anys a partir dels resultats de les enquestes poblacionals.

### **Objectius operacionals al Pla de salut 2002-2005**

- [+] Disposar de material didàctic de suport als plans preventius de drogodependències per a tots els nivells de l'ensenyament obligatori. Indicador d'avaluació: existència de material didàctic preventiu de drogodependències per a tots els nivells d'ensenyament obligatori.
- [+] Més del 90% dels usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) que iniciïn tractament en els centres de la XAD han de ser sotmesos a cribratges de les malalties següents: malalties de transmissió sexual, infecció i malaltia tuberculoses, hepatitis víriques, i ser inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B. Indicador d'avaluació: percentatge d'històries clíniques d'UDVP tractats durant tres mesos o més a la XAD en les quals consti la sol·licitud de cribratge de les malalties considerades. Percentatge d'històries clíniques d'UDVP tractats durant tres mesos o més a la XAD en les quals consti la indicació de la vacuna contra l'hepatitis B.
- [+] Més del 90% dels UDVP interns en centres penitenciaris han de ser sotmesos a cribratges de les malalties següents: malalties de transmissió sexual, infecció pel VIH, infecció i malaltia tuberculoses, hepatitis víriques, i ser inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B. Indicador d'avaluació: percentatge d'UDVP interns en centres penitenciaris durant tres mesos o més als quals s'hagi practicat el cribratge de les malalties considerades. Percentatge d'UDVP interns en centres penitenciaris durant tres mesos o més inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B.
- [+] El Servei Català de la Salut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social hauran elaborat i difós les recomanacions per a la detecció, el control i el seguiment dels consumidors de drogues no institucionalitzades i per a la millora de la qualitat assistencial. Indicador d'avaluació: existència de les recomanacions.

-

#### **2.1.6. ACTUALITZACIÓ DE LA TAULA D'ACORDS PER A UNA POLÍTICA CONSENSUADA EN DROGODEPENDÈNCIES (DEL 29 DE DESEMBRE DE 1994)**

La importància de la prevenció al si de la política sobre drogues i drogodependències ha quedat ben palesa també en els acords adoptats recentment pel Parlament

de Catalunya. El Ple del Parlament, en sessió del dia 2 de març de 2006, va estudiar el text de la proposició no de llei sobre drogodependències (tram. 250-00970/07), presentada pels grups parlamentaris Convergència i Unió, Socialistes-Ciutadans pel Canvi, Esquerra Republicana de Catalunya, Partit Popular de Catalunya i Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa.

Després d'analitzar tots els aspectes rellevants en aquest àmbit, finalment, i d'acord amb l'article 146 del Reglament, va adoptar la resolució següent<sup>11</sup> que, com es veu a continuació, dóna molta rellevància a les estratègies de prevenció basades en l'evidència d'efectivitat:

- [+] El Parlament de Catalunya encomana a les organitzacions socials, a les administracions públiques –locals, autonòmiques i estatal– i a les forces polítiques, tant de Catalunya com de la resta de l'Estat, que en l'àmbit de les seves competències orientin les seves actuacions en matèria de drogodependències d'acord amb els compromisos que adopta aquesta resolució.
- [+] El Parlament de Catalunya adopta els compromisos següents en matèria de drogodependències i es compromet a emprendre les actuacions parlamentàries corresponents en l'àmbit de les seves competències:
  - a) Adoptar una política consensuada en drogodependències entre tots els partits polítics amb representació al Parlament, que afavoreixi un estat d'opinió solidari amb les diferents respostes davant el problema de les drogodependències. Afavorir que aquesta política es basi en l'evidència científica disponible i que pugui ser avaluada d'una manera periòdica.
  - b) Considerar que la prevenció és l'eix principal d'actuació. En conseqüència, fomentar les estratègies específiques de prevenció en els diferents àmbits de la societat tenint en compte les diferències en les addiccions segons el sexe i l'edat i, especialment, desenvolupant programes preventius en el marc de l'escola, la sanitat, el món laboral, l'oci i l'entorn familiar.
  - c) Vetllar perquè Catalunya compti amb una xarxa d'assistència adequada, descentralitzada i equilibrada territorialment, que asseguri la continuïtat en l'àmbit social i sanitari, integrada funcionalment amb la xarxa de salut mental, i garantir el dret de tots els ciutadans afectats a rebre l'assistència i el tractament apropiats, en condicions dignes i sense actituds criminalitzadores.
  - d) Potenciar els programes de reducció del dany utilitzant tots els dispositius necessaris i adaptant-los a les característiques diferencials dels sectors afectats (segons l'edat, el sexe, la situació social, entre altres).
  - e) Promoure la recerca de noves alternatives terapèutiques incorporant les que estiguin contrastades, reconèixer l'ús mèdic de determinades drogues i adoptar les mesures necessàries per garantir-ne la disponibilitat amb una finalitat terapèutica. En tot moment, s'ha de fer un esforç per informar sobre l'ús merament terapèutic d'aquestes drogues i els perjudicis de consumir-les fora d'aquest àmbit.

11. Resolució 369/VII del Parlament de Catalunya sobre drogodependències. Publicació de la tramesa a la Comissió; 02.02.1998 (BOPC 249, p. 20.410).

- f) Ampliar els recursos socials i els mecanismes de reinserció social i laboral dels afectats i adoptar les mesures necessàries per evitar l'exclusió social dels drogodependents.
- g) Revisar i ampliar els programes penitenciaris i de justícia juvenil.
- h) Garantir la formació continuada per a tots els professionals relacionats amb el món de les drogues: professionals sanitaris, agents socials, judicials i de seguretat ciutadana, educadors, i altres.
- i) Analitzar i revisar la normativa actual i proposar una regulació adequada i respectuosa amb els drets fonamentals dels sectors i els àmbits necessitats.
- j) Vetllar perquè els mitjans de comunicació tractin de manera ètica, digna i no estigmatitzant el problema de les drogues i fomentar els programes educatius i divulgatius amb continguts seriosos. Així mateix, crear un codi deontològic que hauran de respectar tots els mitjans de comunicació en qualsevol tipus de programació i demanar al Consell de l'Audiovisual de Catalunya que tingui cura d'aquest compromís.
- k) Adoptar una actitud resolutiva i, alhora, de diàleg que garanteixi la informació i la participació ciutadana, amb l'objectiu d'evitar el rebuig a la creació i l'establiment de centres assistencials.
- l) Fomentar un debat social i polític obert i sense prejudicis sobre les drogues, tant legals com il·legals.
- m) Disposar d'un finançament adequat per dur a terme els compromisos adoptats.

Amb aquesta resolució queda ben clar que els grups polítics que representen la voluntat de la ciutadania catalana identifiquen la prevenció com l'eix principal d'actuació en matèria de drogues, i que d'acord amb aquest enfocament, es demana al Govern fomentar les estratègies específiques de prevenció en els diferents àmbits de la societat, especialment en el marc de l'escola, la sanitat, el món laboral, l'oci i l'entorn familiar. I s'indica addicionalment que totes aquestes estratègies cal que siguin sensibles a les necessitats i característiques diferencials de sexe, edat i situació dels diferents grups en relació amb les drogues; i cal que incloguin la participació, el diàleg i l'atenció a les necessitats territorials.

-

### 2.1.7. ESTRATÈGIA NACIONAL

#### DE L'ESTAT ESPANYOL SOBRE DROGUES 2000-2008

L'Estat espanyol va crear l'any 1985 el Pla Nacional sobre Drogues (PNSD) com a iniciativa governamental que depenia del Ministeri de Sanitat i Consum, que més tard va passar al Ministeri de l'Interior i actualment torna a dependre del Ministeri de Sanitat i Consum. La finalitat del PNSD és afrontar la situació social generada pels problemes relacionats amb el consum de drogues, així com coordinar i potenciar les polítiques en la matèria per part de les administracions públiques i les diverses entitats socials.

Els compromisos adquirits per l'Estat espanyol, més l'aprovació el 1998, en la XX sessió extraordinària de l'Assemblea General de Nacions Unides, d'una declaració en la qual se sol·licitava als estats membres l'elaboració d'estratègies nacionals, la Delegació del Govern espanyol pel PNSD va decidir elaborar l'Estratègia nacional sobre drogues 2000-2008, en la qual van participar tots els plans autonòmics així com diversos òrgans de l'Administració central.

Aquest Pla, que pretén ser integrador i participatiu, així com incorporar les actuacions adreçades a totes les substàncies psicoactives, inclosos l'alcohol i el tabac, prioritza la prevenció com una estratègia bàsica d'afrontament dels problemes relacionats amb les drogues; i proposa un enfocament basat en la generalització de programes que disposin d'evidència científica d'eficàcia i efectivitat, fent especial èmfasi en els àmbits següents: l'educació sobre drogues, la promoció de la utilització d'un oci saludable per part dels joves, l'establiment d'acords de col·laboració entre les administracions públiques i les organitzacions sindicals i empresarials per al desenvolupament de programes de prevenció des de l'àmbit laboral, la detecció precoç de poblacions en situació de risc, la disminució de danys i l'avaluació de totes les mesures engegades.

### **Principis d'actuació**

- [+] Intersectorialitat. Els programes preventius caldrà engegar-los de forma que es promogui la sinergia d'actuacions entre els àmbits educatiu, sanitari, laboral, social, policial, etc. La intersectorialitat inclou, a més, l'actuació dels diversos nivells de les administracions públiques i el moviment social.
- [+] Coresponsabilitat. Considerar la participació activa de la ciutadania com a base de qualsevol intervenció. Només des d'un canvi d'actituds i comportaments individuals, socials i dels mitjans de comunicació es podrà construir una societat lliure de la dependència de les drogues.
- [+] Promoció i educació per a la salut, com a estratègies bàsiques per al disseny de programes i actuacions.
- [+] La reducció del risc i dels danys associats a l'abús de drogues.

Per a l'estratègia del PNSD 2000-2008, els àmbits prioritaris d'actuació preventiva són l'escolar, el familiar, el laboral, el comunitari i el de la comunicació social, i emfasitza la necessitat de disposar d'un ventall d'opcions d'efectivitat provada, adaptades a les diverses necessitats dels diferents grups socials, fent atenció especial a l'adaptació de cada iniciativa segons sigui el risc al qual està exposat cada grup.

### **Objectius generals de l'estratègia 2000-2008 pel que fa a la prevenció**

- [+] Oferir a la població informació suficient sobre els riscos del consum de tabac, alcohol i altres substàncies capaces de generar dependència i el consum de les quals constitueix un risc per a la població consumidora.

- [+] Potenciar la formació del personal docent de l'educació primària i secundària sobre els problemes relacionats amb el consum de drogues.
- [+] Aconseguir que la majoria d'escolars, en finalitzar l'educació obligatòria, hagin rebut informació objectiva i suficient, tant com formació adequada sobre les conseqüències del consum i abús de drogues, i hagin adquirit competències i habilitats suficients per abordar eficaçment la relació amb les drogues.
- [+] Engegar mesures de control sobre la publicitat i la promoció de begudes alcohòliques i tabac protectores dels menors d'edat.
- [+] Elaborar un procés d'autorització i acreditació de la formació del professorat i dels programes de prevenció escolar, així com d'homologació dels materials didàctics, per a la utilització en el medi escolar com a instruments de suport als educadors en la tasca preventiva.
- [+] Desenvolupar projectes d'investigació sobre prevenció de drogodependències en els medis escolar, familiar i comunitari.
- [+] Promoure accions de formació i reciclatge d'animadors socioculturals, monitors del lleure i altres mediadors socials, preferentment en l'àmbit juvenil, per facilitar-ne el paper com a agents de prevenció en drogodependències.
- [+] Desenvolupar instruments que permetin valorar els nivells de risc i de protecció als quals s'exposa una comunitat determinada, que facilitin l'avaluació de l'eficàcia de les intervencions.
- [+] Potenciar, en col·laboració amb els serveis socials, les associacions de mares i pares d'alumnes (AMPA) i altres entitats socials, el desenvolupament de programes preventius adreçats a les famílies en general i a les que es troben en situació de risc en particular.
- [+] Impulsar el desenvolupament de programes basats en l'evidència científica, i difondre'n les millors pràctiques.
- [+] La DGPNSD i la Direcció General d'Institucions Penitenciàries en col·laboració amb els plans autonòmics sobre drogues, incorporaran estratègies preventives i d'educació per a la salut en tots els programes de drogodependències desenvolupats en el medi penitenciari.
- [+] Establir des de la DGPNSD, en col·laboració amb els plans autonòmics sobre drogues, un pla d'apropament als professionals dels mitjans de comunicació per tal de potenciar accions de sensibilització i formació en l'àmbit de les drogodependències i la comunicació social.
- [+] Estimular i implantar estratègies preventives que incloguin actuacions informatives, formatives i de modificació d'actituds, comportaments i factors de risc en la població laboral.
- [+] Desenvolupar programes i protocols de diagnòstic precoç de problemes relacionats amb el consum de tabac, alcohol i drogues il·legals en els equips d'atenció primària de salut.

### **Objectius generals de l'estratègia 2000-2008 pel que fa a la reducció de danys**

- [+] Procurar que la major part de la població drogodependent pugui accedir a programes de reducció de danys.
- [+] Engregar de forma generalitzada programes de reducció de danys associats al consum de drogues, especialment els programes d'intercanvi de xeringues, sexe segur i consum de menor risc, equips antisida, etc.
- [+] Establir, des dels plans autonòmics sobre drogues i sida, i els col·legis oficials de farmacèutics, estratègies per a la posada en marxa a les oficines de farmàcia, de programes de reducció de danys.
- [+] Realitzar programes d'implantació de la vacunació sistemàtica a la població drogodependent en relació amb el tètanus, l'hepatitis B, així com quimioprofilaxi antituberculosa.
- [+] Implantar programes d'educació sanitària tendents a la reducció del dany per consum d'alcohol, tabac i altres drogues entre la població general; especialment, programes de reducció de danys associats als accidents de trànsit i els episodis de violència relacionats amb el consum d'alcohol.
- [+] Impulsar la qualitat dels programes de tractament amb agonistes, implantats en el conjunt de la xarxa assistencial del sistema nacional de salut.
- [+] Diversificar l'oferta de programes de reducció de danys als centres penitenciaris, mitjançant diferents iniciatives com ara l'extensió dels programes d'intercanvi de xeringues.

### **Àrees d'actuació preferent de l'estratègia 2000-2008**

Regularment, i almenys amb periodicitat bianual, el PNSD haurà de definir les àrees d'actuació preferent en matèria de formació i d'investigació en drogodependències.

Aquest acord servirà com a base per al finançament posterior de les actuacions que cal desenvolupar en aquestes àrees.

### **Objectius d'investigació i formació**

L'estratègia 2000-2008 pretén garantir la formació bàsica, especialitzada i continuada dels universitaris i professionals, així com l'accés a la documentació, creació i desenvolupament de centres i equips d'investigació aplicada en matèria de drogodependències. Els objectius que s'han d'assolir per a l'any 2003 són:

- [+] Creació de l'Institut Nacional d'Investigació i Formació sobre Drogues, òrgan col·legiat dependent de la DGPNSD amb funcions d'impuls i millora de la qualitat dels programes.
- [+] Les comunitats autònomes i les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla hauran elaborat un programa de formació continuada adreçat a professionals dels re-



cursos d'atenció i/o prevenció de drogodependències, que inclogui els continguts considerats prioritaris.

- [+] S'haurà ofert a les universitats, com a estudis en l'àmbit social, educatiu i sanitari, mòduls sobre atenció i prevenció de drogodependències, que incorporin com a objectius la formació de pregrau en aquesta matèria.
- [+] S'haurà creat una xarxa autonòmica de punts focals de documentació, amb la utilització de noves tecnologies d'accés a la informació.
- [+] S'haurà proposat la incorporació de la investigació en drogodependències com a àrea específica dins la convocatòria del Fons d'Investigació Sanitària (FIS) i com a àrea prioritària de la publicació anual de la Comissió Interministerial de Ciència i Tecnologia.

### **Objectius d'avaluació i sistemes d'informació**

- [+] Perfeccionar l'estructura organitzativa de l'Observatori espanyol, desenvolupar els seus òrgans rectors i consultius i incorporar les persones i institucions rellevants en aquesta matèria.
- [+] L'any 2003 tots els plans autonòmics hauran engegat observatoris autonòmics sobre drogues.

-

### **2.1.8. ESTRATÈGIA EUROPEA DE LLUITA CONTRA LES DROGUES 2005-2012**

L'Estratègia europea per al període 2005-2012 va ser adoptada pel Consell Europeu dels dies 16 i 17 de desembre de 2004. Aquesta nova estratègia s'estableix en l'avaluació final del Pla d'acció 2000-2004, així com en les aportacions fetes per l'OEDT i l'Europol, per al Pla d'acció 2005-2008, que es basa en quatre eixos: reducció de la demanda, reducció de l'oferta, cooperació internacional, investigació, informació i avaluació.

La finalitat de l'Estratègia europea és proveir de valor afegit les estratègies nacionals de la UE, respectant els principis de subsidiarietat i proporcionalitat previstos al Tractat de la Unió.

D'acord amb l'enfocament de la UE d'integració, multidisciplinarietat i un enfocament equilibrat entre la reducció de l'oferta i la demanda de drogues, l'Estratègia es focalitza en dos temes transversals: la cooperació internacional i la investigació, la informació i l'avaluació. En aquest context, l'Estratègia preveu:

- [+] La revisió anual del progressos assolits en la implantació d'actuacions previstes en l'Estratègia a cada estat membre a càrrec de la Comissió Europea.
- [+] L'avaluació de l'impacte el 2008, per tal de proposar un nou pla d'acció per al període 2009-2012.
- [+] Una avaluació final de l'Estratègia per a 2012.

L'avaluació final del Pla d'acció 2000-2004 mostra les dificultats per observar una reducció significativa del consum de drogues i de la disponibilitat de substàncies psicoactives, tant legals com il·legals. Per tant, davant d'aquesta situació es presenten les conclusions següents:

- [+] Caldria fixar objectius i prioritats clars i precisos que puguin traduir-se en indicadors i actuacions operatives en els plans d'acció futurs, així com la definició clara de responsabilitats i terminis per a l'aplicació.
- [+] Caldria avançar en la disponibilitat, la qualitat i la comparabilitat de la informació sobre la supervisió de la situació pel que fa a les drogues.
- [+] Els objectius de la nova Estratègia i dels plans d'acció haurien de quedar reflectits en el programa plurianual que té com a finalitat consolidar l'espai de llibertat, seguretat i justícia.
- [+] La prioritat del grup horitzontal Drogues del Consell hauria de fer avançar i supervisar l'execució de les actuacions establertes als plans d'acció futurs de la UE, així com assumir un paper clau en la coordinació del treball d'altres grups del Consell que s'ocupen dels problemes relacionats amb les drogues.

En vista dels tractats de la UE, d'altres documents de polítiques europees pertinents i de l'experiència de l'última dècada, el Consell identifica dos objectius generals en matèria de drogues:

- [+] La UE pretén contribuir a la consecució d'un nivell alt de protecció de la salut, el benestar i la cohesió social en complementar l'actuació dels estats membres en la prevenció i reducció del consum de drogues, de la dependència i dels danys per a la salut i per a la societat derivats del consum de drogues.
- [+] La UE i els estats membres pretenen garantir un nivell elevat de seguretat per a la població general ja que actuen contra la producció de drogues, el tràfic transfronterer de drogues i el desviament de precursors, i intensifiquen l'actuació preventiva contra la delinqüència derivada de les drogues, mitjançant la cooperació eficaç emmarcada en un plantejament comú.

Considerant tant la situació actual en cadascun dels 25 estats membres de la UE, com les diferències de situació entre regions, la selecció d'actuacions per integrar els plans d'acció de la UE haurà de fer-se sobre la base dels cinc criteris següents:

- [+] Les actuacions a escala de la UE cal que aportin valor afegit i clar i els seus resultats cal que siguin tangibles i realistes. Aquests resultats esperats s'han d'establir prèviament.
- [+] Els plans d'acció hauran d'establir un calendari de realització de les actuacions (preferiblement dins del període del pla d'acció), així com assenyalar els responsables de la seva execució i d'informar sobre els avenços.
- [+] Las activitats han de contribuir directament a l'assoliment d'almenys un dels objectius o prioritats establerts en l'Estratègia.

[+] Cal que les actuacions siguin proporcionals des del punt de vista financer.

[+] Cal que hi hagi un nombre limitat d'intervencions o activitats en cada àmbit.

Pel que fa a l'àmbit de la reducció de la demanda l'Estratègia identifica les prioritats següents:

[+] Millorar l'accés als programes de prevenció (des de l'impacte inicial i la sostenibilitat a llarg termini) així com fomentar la conscienciació sobre el risc del consum de substàncies psicoactives i les conseqüències corresponents. Per això, les mesures preventives haurien de considerar els factors de risc inicials, la detecció, la prevenció específica, la prevenció en l'àmbit familiar i comunitari.

[+] Facilitar l'accés a programes (mesures) d'intervenció precoç, en particular per a joves que presenten un consum experimental de substàncies psicoactives.

[+] Facilitar l'accés a programes de tractament específics i diversificats, incloses l'assistència psicossocial i farmacològica. El tractament dels problemes de salut hauria de formar part de les polítiques de salut.

[+] Facilitar l'accés als serveis de prevenció i tractament del VIH/sida, hepatitis, i altres infeccions, malalties i danys per a la salut i la societat derivats del consum de drogues.

A final de 2012, cal que s'hagin enregistrat avenços en totes les prioritats definides en l'Estratègia, mitjançant la cooperació entre països i de la UE mateixa, així com la cooperació amb països tercers i organitzacions internacionals com el Consell d'Europa i les Nacions Unides. La Comissió realitzarà l'avaluació de l'Estratègia i dels plans d'acció en cooperació amb l'OEDT, l'Europol i els estats membres.

## 02.2

### MARC LEGAL GENERAL PEL QUE FA A ALTRES ÀMBITS DE RELLEVÀNCIA EN RELACIÓ AMB LES DROGUES

A més del marc legal i institucional que regula i conforma les polítiques i estratègies específiques sobre salut, drogues i problemes relacionats amb les drogues, hi ha altres previsions legals i normatives, que si bé pertanyen a altres àmbits de la realitat i l'activitat social, també són rellevants i cal tenir presents quan es tracta de desenvolupar una política de prevenció en relació amb les drogues. La relació entre aquests altres àmbits i els factors que condicionen, intervenen o es presenten associats al consum de les diverses drogues es fa palesa tant a través de l'experiència actualment acumulada en el desenvolupament del treball preventiu, com a través de l'evidència actual proporcionada per la investigació disponible.

Per aquest motiu, hi ha uns àmbits d'actuació que, més enllà de tot allò estrictament relacionat amb la salut, tenen un paper rellevant a l'hora de prevenir el consum, l'abús i els problemes relacionats amb les drogues.

Aquests són l'educació i la promoció de la salut, tant en els espais d'educació formal com informal, l'atenció a les situacions laborals relacionades amb les drogues, l'enfortiment dels vincles afectius i la capacitat de gestió parental dins de l'entorn familiar, la millora de l'entorn social immediat i la facilitació de l'enfortiment dels vincles afectius vers recursos comunitaris entre les poblacions en situació de risc, l'enfortiment de les polítiques de joventut, de l'esport i del lleure. Aquests factors tenen un paper protector per als grups poblacionals que estan en situació de vulnerabilitat més gran pel que fa al fet de poder desenvolupar problemes en relació amb les drogues.

-

#### 2.2.1. EL MARC INSTITUCIONAL I NORMATIU PEL QUE FA A L'EDUCACIÓ FORMAL

En l'àmbit de l'educació formal s'han de tenir en compte totes les mesures legals, processos i previsions institucionals que, sensibles a les necessitats educatives, tenen com a finalitat oferir i promoure les oportunitats necessàries per capacitar cada persona per desenvolupar un estil de vida propi, respectuós amb la seva salut física, mental, emocional; un estil de vida equilibrat pel que fa als hàbits quotidians, i solidari amb el seu entorn.

Per tal de garantir i de fer operativa aquesta dimensió educativa pel que fa a la salut en forma de continguts curriculars concrets integrats en cada projecte de centre, a Catalunya, s'han de considerar tres referents fonamentals:

[+] El Pacte nacional per a l'educació

[+] La Llei d'educació de Catalunya

[+] El desplegament de la LOE a Catalunya

El Pacte nacional per l'educació, signat<sup>12</sup> al Saló Sant Jordi del Palau de la Generalitat el 20 de març de 2006, va representar un consens ampli del conjunt de la societat catalana, la comunitat educativa i el Govern de la Generalitat respecte a l'educació que necessita Catalunya per al segle XXI.

La Llei d'educació de Catalunya establirà les grans línies estratègiques de les polítiques educatives del país que, de manera successiva, hauran de concretar-se en projectes educatius territorials i projectes educatius de centre tenint en compte la diversitat de necessitats i característiques dels diferents entorns i comunitats educatives.

Els decrets de desplegament dels currículums de les diferents etapes educatives i els projectes educatius dels centres incorporen en diferents àrees i matèries, i en l'acció tutorial, continguts transversals relacionats amb la ciutadania responsable i els hàbits saludables com la prevenció del consum i el consum de drogues.

Per al desenvolupament d'aquests continguts caldrà prioritzar models educatius que promoguin:

[+] L'enfortiment dels factors de protecció en relació amb les drogues.

[+] La utilització de mètodes interactius en el treball a l'aula.

[+] La formació en habilitats socials, com ara la comunicació assertiva.

[+] El respecte a les diferències (de gènere, culturals, religioses, etc.).

[+] El foment del pensament crític i creatiu davant les pressions per consumir drogues.

[+] El maneig de les emocions, els sentiments i l'estrès.

[+] La presa de decisions i en general totes les habilitats que permeten l'adquisició de competències psicosocials.

[+] L'increment dels coneixements sobre els factors de protecció de la salut pròpia i el benestar emocional, així com els principals determinants de la pèrdua de salut física, emocional i mental.

[+] L'increment dels coneixements sobre els riscos associats al consum de determinades substàncies, així com altres riscos associats a l'abús.

-

### 2.2.2. MARC NORMATIU EN

### RELACIÓ AMB LES DROGUES PEL QUE FA A L'ÀMBIT LABORAL

En aquest àmbit hi ha directrius i recomanacions internacionals (OIT) i europees (OSHA) que creen un marc conceptual de treball però que resulten insuficients a l'hora d'aplicar-les al nostre context.

A l'Estatut dels treballadors, Llei 8/1980, hi ha només un article, el 54, que es relaciona directament amb aquest àmbit i té un enfocament exclusivament disciplinari envers el treballador.

A la Llei de prevenció de riscos laborals 31/1995, l'article 22, sobre vigilància de la salut, desenvolupat entre altres, per l'article 37.3 del Reglament dels serveis de prevenció, s'estableix que l'empresari garantirà als treballadors al seu servei la vigilància periòdica del seu estat de salut segons els riscos inherents al treball.

Aquesta vigilància té caràcter voluntari i només podrà portar-se a terme quan el treballador hi presti el consentiment. D'aquest caràcter voluntari només s'excepcionaran, amb un informe previ dels representants dels treballadors, els supòsits establerts en una disposició legal en relació amb la protecció de riscos específics i activitats de perillositat especial o els supòsits en els quals la realització dels reconeixements sigui imprescindible per avaluar els efectes de les condicions de treball sobre la salut dels treballadors o per verificar si l'estat de salut del treballador pot constituir un perill per a ell, per als altres treballadors o per a altres persones relacionades amb l'empresa.

Els resultats de la vigilància s'han de comunicar als treballadors que n'han estat objecte i l'empresari i les persones o els òrgans amb responsabilitats en matèria de prevenció únicament ha de conèixer les conclusions que es derivin dels reconeixements efectuats en relació amb l'aptitud del treballador per a l'acompliment del lloc de treball o amb la necessitat d'introduir o millorar les mesures de protecció i prevenció, a fi que puguin desenvolupar correctament les seves funcions en matèria preventiva. Així mateix, aquesta llei determina que s'ha de respectar la intimitat i la dignitat del treballador i la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu estat de salut així com que les dades relatives a la vigilància de la salut dels treballadors no podran ser usades amb finalitats discriminatòries ni en perjudici del treballador.

Els treballadors que en un moment donat puguin tenir una addicció a les drogues o a l'alcohol podrien ser considerats com a persones especialment sensibles tot i que no d'una forma genèrica i general sinó concretament i exclusivament en relació amb l'exposició a determinats riscos en el seu lloc de treball. És per això que si es dóna aquest cas se'ls aplicaria tot el que disposa l'article 25 sobre protecció de treballadors especialment sensibles a determinats riscos de la Llei 31/1995, de prevenció de riscos laborals. Aquest article de la llei estableix que l'empresari ha de garantir de manera específica la protecció dels treballadors que, per les seves característiques personals o estat biològic conegut, inclosos els que tinguin reconeguda la situació de discapacitat física, psíquica o sensorial, siguin especialment sensibles als riscos derivats del treball molt especialment si això determina que tant ells com els altres treballadors o altres persones relacionades amb l'empresa puguin exposar-se a situacions de perill o, en general, quan es trobin manifestament en es-

tats o situacions transitòries que no responguin a les exigències psicofísiques dels llocs de treball respectius.

Finalment, cal considerar en aquest àmbit, l'Ordre TAS/3623/2006, sobre activitats preventives en seguretat social, que regula les activitats de prevenció de riscos laborals en el context de la Seguretat Social que desenvolupen les mútues d'accidents de treball i malalties professionals com a entitats col·laboradores de la Seguretat Social.

A Catalunya, l'abordatge del consum de drogues i problemes associats dins de l'àmbit laboral disposa de les línies estratègiques ja definides en el Conveni per a la prevenció i el tractament de les drogodependències en l'àmbit laboral, signat el 4 de març de 2002 entre el Departament de Salut, el Departament de Treball, Foment del Treball Nacional, PIMEC, Comissió Obrera Nacional de Catalunya i Unió General de Treballadors de Catalunya. Aquest acord de mínims per part de tots els interlocutors és el marc de referència de consens de l'Administració pública i els agents socials. En el conveni es posa de manifest que, davant de la complexitat de la problemàtica, tots els agents han d'anar cohesionats, s'han de clarificar els rols i que tots els agents tenen voluntat de seguir treballant plegats en el desplegament d'activitats preventives i de promoció de la salut laboral, d'acord amb el que la Llei estatal 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals, i l'actual Pla de salut de Catalunya (2002-2010) recullen com a intervencions i accions prioritàries, en el marc dels objectius fixats en el Pla de drogodependències de Catalunya.

-

### 2.2.3. LLEI DE SERVEIS SOCIALS

El Ple del Parlament de Catalunya aprovà per unanimitat, el 3 d'octubre de 2007, la Llei de serveis socials que garanteix l'accés als serveis socials per a totes les persones que tenen necessitats socials. Amb aquesta normativa es posa en funcionament un model nou d'atenció a les persones que reconeix el dret als serveis socials i la seva prestació, com ho és l'educació, la salut i les pensions, i que constitueix el quart pilar de l'estat de benestar a Catalunya. La nova llei entrarà en vigor el 2008.

La normativa ha estat aprovada després d'un procés participatiu ampli i sistemàtic, en el qual s'intentà assolir el màxim consens possible de tots els sectors implicats en els serveis socials de Catalunya.

D'aquesta manera, la nova llei és una de les prioritats del Govern pel que fa a la millora i l'aprofundiment de les polítiques socials al país, i estableix:

- [+] El desenvolupament d'una xarxa única de serveis socials de responsabilitat i d'atenció pública.
- [+] El desplegament i la descentralització dels serveis socials.
- [+] L'oferta d'un servei personalitzat per a persones i famílies amb l'assignació d'un o una professional de referència, que els orientarà en totes les gestions que necessi-

tin al llarg de la seva vida. Aquesta figura professional és l'equivalent –en matèria de serveis socials– a la figura del metge de capçalera en l'àmbit de la salut.

[+] La participació de les entitats, sindicats i patronals, FMC i ACM i col·legis professionals en la planificació i l'avaluació dels serveis socials.

[+] L'aprovació d'una cartera de serveis conjuntament amb la Llei de pressupostos.

És la primera previsió legal en tot l'Estat que garanteix una cartera de serveis establerta per llei, amb un model equivalent al de salut o educació, per garantir-ne els drets i els deures. Fins ara, la legislació anterior definia els serveis socials i establí un dret genèric per a tota la població que ha servit per posar en funcionament una estructura dels serveis socials, per avançar en la responsabilització pública de les diferents administracions i per establir un sistema de participació molt formal i burocratitzat. En canvi, amb la nova llei, el sistema descentralitzat que es proposa exigeix cercar fórmules que facin compatibles el dret de les persones a la igualtat en l'accés als serveis, independentment del lloc on visquin, amb la diversitat necessària d'opcions territorials i sectorials. Així, els ciutadans i ciutadanes que creguin que no són atesos correctament o que no es garanteixen els seus drets estatutaris o fixats per la llei, poden exigir-ne el compliment més fàcilment, administrativament o judicialment, a l'Administració.

-

#### 2.2.4. LA LLEI DE BARRIS, ÀREES

#### URBANES I VILES QUE REQUEREIXEN ATENCIÓ ESPECIAL

La Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen atenció especial, va ser impulsada pel Govern i aprovada pel Parlament el maig de 2004. Respon a una de les prioritats de la Generalitat: la intervenció integral de barris amb l'objectiu d'evitar-ne la degradació i millorar les condicions dels ciutadans que hi resideixen. Aquesta intervenció global comporta aspectes com la rehabilitació física, la sostenibilitat ambiental, el benestar social i la dinamització econòmica.

El Govern autoritzà l'Institut Català del Sòl a formalitzar una operació de finançament per import de 25.000.000 €. Un dels objectius fonamentals del Govern de Catalunya és la rehabilitació integral de barris amb l'objectiu d'evitar la segregació urbana i la degradació d'aquests, i d'aquesta manera millorar les condicions dels ciutadans residents en aquestes àrees per tal d'afavorir-ne la cohesió social i el desenvolupament econòmic.

Aquesta Llei estableix la creació del Fons de Foment del Programa de barris i àrees urbanes d'atenció especial, el qual és concebut com un instrument de col·laboració institucional i financera de la Generalitat amb els projectes d'intervenció integral que vulguin elaborar i emprendre els diversos municipis per al tractament dels problemes d'aquestes àrees, i fixa els objectius del Fons i el nombre i la durada de les actuacions finançables.



Mitjançant aquest fons de millora es vehicula la contribució financera de la Generalitat als projectes d'intervenció integral que tinguin com a objectiu la millora urbanística, social, econòmica i ambiental en aquestes àrees, i que siguin presentats pels municipis respectius o, eventualment, per altres ens locals.

### 2.2.5. LA LLEI DE SUPORT A LES FAMÍLIES

Aquesta Llei 18/2003, de 4 de juliol, de suport a les famílies, té com a objectius i principis:

La finalitat d'establir les bases i les mesures per a una política de suport i protecció a la família, entesa com a eix vertebrador de les relacions humanes i jurídiques entre els seus membres i com a àmbit de transferències compensatòries intergeneracionals i intrageneracionals. Amb aquest objectiu, determina els drets i les prestacions destinats a donar suport a les famílies.

Segons la Llei, la definició de les polítiques familiars ha de tenir presents els objectius següents:

- [+] Millorar el benestar i la qualitat de vida de les famílies, amb relació a les responsabilitats que s'adquireixen i els drets que en deriven: a l'habitatge, a la cultura, a l'educació, al medi ambient, al treball i a la salut.
- [+] Millorar la protecció dels membres de les famílies, des de la perspectiva del desenvolupament personal i social, tenint en compte el dret a la integritat física, la protecció dels infants i el suport a la gent gran i a les persones amb discapacitat; i vincular les actuacions a l'objectiu de la igualtat d'oportunitats entre homes i dones.
- [+] Afavorir la conciliació de la vida familiar amb la resta d'àmbits de la vida quotidiana.
- [+] Potenciar la solidaritat social amb les famílies que tenen cura de fills menors o de persones en situació de dependència.
- [+] Promoure la natalitat.
- [+] Promoure la protecció econòmica de la família.
- [+] Lluitar contra les desigualtats socials entre les famílies i contra les situacions d'exclusió social que tenen l'origen en contextos de precarietat i desestructuració.
- [+] Fomentar la solidaritat familiar.
- [+] Potenciar la participació activa dels membres de la família en la comunitat.

La Llei assenyala que les polítiques familiars s'han de basar en els drets fonamentals i en el foment de la igualtat i del benestar dels membres de les famílies, i fa èmfasi especial en la facilitació de la conciliació de responsabilitats laborals i familiars de forma equilibrada entre les persones adultes de l'entitat familiar.

## 2.2.6. EL PLA NACIONAL DE JOVENTUT DE CATALUNYA

El Pla nacional de joventut de Catalunya (PNJCAT) és el marc metodològic de referència per definir, impulsar i coordinar les polítiques de joventut. És la plasmació, després d'un període de reflexió, de la situació dels joves i de les joves catalans, sobre quines han estat les polítiques de joventut els darrers anys, i especialment sobre quines han de ser avui i en el futur les grans línies d'actuació en matèria de joventut.

El període d'aplicació d'aquest pla és de deu anys (2000-2010), i justament el 2005 es va presentar la primera revisió d'aquest pla estratègic.

La primera premissa d'aquest pla és el reconeixement de la joventut com un sector de la ciutadania amb entitat pròpia i diferenciada, amb unes circumstàncies i unes necessitats socioculturals específiques i que, per tant, han de ser objecte de polítiques específiques.

Quan considerem el jove en la seva globalitat, les polítiques de joventut han de ser concebudes des dels criteris de transversalitat i integralitat, no només atenent determinades necessitats dels joves i oferint determinats serveis, sinó treballant des d'una perspectiva global que interrelacioni els diversos àmbits de la vida dels joves i les joves: la formació, el treball i l'habitatge, la salut, la participació democràtica, l'equilibri territorial i la cohesió social.

Les polítiques de joventut han d'aconseguir, com a objectiu estratègic, l'emancipació de la gent jove, com a ciutadans i ciutadanes amb capacitat de construir i desenvolupar projectes vitals amb capacitat de participació en projectes col·lectius. És amb aquesta finalitat estratègica que s'han incorporat sis grans elements vertebradors d'actuació. Són elements orientadors i de contingut que han d'impregnar qualsevol acció i programa per a la joventut; independentment de l'agent promotor, de la dimensió del programa o de l'abast de la política. Aquests sis principis rectors de les polítiques de joventut són integralitat, transversalitat, atenció a la diversitat, proximitat, participació i coresponsabilitat, i innovació i aprenentatge social.

L'any 2005, la revisió del PNJCAT ha permès definir dues línies d'actuació prioritàries en el desenvolupament de les polítiques de joventut arreu del territori català. En primer lloc, afavorir l'emancipació de les persones joves sota els eixos d'educació, treball, habitatge, salut, cultura i mobilitat; i, en segon lloc, fomentar la seva participació mitjançant tres eixos de treball: la interlocució en el disseny i la gestió de les polítiques, el suport a l'associacionisme juvenil i el foment de la cultura de la participació.

La revisió del Pla, que s'ha realitzat de manera consensuada, ha estat impulsada per la Secretaria de Joventut, el Consell Nacional de la Joventut de Catalunya, la Federació de Municipis de Catalunya i per l'Associació Catalana de Municipis, que n'integren el consell rector.

El PNJCAT s'estructura en dues línies d'actuació i en nou eixos que en constitueixen el model estratègic. Dins la primera línia d'actuació, l'emancipació, hi trobem sis eixos: educació, treball, habitatge, salut, cultura i mobilitat. Els tres primers constitueixen els elements centrals de la vida de la persona i, per aquest motiu, han de ser nuclears en la definició de les polítiques de joventut, ja que constitueixen la base per a l'accés a l'autonomia personal i a la ciutadania plena.

L'educació, el treball i l'habitatge formen part del cicle vital de les persones. I s'ha d'entendre com un tot integrat i simultani, no es poden deslligar les oportunitats educatives de l'accés al món de treball ni les possibilitats d'uns ingressos i d'estabilitat laboral de la construcció de la llar pròpia. I, alhora, cada un d'aquests eixos s'entrecreuen amb altres dimensions importants de la vida de les persones joves que afavoreixen la construcció dels projectes de vida.

La salut, la cultura i la mobilitat són tres eixos consubstancials a la vida de la persona i per aquesta raó els entenem com a eixos mixtos: d'una banda, per la seva especificitat i rellevància en el procés de construcció de les identitats juvenils, i de l'altra, perquè són presents en totes les dimensions de la vida de la persona. Un jove sense salut no pot construir el seu projecte de vida si no té oportunitats i suports materials i/o humans que tinguin en compte les seves necessitats; la cultura forma part de l'expressió juvenil i és un element present en la vida de les persones joves; la mobilitat condiciona les oportunitats dels i les joves a l'hora de desenvolupar el propi projecte de vida.

El PNJCAT ha de garantir una implementació de les polítiques de joventut adaptada a les necessitats específiques de cada territori i ha de procurar oportunitats a tots els i les joves del país. Així doncs, ha de vetllar perquè les possibles diferències no limitin els projectes de vida propis i ha de garantir que les polítiques de joventut facilitin la transformació de les trajectòries de vida.

Dins del PNJCAT, la cultura de la salut es considera un aspecte present en la vida de la persona. La salut entesa com un estat complet de benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia o malestar físic. El PNJCAT considera la salut com un mirall de la posició social de l'individu (el tipus de feina, de llar, de la formació rebuda, de l'accés a la sanitat, etc.) que es concreta en el cos com a reflex de les característiques i contradiccions de cada societat. El cos també serveix com a mitjà d'expressió de la identitat individual en la mesura que se'l modela i ornamenta, i aquest fet pren rellevància especial en la gent jove. Les polítiques de salut s'han d'orientar des d'una perspectiva doble. D'una banda, promovent estils de vida saludables i reforçant els factors de protecció de la persona perquè pugui afrontar la pressió de grup i de la societat des de l'estabilitat emocional i, de l'altra, desenvolupant intervencions integrals que afavoreixin la cohesió social (facilitant l'accés a l'habitatge, a la formació i al treball, a la cultura, etc.). Les accions en aquest àmbit s'han de centrar en la promoció de la salut, en la prevenció de conductes de risc i en la reducció de danys. I s'han de preveure estratègies d'intervenció comunitària,

d'apropament a les persones joves i d'orientació integral que donin resposta a les necessitats d'informació, de formació i d'atenció especialitzada dels i de les joves.

Els objectius principals relacionats amb la salut inclosos al PNJCAT són:

[+] Promoure l'adopció d'estils de vida i conductes saludables.

[+] Potenciar la formació en salut.

[+] Apropar el sistema sanitari i les persones joves.

-

## CONCLUSIONS

El repàs del marc legal i institucional que emmarca les actuacions que cal emprendre a Catalunya pel que fa a la prevenció del consum de drogues i els problemes associats, permet identificar les bases en les quals s'ha d'establir l'Estratègia nacional de prevenció i el futur Pla de prevenció de Catalunya, i que poden resumir-se en:

[+] La necessitat de respondre, de forma integradora i coordinada, al compromís que el Govern de Catalunya ha adquirit a través dels diversos desenvolupaments legals i institucionals engegats, de treballar per garantir la millora de la salut de la població de Catalunya des de la perspectiva de la salut pública, la promoció de la salut i la facilitació d'estils de vida saludables per part de la població; i per tant, adoptar les mesures adients per fomentar i protegir el dret a la salut minimitzant els diversos riscos relacionats amb el consum i l'abús de les diverses substàncies psicoactives.

[+] La responsabilitat del Govern de Catalunya d'aplicar les previsions legals adoptades a Catalunya, a l'Estat espanyol i a la Unió Europea, en matèria de protecció de la salut i prevenció dels problemes relacionats amb les drogues.

[+] La determinació del Govern de la Generalitat de desenvolupar una política preventiva integral, multisectorial, integradora, participativa, sensible als principis d'equitat territorial i socioeconòmica, d'igualtat de gènere, de sostenibilitat, i basada en l'evidència, d'eficàcia i d'efectivitat.

12. Les persones signants del Pacte ho van fer en representació de l'Agrupació Escolar Catalana (AEC), Associació Catalana de Municipis i Comarques (ACM), Associació de Joves Estudiants de Catalunya (AJEC), Associació Professional Serveis Educatius de Catalunya, Col·legi Oficial de Doctors i Llicenciats en Filosofia i Lletres i en Ciències de Catalunya, Comissions Obreres de Catalunya (CCOO), Confederació de Centres Autònoms d'Ensenyament de Catalunya, Confederació Cristiana d'Associacions de Pares i Mares de Catalunya, Federació d'Associacions de Pares d'Alumnes de Catalunya (FAPAC), Federació d'Associacions de Pares d'Alumnes d'Ensenyaments Secundaris (FAPAES), Federació d'Associacions de Pares d'Escoles Lliures (FAPEL), Federació Catalana d'Associacions de Pares d'Alumnes d'Educació Especial i Federació Catalana Pro Persones amb Retard Mental (FECAPAE-APPS), Federació Catalana de Centres d'Ensenyament, Federació de Moviments de Renovació Pedagògica (MRP), Federació de Municipis de Catalunya (FMC), Unió General de Treballadors de Catalunya (UGT), Unió Sindical Obrera de Catalunya (USOC) i el conseller primer de la Generalitat de Catalunya.

03

ASPECTES  
CONCEPTUALS  
I METODOLÒGICS

## 03.0

### ASPECTES CONCEPTUALS I METODOLÒGICS

Com passa en la majoria de societats del nostre entorn sociocultural, les conseqüències derivades del consum de drogues legals i il·legals, a Catalunya, constitueix un problema de salut pública de gran magnitud, que afecta especialment els grups socials en situació de vulnerabilitat més gran: adolescents, joves, i determinats grups poblacionals que, per diferents causes, es troben exposats a un nombre més gran de factors de risc que la població general.

El consum i l'abús d'alcohol i altres drogues entre la població jove i adolescent es presenta associat a un increment significatiu de problemes de salut com ara els accidents viaris i de les taxes de mortalitat i discapacitat que se'n deriven, la pèrdua de memòria o capacitat cognitiva, els ingressos en els serveis d'urgències hospitalàries per episodis d'intoxicació aguda, l'hepatitis, la infecció pel VIH, les ITS i els episodis de coma. Tota aquesta càrrega de morbimortalitat comporta un cost alt en termes de sofriment personal, social i de despesa econòmica, que justifica plenament el tractament prioritari en el marc de la política de salut pública.

L'arrelament cultural del concepte de prevenció ("val més prevenir que curar"), parteix dels plantejaments d'Hipòcrates, quatre segles AC. Aquest assenyalava la dieta, l'estil de vida i un clima adequats com la base de la salut física i mental (Hipòcrates trans. Adams, 1891).

La dimensió epidèmica dels problemes relacionats amb les drogues és un fenomen modern, que apareix a mitjan segle XX al si dels països industrialitzats. És per això que la resposta preventiva en aquest àmbit s'ha anat concretant conceptualment en les darreres quatre dècades, període en el qual, diferents models teòrics han aportat les principals claus que ens permeten identificar i entendre els processos necessaris, per adoptar respostes preventives adreçades als problemes relacionats amb el consum de drogues.

## 03.1

### ASPECTES CONCEPTUALS: UN BREU RESUM DE LA SEVA EVOLUCIÓ

#### 3.1.1. EL MARC CONCEPTUAL

Tot i que des dels seus inicis, les actuacions preventives desenvolupades a Catalunya parteixen de posicionaments conceptuals diversos, en termes generals es pot considerar que les intervencions en prevenció desplegades al nostre país han partit, generalment, d'enfocaments oberts i sensibles al coneixement derivat de l'evidència disponible en cada moment.

Inicialment, la resposta social –amb intencionalitat preventiva– té un caire alarmista i sorgeix als anys setanta, arran de la irrupció del consum d'heroïna per part d'un sector de la població jove. Per afrontar aquest fenomen, es desenvolupen intervencions de manera aïllada, basades en la transmissió d'informació, generalment paternalista, exagerada, centrada a aconseguir l'abstinència com a objectiu únic. La informació es fonamentava sobre plantejaments més morals que preventius amb base científica. Però, ben aviat, les institucions responsables de donar una resposta als problemes relacionats amb les drogues inicien actuacions adreçades a superar aquesta situació.

Partint de l'impuls inicial de molts professionals del sector, les institucions públiques catalanes s'impliquen en la prevenció, i adopten un enfocament ampli, que no solament es planteja com a objectiu la prevenció de l'inici del consum de drogues, sinó també actuacions encaminades a la prevenció i reducció dels danys associats. Això es produeix en un moment en què en altres territoris –de dins i fora de l'Estat espanyol– aquestes actuacions són encara qüestionades fortament.

També en aquesta línia, mentre que a la resta de l'Estat espanyol les actuacions primeres i principals relacionades amb les drogues se centren en el desplegament de mesures assistencials per al tractament de la dependència a l'heroïna, a Catalunya s'implanten, paral·lelament, intervencions preventives considerant totes les drogues, incloses les legals. Cal recordar que la primera campanya pública de prevenció posada en marxa a Catalunya té un enfocament centrat en la promoció d'estils de vida saludables i la dissuasió del consum de tabac.<sup>1</sup>

A més, quan els plantejaments preventius solien adoptar un discurs genèric sobre “les drogues” o sobre “la droga”, com si totes les substàncies psicoactives fossin iguals i tinguessin pautes de consum i problemàtiques similars, a Catalunya trobem, ja des d'inici dels anys vuitanta, exemples significatius de plantejaments, de treballs i d'eines per a l'aplicació pràctica de la prevenció, que recullen les bases

1. L'any 1982 la Generalitat de Catalunya inicia les actuacions preventives pel que fa a les drogues engegant una campanya pública de prevenció centrada a prevenir la primera causa de mortalitat evitable al nostre país: el tabaquisme. Campanya que té per lema “Jo prefereixo la salut, per això no fumo”.

conceptuals sobre les quals es fonamenten les intervencions preventives modernes: que en prevenció s'han de considerar totes les drogues (legals i il·legals); que a més, la prevenció ha de tractar aspectes específics segons cada substància i/o cada context, i que al mateix temps ha de partir d'un plantejament global de promoció de la salut (Institut d'Estudis de la Salut, 1981; Departament de Sanitat i Seguretat Social i Departament d'Ensenyament, 1981; Ferrer, 1981; Conselleria d'Ensenyament i Cultura, 1982; Mendoza & Salvador, 1984; Mendoza, Villarrasa, Ferrer, 1986; Salvador & Mendoza, 1990).

En els darrers anys, tant els plantejaments conceptuals com les pràctiques preventives engegades demostren que s'està avançant vers el reconeixement generalitzat que les propostes preventives s'han d'emmarcar dins dels paràmetres de la salut pública, sensibles a cada substància i circumstància, així com enfocades vers la protecció de la salut i la promoció d'estils de vida saludables. I que les estratègies preventives més importants són aquelles promogudes i potenciades de manera conjunta i coherent entre tots els agents polítics, socials, educadors i culturals d'una societat.

A més, es reconeix que per potenciar l'efectivitat de les diferents intervencions preventives és necessària la continuïtat de la seva implantació. I que les estratègies més eficients són aquelles en les quals hi participen, de manera conjunta, les administracions (autonòmica i local), els professionals de l'àmbit de la salut, d'educació, de joventut, dels mitjans de comunicació social, dels cossos de seguretat (entre d'altres), i de la societat civil organitzada (les associacions i entitats socials del territori).

Per tant, actualment s'ha arribat a un consens institucional sobre la necessitat d'integració d'objectius i programes, tenint en compte les diverses situacions, necessitats i realitats que es produeixen en el territori local<sup>2</sup>.

Diversos factors han permès aquests avenços:

- [+] En primer lloc, cal destacar la disponibilitat progressiva d'investigació epidemiològica i experimental suficient i significativa, que ha aportat informació clau per identificar els múltiples factors i processos que s'associen tant a l'inici, com al manteniment del consum de les diverses substàncies psicoactives, així com a l'aparició de problemes relacionats amb el consum.
- [+] En segon lloc, el fracàs obtingut per alguns models teòrics utilitzats inicialment per assolir objectius preventius ha aportat elements importants per identificar quins plantejaments conceptuals no funcionen en prevenció, i cap a on cal orientar les noves propostes.
- [+] En tercer lloc, l'operacionalització i aplicació, tant com l'avaluació de determinats models, com ara el model de salut pública, el de promoció de la salut, el de creences en salut i la teoria de l'aprenentatge social, entre d'altres, han constituït exercicis clau per començar a identificar elements clau per millorar l'efectivitat de les intervencions, tot aportant resultats prometedors, tant de caire poblacional com de caire individual.

2. Discurs de la consellera de Salut, Señora Marina Geli i Fàbrega, al Parlament de Catalunya, de 22 de maig de 2006.



La identificació d'aquests models com a rellevants per a la prevenció del consum de drogues i dels problemes relacionats, ha estat possible mitjançant l'anàlisi d'un conjunt de resultats proporcionats per estudis epidemiològics poblacionals (longitudinals i transversals), estudis prospectius i dissenys experimentals realitzats per valorar l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència de diverses intervencions que tenen per finalitat promoure canvis favorables a la salut en els estils de vida de diversos grups poblacionals.

Tota aquesta informació permet actualment disposar d'un marc conceptual òptim per definir polítiques, programes i actuacions basades en l'evidència.

-

### **3.1.2. LA REPRESENTACIÓ SOCIAL DE LES DROGUES, ELS CONSUMS I ELS PROBLEMES ASSOCIATS**

Pel que fa als canvis que s'han produït en la representació social dels diversos fenòmens relacionats amb les drogues, podríem observar com s'ha evolucionat de l'alarma social fins al cert procés de "normalització" actual. Així, contràriament a l'alarma social sorgida ara fa trenta anys, actualment hi ha una acceptació i tolerància més grans vers les drogues, els consums i les persones que en consumeixen. Però, cal no oblidar que paral·lelament a aquest desenvolupament social positiu, s'ha produït un fenomen que des de l'àmbit preventiu no es pot minimitzar: la percepció baixa de risc socialment existent en relació amb els problemes de salut i discapacitat que generen els consums de drogues.

Mentre institucionalment s'ha passat de veure els problemes derivats dels consums de drogues com a aspectes exclusivament relacionats amb les conseqüències físiques i directes de l'ús entre les persones consumidores, a aplicar una perspectiva més global de salut pública, on també es tenen en compte els efectes en altres persones que no consumeixen, i l'impacte social global, en termes de morbimortalitat i discapacitat associades. Efectes que es fan palesos en diversos entorns i circumstàncies (seguretat viària, accidentabilitat laboral, pràctiques sexuals de risc, aspectes legals, etc.).

També es pot observar una percepció elevada d'accessibilitat, que coincideix amb l'existència d'un sector econòmic cada cop més potent vinculat a la producció i la comercialització de drogues, que actua com a element potenciador del consum com a valor positiu. Aquest darrer aspecte fa plantejar la necessitat de potenciar la capacitat crítica de la societat civil davant la pressió pro consum que prové de diferents interessos sectorials.

## 03.2

### MODELS CONCEPTUALS DE DIMENSIÓ COMUNITÀRIA

A continuació, es presenten els principals models teòrics, que d'acord amb l'evidència disponible actualment, constitueixen el marc conceptual que permet una aproximació preventiva d'eficàcia provada al consum de drogues i els problemes relacionats.

-

#### 3.2.1. SALUT PÚBLICA

El model de salut pública es deriva del model de prevenció de malalties transmissibles, que des del segle XVIII va adoptar la higiene i la salut com a assumptes d'Estat, i per tant, abordables mitjançant mesures de protecció, prevenció i restauració de la salut (Rosemberg, 1992).

Més recentment, l'any 1920, el concepte de salut pública va ser definit per Charles-Edward A. Winslow, com “la ciència i l'art de prevenir la malaltia, perllongar la vida, i promoure la salut i l'eficiència física mitjançant el desenvolupament d'esforços comunitaris organitzats i adreçats a assegurar la salubritat ambiental, el control de les infeccions, l'educació de les persones en els principis d'higiene personal, l'organització dels serveis sanitaris per al diagnòstic precoç i el tractament preventiu de la malaltia, així com l'engegada de la maquinària social necessària per garantir l'assoliment d'un estàndard de vida adequat perquè cada persona pugui mantenir la salut” (Sigerist, 1956). Més modernament, aquesta definició de Winslow va proporcionar les bases per a la definició que l'any 1948 va adoptar l'Organització Mundial de la Salut (OMS)<sup>3</sup> definint la salut com “un estat de complet benestar físic, mental i social i no merament com l'absència de la malaltia” (OMS, 1946; Rosen, 1993).

En aquest marc, el model de salut pública considera que la salut està condicionada per les relacions recíproques establertes entre els tres elements següents: l'hoste, l'agent i l'ambient. El principal mètode de treball d'aquest model –pel que fa a l'anàlisi de la realitat i a l'avaluació de l'impacte de les mesures adoptades– és l'epidemiologia, ja que treballa amb indicadors poblacionals (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2000; Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002; Nebot, 2004; Nebot et al., 2006; Nebot, 2007; Ariza Cardenal & Nebot Adell, 2002; Guxens et al., 2007).

Pel que fa a l'aparició de problemes socio-sanitaris relacionats amb el consum de drogues, inicialment el model va considerar com l'agent la substància psicoactiva; l'hoste, la persona que la consumeix; i l'ambient –que és considerat de gran importància pel que fa a la prevenció– el context social i físic en el qual es produeix el consum (CSAP, 1993).

3. La carta fundacional de l'OMS es va firmar a Nova York el 22 de juny del 1946 per entrar en vigor el 7 d'abril de 1948.

Les dades derivades dels estudis epidemiològics longitudinals i transversals disponibles sobre la prevalença del consum de les diverses drogues en diferents contextos socials, econòmics i culturals, han fet que més recentment en salut pública es consideri:

- [+] L'agent, no només com la substància psicoactiva per si mateixa, sinó també altres elements que hi van associats. Per exemple, relacionades amb els mercats de les substàncies i la forma de presentació (empaquetatge, dissenys i marques corporatives, existència o no d'advertiments sanitaris, inclusió o no d'informació sobre els riscos associats al consum, etc.).
- [+] L'hoste tampoc és ja considerat de forma individual, és a dir, com la persona, sinó com a grups determinats de població definits per variables concretes i exposició a diferents factors de risc i protecció (nivell socioeconòmic, sexe, edat, cultura d'origen, nivell educatiu, grau d'accés als serveis socials, preventius i/sanitaris, etc.).
- [+] L'ambient. La disponibilitat d'investigació creixent ha permès igualment ampliar el significat d'aquest concepte, i pel que fa a la prevenció de drogues, inclou àmbits com la família, el grup d'iguals, l'escola, el barri, i la comunitat de referència, tant com l'ambient normatiu, social i cultural entès en sentit ampli (lleis sobre comercialització, xarxes i condicions de distribució, increment dels preus, prohibició o regulació de la publicitat i de les estratègies de promoció, restricció de punts de venda, regulació del consum en llocs públics, presència als mitjans de comunicació, etc.).

Gràcies a aquests avenços, des de l'àmbit de la salut pública, i utilitzant com a instrument principal d'aplicació política l'acció legislativa, a molts països s'han assolit modificacions notables del consum de tabac i d'alcohol, i s'ha aconseguit reduir significativament la prevalença del consum d'aquestes substàncies psicoactives en determinats grups poblacionals, i consegüentment una disminució sensible de la mortalitat, la morbiditat i la discapacitat associades.

-

### 3.2.2. PROMOCIÓ DE LA SALUT

Pel que fa a la prevenció del consum de drogues i els problemes associats, les idees proporcionades des de la salut pública, han quedat ampliades i complementades pel marc conceptual que aporta el model de promoció de la salut.

Aquest model, adoptat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1986, considera que els estils de vida dels diferents grups poblacionals poden millorar si es creen i es fomenten les condicions necessàries perquè les persones puguin augmentar el control sobre els factors que influeixen i condicionen la seva salut (Green & McAlister, 1984; World Health Organization, 1984; Green, Wilson, Lovato, 1986; World Health Organization, 1986; Green & Kreuter, 1991; Green, 1992; Gold, Green,

Kreuter, 1997; Green & Kreuter, 1999; Green & Kreuter, 2005). Cal, a més, assenyalar que en aquest enfocament conceptual es considera la salut com un recurs per viure millor i més plenament, no pas l'objectiu de la vida.

El model aporta eines valuoses per a la identificació i la comprensió dels elements que afecten les conductes relacionades amb la salut, i ajuda a comprendre la forma en què aquests elements conflueixen en l'adopció d'estils de vida.

Des del punt de vista de l'acció política, aquest marc defineix cinc àrees d'actuació prioritària:

- [+] Establir i promoure una política pública saludable, mitjançant l'atenció als fets i factors que condicionen quotidianament la salut de la població general.
- [+] Crear entorns que facilitin i promoguin la salut, mitjançant l'acció política i el desenvolupament d'accions encaminades a modificar les causes bàsiques de pèrdua de salut i de discapacitat. Per això, cal combinar diverses mesures com ara les legislatives, encaminades a modificar i millorar l'entorn normatiu; les informatives i de sensibilització; les educatives o de desenvolupament de competències per viure una vida personal i socialment plena i enriquidora, i les de millora de l'entorn físic i ambiental on es desenvolupa la vida de les persones.
- [+] Enfortir l'acció comunitària per assolir nivells òptims de salut, mitjançant la capacitat i el reforç<sup>4</sup> dels recursos de les persones i de la comunitat per a l'adopció de decisions sobre temes que poden afavorir o poden estar perjudicant aquest objectiu.
- [+] Promoure el desenvolupament d'habilitats personals per adoptar estils de vida saludables, fomentant i engegant accions encaminades a ampliar i enfortir els recursos personals necessaris mitjançant la informació, la sensibilització i l'educació en habilitats de vida i de presa de decisions.
- [+] Reorientar els serveis de salut, sobre la base de les necessitats existents, atorgant un protagonisme més gran als serveis d'atenció primària que, més enllà de la seva funció assistencial tradicional, poden tenir un paper de promoció de la salut i de prevenció de riscos.

En resum, es pot considerar que el model de promoció de la salut contribueix a plantejar que els problemes complexos, com són els relacionats amb les drogues, no es poden prevenir o superar mitjançant l'aplicació de mesures simplistes i mecanicistes. Es tracta de respondre a cadascun dels factors que es troben associats als problemes des d'una aproximació multidimensional, multisectorial i multidisciplinària. I aquesta aproximació requereix la utilització d'estratègies de participació i coordinació entre les administracions públiques i els agents socials que representen la societat civil organitzada.

4. En anglès s'utilitza el terme *empowerment*.

### 3.2.3. APORTACIONS D'AMB DÓS MODELS

Tant el model de salut pública com el de promoció de la salut permeten enfocar el treball preventiu a l'àmbit poblacional. Plantegen que és necessari treballar simultàniament sobre diferents factors del context social, econòmic, educatiu i sanitari per realitzar un treball preventiu eficaç. Per això també, i com fa temps que demostren diversos treballs en aquest àmbit (Comín, Nebot & Villalbí, 1990; White D, Pitts, 1998; Donaldson et al., 1999; Halverson, 2000; Turnock, 2000; Villabí et al., 2000; Tobler et al., 2000; Ansari et al., 2003; Brugal, Rodríguez-Martos & Villalbí, 2006; Jha et al., 2006), permeten identificar, enregistrar, avaluar, treballar i modificar indicadors clau des del punt de vista preventiu, com són:

- [+] Indicadors directament relacionats amb les drogues, com ara: prevalença, incidència, freqüència de consum, edat d'inici del consum de cada droga, creences o mites en relació amb cada substància, etc.
- [+] Indicadors ambientals, entre d'altres: factors econòmics sobre la producció i comercialització de drogues, preus, accessibilitat i disponibilitat de cada producte, o qualitat dels serveis i/o programes preventius (socio-sanitaris i educatius), etc.
- [+] Indicadors vitals, entre d'altres: el nivell de salut objectiva, la salut percebuda, la discapacitat, el benestar percebut, la morbiditat, la mortalitat, l'esperança de vida, etc.
- [+] Indicadors socials, entre d'altres, variables sociodemogràfiques, així com la dimensió de diverses variables de risc o protecció presents en diferents grups socials (per exemple, factors ambientals, culturals, de conceptualització o representació simbòlica de les drogues, de percepció de risc associat al consum de cada substància), etc.
- [+] Indicadors sobre desigualtats en salut, entre d'altres, variables socials, econòmiques, de gènere, educatives, etc.

La utilització d'aquests indicadors permet garantir la previsió d'estratègies i serveis preventius com ara:

- [+] El monitoratge dels indicadors clau per fer un seguiment dels patrons de mercat, de percepcions i representacions socials en relació amb les drogues, de malaltia, de discapacitat i de mortalitat, així com d'altres factors de risc i de protecció relacionats amb l'aparició de problemes associats al consum de drogues.
- [+] La realització d'estudis de diagnòstic situacional que permetin identificar necessitats, nous passos per emprendre i realitzar un seguiment sistemàtic de les millores assolides.
- [+] L'oferta d'informació, d'educació i de capacitació a la població per entendre quins riscos amenacen la seva salut, així com per adoptar estils de vida saludables, a partir de la consideració de les especificitats locals i en consonància amb la seva cultura i llenguatge.

- [+] La mobilització de les comunitats territorials locals perquè puguin emprendre actuacions col·lectives capaces de prevenir l'aparició de problemes relacionats amb les drogues.
- [+] El desenvolupament de polítiques i plans preventius capaços de reforçar els esforços personals i comunitaris de millora o superació dels problemes relacionats amb les drogues.
- [+] L'engegada d'iniciatives comunitàries a llarg termini, en lloc de la realització d'actuacions puntuals per donar resposta a determinats fets que desencadenen alarmes injustificades o sobredimensionades.
- [+] El seguiment de la implantació de les previsions legals encaminades a protegir la salut i prevenir les causes de discapacitat i sofrença prematures i evitables.
- [+] L'apropament dels serveis preventius als grups poblacionals que els necessiten, i assegurar-ne la provisió, tenint en compte criteris de prioritat sociosanitària i d'equitat social.
- [+] L'assignació i disponibilitat pública de professionals de referència que disposin de la formació preventiva adequada.
- [+] L'avaluació de l'eficàcia, l'efectivitat, l'accessibilitat i la qualitat dels serveis preventius, així com dels professionals que els dispensen.
- [+] El desenvolupament d'investigació necessària per avançar en el coneixement de nous enfocaments preventius capaços de respondre als continus reptes que la producció, comercialització i el consum de les diferents substàncies psicoactives plantegen al si de la nostra comunitat.

L'aplicació i generalització d'aquestes actuacions i prestacions dins d'un marc global coherent, assegura l'aplicació d'una política preventiva d'eficàcia provada en l'àmbit poblacional (U.S. Department of Health and Human Services, 1995; WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998; Colom et al., 1999; Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, 2000; Bauer et al., 2003).

Un element clau que cal considerar, tant pel que fa al model de salut pública com al de promoció de la salut, és com assolir la implantació adequada per obtenir els canvis de percepció social i l'impacte desitjat o, com a mínim, augmentar les possibilitats de millora constant. I és aquí on les teories cognitivoconductuals que es presenten a continuació ofereixen instruments indispensables d'aplicació, ja que proporcionen la proposta, l'estructura i les eines sobre les quals suportar la planificació, l'execució i l'avaluació.

Actualment, sabem que la tramesa d'informació, com a instrument únic de canvi d'estils de vida, ha fracassat, i que tampoc ha resultat efectiva per assolir els canvis cognitius necessaris per a la prevenció del consum de drogues i els problemes associats. Mentrestant, hem anat acumulant suficient evidència per saber que altres propostes

conceptuals que incorporen diversos enfocaments i mètodes participatius i interactius han estat eficaces (Rosenstock, 1960; Green 1974; Botvin et al., 1990; Hochbaum, Sorenson & Loring, 1992; Becoña, 1999; Tobler et al., 2000; Becoña, 2002).

Diversos models conceptuals indiquen que hi ha una sèrie de factors de caràcter cognitiu que –a banda els factors de risc i protecció d'àmbit contextual– es presenten associats a l'adopció de comportaments de protecció o de risc en relació amb les drogues (Becker, 1974; Green, 1974; Bandura & Walters, 1963; Bandura, 1977; Ajzen & Fishbein, 1977; Strecher & Rosenstock, 1997; 1980; Shifter i Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986; Prochaska & DiClemente, 1983, 1992; Catania et al., 1990; Ehrhardt et al., 1992; Insúa & Moncada, 2002).

## 03.3

### MODELS CONCEPTUALS DE DIMENSIÓ INDIVIDUAL O COGNITIVA

Es tracta d'un segon grup de models conceptuals, complementaris als presentats en el punt precedent, que permeten la identificació i el treball d'indicadors que es poden considerar dins de l'àmbit individual i s'adrecen especialment al treball d'aspectes cognitius.

Són propostes aportades des de les ciències del comportament i parteixen de la hipòtesi que considera les persones com éssers amb capacitat cognitiva, és a dir, amb la possibilitat de processar activament informació, i que a diferència d'altres animals, poden establir relacions raonades entre la seva conducta i les conseqüències que se'n deriven. Aquest enfocament teòric s'assenta en dos supòsits bàsics:

- [+] Les persones aprenen gran part de la seva conducta i coneixements observant altres persones (models), així com les conseqüències dels actes que aquests models experimenten i
- [+] les expectatives, creences, autopercepcions i intencions de cada persona modelen de forma notable la seva conducta.

-

#### 3.3.1. EL MODEL DE L'APRENENTATGE SOCIAL

Parteix del model genèric de la influència social, proposat a partir dels anys seixanta del segle XX (Bandura & Walters, 1963; Bandura, 1977; 1982), i desenvolupat àmpliament en els darrers trenta anys en l'àmbit específic de la prevenció del consum de drogues (Botvin et al., 1990; Catalano & Hawkins, 1996; Catalano et al., 1996; Oetting, Donnermeyer, Deffenbacher 1998; Oetting & Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998; Oetting et al., 1999; Becoña 1999; 2002).

Aquest model reconeix i emfasitza l'enorme pes que té l'entorn social com a lloc decisiu per a l'inici del consum de drogues. Considerant les conductes i les actituds de l'entorn immediat (família, amistats, escola, etc.) en el qual es desenvolupa la persona des del naixement fins a l'adolescència com un procés integrat per diverses etapes on l'establiment de vincles emocionals amb l'entorn té un paper molt important. A més de considerar aquestes influències, té igualment en compte com aquests factors poden interactuar amb altres aspectes de personalitat, autoeficàcia percebuda o factors contextuals més generals com són el preu, l'accessibilitat i altres factors macrosocials relacionats amb les drogues. Per tant, aquest model considera que l'inici del consum de drogues és multicausal, i per a la prevenció també cal adoptar un enfocament multidimensional i pluridisciplinari.



Tot considerant aquesta realitat, el model incorpora l'entrenament en habilitats socials i de vida com un element preventiu que capacita les persones a viure una vida autònoma tant com a prendre decisions raonades en el marc d'entorns promotors del consum de drogues (pressió dels iguals, estratègies sectorials d'importància creixent adreçades a promoure i incrementar el consum, etc.).

Així, l'objectiu del model és promoure, entrenar i capacitar les persones per al desenvolupament d'habilitats cognitivoconductuals que, de manera adaptada a cada edat, els permetin respectar la salut personal (física, mental i emocional); considerar i respectar les diferències que presenten les altres persones (ja siguin de caire físic, com cultural, social, de creences, etc.), manejar situacions generadores d'ansietat, desenvolupar estils de comunicació efectius, mantenir relacions personals gratificants, disposar d'una actitud assertiva, conèixer els efectes i els riscos derivats del consum i l'abús de cada substància psicoactiva, identificar i afrontar les pressions del consum de drogues, augmentar l'autoestima, adoptar estils de vida saludables, etc. Per assolir aquests objectius, el model permet treballar factors com valors, habilitats per a la vida i coneixements, tots altament rellevants per al manteniment de la salut personal, tant física com mental i emocional.

### **Valors**

Pel que fa als valors, el model permet integrar la promoció i el respecte vers la salut personal i el cos propi; la consideració i el respecte de la diferència (cultural, religiosa, o física de cada persona, etc.); el respecte als valors democràtics que fomenten escoltar el punt de vista d'altri; l'atenció a la igualtat de sexes, i la consideració de la perspectiva de gènere.

### **Habilitats**

Quant a l'entrenament en habilitats socials i de vida, permet treballar aspectes com l'assertivitat, l'autonomia personal, la presa de decisions i la comprensió de les conseqüències esperables de cada decisió adoptada, l'autoeficàcia, la capacitat d'adaptació a noves situacions o reptes, el coneixement dels recursos i limitacions propis, l'empatia, el maneig de sentiments i emocions, el pensament creatiu, el pensament crític, la identificació de pressions externes, la responsabilitat personal, l'autoestima, la capacitació per a la resolució de problemes o conflictes, la tolerància, la cooperació, i en general totes aquelles habilitats que milloren la competència social de les persones.

Per tal d'acomplir els objectius preventius, cal que l'entrenament d'aquestes habilitats es realitzi mitjançant la utilització de mètodes interactius d'educació, és a dir, utilitzant tècniques que requereixen la implicació activa de l'alumnat per assolir

l'aprenentatge (per exemple, considerar els interessos de l'alumnat com a punt de partida per iniciar l'aprenentatge, l'experimentació empírica, el treball de camp, la consulta de fons primàries d'informació, la mediació dels educadors, el foment de l'esperit crític i les actituds democràtiques, la incorporació d'activitats participatives i de treball en grup, etc.

### Coneixements

Pel que fa als coneixements, el model permet incloure la informació clau sobre els principals determinants de la salut; sobre els estils de vida que la fomenten i aquells factors que la posen en risc, ja sia en forma de disminució de la qualitat de vida, de discapacitat, de malaltia o de mort prematura. També permet la correcció d'idees errònies o mites; i la identificació d'influències externes que poden empitjorar o posar en perill el gaudi d'una vida al més plena i autònoma possible.

-

#### 3.3.2. LA TEORIA DE L'ACCIÓ RAONADA O PLANIFICADA

Diversos models s'han derivat de la teoria de l'aprenentatge social, entre d'altres cal destacar la teoria de l'acció raonada, posteriorment ampliada al model de l'acció planificada (Ajzen & Fishbein, 1977; Fishbein, 1980; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, Middlestadt, Hitchcock, 1991; Fishbein et al., 1992; Fishbein, 1995; Albarracín et al., 2001; Fishbein & Ajzen, 2005). En ella s'argumenta com es produeix la relació existent entre les actituds d'una persona i els seus comportaments.

Planteja que el factor determinant de les conductes és la intenció de la persona de realitzar-les. I aquesta intenció és el resultat de la interacció entre:

- [+] L'actitud personal pel que fa al desenvolupament de la conducta (basada en les creences sobre les conseqüències que se'n produiran, és a dir, les expectatives);
- [+] la percepció personal sobre la pressió social (també descrita com pressió normativa) per realitzar la conducta, i
- [+] el sentiment de control percebut de la conducta pròpia, sense el qual els dos factors anteriors no arriben a determinar la conducta. Així, la percepció de poder desenvolupar la conducta, o la creença de controlar-la, és un element tan important com els dos anteriors.

En aquest marc, les creences esdevenen relacions establertes entre l'objecte de l'actitud i els seus atributs (expectatives) les quals, afegides a la valoració d'aquests atributs conformen el que aquesta teoria denomina *component actitudinal*. Mentre, la percepció de control està integrada per un conjunt de variables personals externes i internes, com són:

- [+] Variables externes a la persona: l'oportunitat d'actuar, el moment en què la conducta es pot dur a terme, les facilitats o els obstacles que altres persones pugin interposar, etc.;
- [+] variables internes: la percepció de les habilitats pròpies, l'eficàcia percebuda per realitzar el comportament, la seguretat en les habilitats personals de caire general i social, etc.

A més d'aquesta teoria, entre els models explicatius més rellevants pel que fa a l'inici i la prevenció de l'inici del consum de drogues relacionats amb el marc conceptual aportat des de la teoria de l'aprenentatge social, cal igualment esmentar el model de creences en salut, el model *precede-proceed*, el model transteòric del canvi, el model de la reducció del dany, posteriorment ampliat al model de la reducció del risc.

-

### 3.3.3. MODEL DE CREENCES EN SALUT

Desenvolupat inicialment per Hochbaum, Rosenstock i col·laboradors a mitjan segle XX des del camp de la psicologia social (Hochbaum, 1956; 1958; Rosenstock, 1960; 1966) per intentar explicar les causes de la manca de participació de la ciutadania en programes públics de prevenció i detecció precoç de malalties. Posteriorment, i amb la incorporació d'elements de la teoria de l'aprenentatge social (Rosenstock, 1988), va ser ampliat a l'estudi de les respostes individuals pel que fa a l'adopció d'estils de vida saludables i la incorporació en l'àmbit de les conductes personals de pràctiques preventives, com per exemple en relació amb el consum de tabac o amb la prevenció de la infecció pel VIH (Becker, 1974; Maiman et al., 1977; Janz & Becker, 1984; Soto et al., 1997; Strecher & Rosenstock, 1997; Soto Mas et al., 1997).

El desenvolupament del model es va suportar, a més, en el desenvolupament de diverses escales estandarditzades dissenyades per mesurar les diverses dimensions amb les quals treballa (Maiman et al., 1977), que poden operacionalitzar-se com els factors cognitius que predisposen les persones a adoptar conductes o estils de vida amb impacte en la salut, i que principalment tenen relació amb les dimensions següents:

- [+] La percepció de la importància –o la valoració subjectiva– de la dimensió d'una determinada amenaça o problema pel que fa al manteniment de la salut o l'evitació de la malaltia.
- [+] El desig d'evitar aquesta amenaça potencial, problema, discapacitat o malaltia.
- [+] La valoració de la relació cost-benefici entre el que cal fer i la conseqüència d'aquesta conducta farà que la persona es disposi o no a “pagar” el cost necessari per adoptar un estil de vida saludable. Per fer una opció positiva caldrà que cregui que el benefici que n'obtindrà serà més important que el cost esmentat.

[+] L'autoeficàcia percebuda pel que fa a la capacitat d'adopció de la conducta necessàries per obtenir els millors resultats per a la protecció de la salut i/o la prevenció del problema potencial.

[+] L'impuls per actuar o el factor "precipitador" de l'adopció d'estils de vida o conductes complexes integrades a llarg termini en la història vital de cada persona.

Una revisió sistemàtica dels estudis que va aplicar aquests principis durant els anys vuitanta del segle XX va trobar que el model no tenia suficient poder predictiu (Harrison, Mullen & Green, 1992). I una explicació potencial d'aquest fracàs podria estar relacionada amb la dificultat d'operacionalitzar el concepte de percepció del risc, una necessitat que, ara com ara, no ha estat abordada més que en l'àmbit de la prevenció de la sida, àmbit en què disposem d'un instrument per operacionalitzar i avaluar aquest concepte (Bayés et al., 1995, 1996). En aquest punt és rellevant assenyalar que caldria avançar i aprofundir en el desenvolupament d'instruments semblants pel que fa a la prevenció dels problemes associats amb el consum de cada substància psicoactiva.

Un estudi que es va dedicar específicament a comparar el poder predictiu d'aquest model amb altres propostes conceptuals, va concloure que valia sols per explicar una petita proporció de la variació en àmbits com l'adopció d'una dieta saludable, la pràctica regular d'exercici físic i la reducció del consum de tabac. Així el seu valor predictiu era inferior a l'obtingut per altres models com ara el model ja comentat de l'acció raonada o planificada, o el model *precede-proceed* (Mullen, Hersey, and Iverson, 1987). Malgrat tot, el model de creences en salut ha estat àmpliament aplicat en el camp de l'educació per a la salut durant tota la dècada dels anys noranta del segle XX, i és desplaçat progressivament pel model transteòric del canvi (Prochaska, DiClemente, 1983). Tot i això, roman com una guia valuosa per a la planificació d'actuacions educatives, especialment en l'àmbit escolar.

-

#### 3.3.4. MODEL TRANSTEÒRIC DEL CANVI

Aquest model fou desenvolupat als anys vuitanta i ha estat validat durant més de dues dècades, especialment en el camp de la prevenció selectiva, indicada i determinada del consum de drogues (Prochaska i DiClemente, 1982; Prochaska i DiClemente, 1983; Prochaska & Prochaska, 2004), la prevenció de la infecció pel VIH (Schnell et al., 1996) i l'adopció d'estils de vida saludables en general (Redding, Rossi, Rossi et al., 1999; Cummins, et al., 2004).

També anomenat *model dels estadis del canvi*, considera el desenvolupament d'un nou comportament relacionat amb la salut i amb el consum de drogues com un procés cíclic en el qual la persona passa d'una fase de consonància amb la conducta per modificar (on no sent la necessitat de canviar) a una fase de dissonància vers aquest comportament on pas a pas s'anirà produint el canvi esperat. Aquesta segona fase de dissonància està integrada pels cinc estadis, passos o subetapes següents:

- [+] Precontemplació (“potser canviar tingui alguna cosa positiva”).
- [+] Contemplació (“probablement el canvi seria bo per a mi”).
- [+] Preparació (“valdria la pena intentar canviar, què em cal fer per intentar-ho?”).
- [+] Acció (inici d’un intent seriós i planificat de canvi, que pot ser únic o reiterat, pel fet de no aconseguir el canvi esperat al primer intent).
- [+] Manteniment (desenvolupament d’estratègies per mantenir i consolidar el canvi).

Aquest model resulta d’utilitat per a la planificació i l’aplicació d’estratègies de prevenció selectiva, indicada i determinada, ja que permet promoure canvis culturals globals vers l’adopció d’estils de vida més saludables, tant com el suport al canvi en l’àmbit individual (Prochaska et al., 1982; Prochaska & Velicer, 1997; Grimley et al., 1997; Prochaska, 1999; Redding et al., 2000; Velicer et al., 2000; Prochaska, Prochaska, Levesque, 2001; Cummins et al., 2004; Prochaska & Prochaska, 2004).

-

### 3.3.5. EL MODEL PRECEDE<sup>5</sup>PROCEED<sup>6</sup>

Aquest model ofereix un marc per al desenvolupament sistemàtic i l’avaluació d’actuacions i programes d’educació per a la salut. Desenvolupat durant els anys vuitanta (Green et al., 1980; Mullen, Hersey, Iverson, 1987), parteix de la premissa que els resultats de l’educació per a la salut –entesos en termes de coneixements i comportaments esperats– depenen de variables de participació, determinació i cooperació voluntària per part de cada persona. I al mateix temps, la intervenció educativa ha de realitzar-se partint del diagnòstic de la situació o problema que es vol modificar en un grup de població en concret.

Aquest enfocament conceptual és multidimensional, i utilitza els principis i els mètodes aportats des de les ciències del comportament, l’epidemiologia, la planificació, la gestió i l’educació. Com a tal, considera que els comportaments saludables són el resultat de múltiples factors (de l’entorn i de la persona), que cal avaluar abans d’iniciar qualsevol intervenció preventiva, ja sigui universal, selectiva, indicada o determinada.

Des del punt de vista operatiu, el model proposa nou etapes per a la seva aplicació, organitzades en un cicle de continuïtat lògica. Les cinc primeres de diagnòstic (*precede*) i les quatre restants d’execució i avaluació (*proceed*):

- [+] Diagnòstic social sobre les necessitats preventives percebudes en l’àmbit poblacional.
- [+] Diagnòstic epidemiològic de la situació i els problemes relacionats amb les drogues més freqüents en aquesta població.
- [+] Diagnòstic dels comportaments i els entorns on es produeixen.
- [+] Diagnòstic dels condicionants de les conductes, és a dir, d’aquells

5. Sigla en anglès per: Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation.

6. Sigla en anglès per: Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development.

factors que les predisposen, les reforcen, les faciliten i les afecten: necessitats, desitjos, percepcions, coneixements, creences, valors i actituds de la població amb què es vol treballar.

[+] Diagnòstic de les polítiques, i de les capacitats institucionals (gerencials i administratives) disponibles per desenvolupar les actuacions i programes preventius.

[+] Implantació de l'actuació o programa.

[+] Avaluació de procés.

[+] Avaluació de resultats.

[+] Avaluació d'impacte.

Entre les principals contribucions d'aquest model, cal destacar que ha contribuït a promoure i donar suport a la planificació comprensiva dels programes en l'àmbit de la promoció de la salut i en el de la prevenció en concret.

-

### 3.3.6. REDUCCIÓ DEL DANY I REDUCCIÓ DEL RISC

El model de reducció dels danys es va desenvolupar a final de la dècada dels anys vuitanta com una alternativa proposada des del camp de la salut pública a la política punitiva i sancionadora del consum de drogues i basada en la utilització de criteris suposadament morals (Rinaldi et al., 1988; Newcombe, 1992; Reuter & Caulkins, 1995; Drucker, 1995; Leshner, 1997; Marlatt, 1998).

Des del punt de vista conceptual, aquest model planteja una proposta humanista i neutral tant pel que fa al consum de drogues com pel que fa a les persones que consumeixen substàncies psicoactives. Aquest enfocament no es planteja l'abstinència com a objectiu primer ni principal, i concentra les seves propostes en la prevenció o la solució dels problemes i dels danys relacionats amb el consum de drogues, i reconeixent el paper actiu de les persones consumidores en l'assoliment d'aquests objectius. Per tant, està basat en els principis de respecte, acceptació, suport i promoció de les capacitats pròpies (*empowerment*) de les persones que consumeixen drogues.

A grans trets, es poden distingir tres fases en el desenvolupament d'aquest model, totes associades a la necessitat de disminuir la dimensió dels danys per a la salut relacionats amb el consum de drogues tant a l'àmbit poblacional com a l'àmbit individual. La primera fase s'inicia a la dècada dels anys seixanta del segle XX amb les primeres evidències dels riscos greus per a la salut derivats del consum d'alcohol i tabac. La segona fase s'inicia als anys vuitanta amb l'aparició de la sida associada al consum de drogues per via parenteral i a les pràctiques sexuals de risc. I la tercera comença amb l'aparició de problemes relacionats amb el consum de drogues en els entorns recreatius i d'oci (Òrgan Tècnic de Drogodependències, 1995; Caulkins & en Reuter, 1997; Erickson & Butters, 1997; Fundación de Ciencias de la Salud, 1998; Alvarez-Requejo et al., 1999; Erickson, 1999; Òrgan Tècnic de

Drogodependències, 1999; Sanchís & Martín, 2000; Sedó, 2000; Ezard, 2001; Bellis & Hugues, 2003; Calafat, Fernández, Juan et al., 2003; Caudevilla, 2003; Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003; Melguizo, 2003; Sanjurjo et al., 2004; de la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany et al., 2006).

Especialment des de l'aparició del VIH, aquest model ha mostrat l'eficàcia d'incorporar el treball per al canvi d'actituds i coneixements, tant com l'entrenament en conductes de disminució del risc i del dany en relació amb el consum de drogues i conductes sexuals de risc (Fineberg, 1988; Marshall & Joseph, 1988; Catania, Kegelles, Coates, 1990; Ehrhardt et al., 1992; Bandura, 1994; Lacoste, 1995; Stryker et al., 1995; Fishbein, 1998; Fishbein, 2000).

Des del punt de vista operacional, la finalitat del model és reduir les conseqüències més greus i immediates del consum de drogues entre les persones que les pateixen, i articular un enfocament multisectorial i multidisciplinari per:

- [+] Prioritzar el benestar de les persones, siguin quines siguin les seves circumstàncies.
- [+] Considerar i promoure les capacitats personals de valoració i presa de decisions de les persones consumidores (*empowerment*).
- [+] Desenvolupar mesures per arribar a les persones en situació de dany allà on es trobin.
- [+] Proporcionar serveis i recursos atractius i adaptats a les necessitats, estils de vida, entorns i característiques de les persones consumidores.
- [+] Oferir serveis i recursos d'exigència baixa en contraposició als serveis tradicionals d'exigència alta.
- [+] Oferir opcions preventives sobre la base d'una jerarquització de riscos.

A mesura que s'han anat comprovant els beneficis del model de la reducció dels danys, aquest enfocament s'ha anat ampliant també a la reducció dels riscos, que implica una aproximació més àmplia, però basada en els mateixos principis, i dirigida a població que no manté un consum problemàtic de drogues, que desitja mantenir aquest consum i que pot o no estar preocupada pels potencials riscos associats (Calafat, Fernández, Juan et al., 2003; Caudevilla, 2003; Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003; Colom i Farran, Batlle de Santiago, Castells Cervelló et al., 2005; Valverde Gefaell, Pi Gonzalez & Colom i Farran, 2003).

-

### 3.3.7. APORTACIONS D'AQUESTS MODELS

Aquests models han servit per aportar suficients evidències com perquè avui es pugui afirmar que la prevenció del consum de drogues i dels problemes associats no ha estat un fracàs, i que és possible aconseguir canvis de comportaments i d'estils de vida a llarg termini i exemples palesos i de gran impacte en salut pública són la

reducció de la transmissió del VIH, la reducció de la prevalença del tabaquisme, la reducció del consum d'alcohol abans de conduir un vehicle, etc. En tots aquests casos, s'està aconseguint disminuir significativament les taxes de mortalitat evitable i de sofriment personal a les quals s'havia arribat en dècades recents. I totes aquestes millores s'han pogut aconseguir gràcies a la posada en marxa de polítiques i l'aplicació de programes promotors de canvis conductuals i d'estils de vida.

En aquest context, disposem de suficient evidència per afirmar també que algunes premisses fonamentals per arribar a assolir aquests avenços són l'increment sensible de la difusió dels coneixements sobre els riscos associats a determinades conductes, juntament amb canvis d'actituds poblacionals i personals favorables a la protecció i conservació de la salut. I en tots els casos, els elements cognitius i conductuals hi tenen un paper clau.

És per això que els models teòrics que permeten treballar la dimensió cognitiva, aporten elements indispensables que cal considerar en prevenció. Amb diferents èmfasis i matisos, tots permeten treballar els factors cognitius com a elements que intervenen en el canvi conductual (Mullen, Hersey, Iverson, 1987; Harrison, Mullen, Green, 1992; Glanz, Lewis, Rimer, 1997; Juárez et al., 1999; Soto Mas et al., 2002; Calafat Far et al., 2005a; Calafat Far et al., 2005b; Calafat Far et al., 2005c; Becoña Iglesias, 2007). Així, aquests models permeten utilitzar alguns dels indicadors següents:

- [+] Indicadors de caràcter conductual personal, com són els hàbits relacionats amb la salut; el consum de drogues (tipus de drogues consumides, freqüència, quantitat, edat d'inici, etc.), l'assertivitat, la capacitat per a la presa de decisions, les habilitats socials, les habilitats de comunicació verbal, les habilitats de resolució de problemes o d'afrontament de dificultats, capacitats per llegir i interpretar signes o indicis de caire social, les habilitats de resistència a la pressió ambiental o de grup, el maneig de la tensió o l'estrès, la capacitat d'adaptació a nous reptes, l'execució de tasques, com ara les escolars o les assignades en el marc familiar, l'autonomia, la relació amb l'escola, la utilització del temps de l'oci, el grau d'implicació i interacció social, la utilització de recursos sociosanitaris, etc.
- [+] Indicadors sobre coneixements i creences, com ara les creences en relació amb els efectes (reals o no) de les diferents drogues, les creences sobre l'extensió del consum de cada substància psicoactiva (generalment sobredimensionada), el coneixement sobre les conseqüències reals del consum i l'abús de cada droga, la percepció i la internalització del risc associat al consum de cada substància psicoactiva, creences en la validesa moral de les regles de conducta social, etc.
- [+] Indicadors de caràcter actitudinal, com són les oportunitats percebudes, les intencions de comportament futur, habilitats per conèixer i interioritzar les normes socials, el pensament crític davant dels interessos diversos que hi ha darrere de les pressions per consumir drogues, les actituds vers el consum de cada droga, la identificació normativa o conformitat amb les normes socials



relacionades amb el consum de les diverses drogues, respecte vers la salut personal i el cos propi, respecte a les diferències que presenten les altres persones (físiques, culturals, lingüístiques, religioses, etc.).

- [+] Indicadors de caràcter afectiu i emocional, com ara el control emocional, la percepció d'autoeficàcia, l'autoestima, les habilitats per identificar, expressar i manejar sentiments, el control d'impulsos, el desenvolupament de vincles i compromisos emocionals en l'entorn proper (família, amistats, etc.).
- [+] Indicadors de modelament, com per exemple la influència dels models de l'entorn més proper (pare/mare, grup d'amics, etc.), la influència de models de més edat (educadors, germans grans o altres adults rellevants de l'entorn familiar, etc.), la influència de models socials de referència (cantants, actors/actrius de cinema, etc.).
- [+] Indicadors de caire conductual familiar, com ara la influència de l'estil de gestió familiar dels pares en les conductes dels fills, la consistència normativa en les relacions familiars, la disponibilitat de diners per part dels fills (quantitat de l'assignació econòmica i condicions relacionades amb la paga setmanal), el temps d'oci compartit entre pares i fills i les activitats a les quals es dedica, etc.

## 03.4

### MODELS CONCEPTUALS EN DESENVOLUPAMENT

A banda de l'aval indiscutible, proporcionat per l'evidència, el model i els principis de la reducció del risc (ja presentat en aquest mateix capítol i també en el capítol següent d'aquest *Llibre blanc*), que considera que prevenir els problemes derivats del consum de drogues és tan important com prevenir-ne el consum mateix, actualment cal més investigació per poder parlar d'un model conceptual preventiu centrat en la "gestió de riscos i plaers". I en aquesta línia, ja s'estan desenvolupant diverses investigacions psicosocials (Spora, 2007), i reflexions necessàries que plantegen qüestions clau per avançar en el desenvolupament i validació d'un marc teòric de rellevància preventiva en aquest àmbit (Hidalgo, 2004).

Com ja s'ha apuntat també en aquest capítol, actualment cal conceptualitzar acuradament i de forma científica nocions utilitzades sovint en prevenció i poc validades fins ara des de la investigació experimental, com són els conceptes de risc, percepció de risc i gestió de riscos i plaers. En aquest àmbit caldrà un treball molt acurat que combini treballs seriosos d'investigació experimental, amb el desenvolupament d'un procés de consens teòric sobre el que cal entendre per *risc* i *percepció de risc* associada al consum de cada droga. En aquest procés de consens cal que hi participin professionals tant de la investigació bàsica, com dels camps de l'epidemiologia, la clínica i la prevenció. Aquests avenços permetrien clarificar molt més l'operacionalització d'aquests conceptes per tal de poder-los utilitzar de forma acurada dins del marc preventiu.

Des d'aquests desenvolupaments teòrics s'hauran de poder plantejar hipòtesis, desenvolupar estudis experimentals sobre l'efectivitat de models d'actuació fins ara no testats, i plantejar idees i conceptes que hauran de resultar molt útils per al disseny d'actuacions preventives de promoció i reforç personal i social (*empowerment*), basades en els principis de la salut pública i de la promoció de la salut.

## BIBLIOGRAFIA

**A**

Adams F. The genuine works of Hippocrates. Ann Arbor, MI: University Microfilms, 1891.

Ajzen I, Fishbein M. Attitude and behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol Bull* 1977; 84: 888-918.

Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. *Estats Units: Prentice-Hall Inc*, 1980.

Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behavior. *J Exp Soc Psychol* 1986; 26: 305-328.

Albarracín D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 2001; 127 (1): 142-61.

Alvarez-Requejo A, Suelves JM, Brugal MT, Corretja JF. Monitoring treatment demand for drug abuse in Spain: Prespective over a decade. *Eur Addict Res* 1999; 5: 179-184.

Ansari Z, Carson NJ, Ackland MJ, Vaughan L, Serraglio A. A public health model of the social determinants of health. *Soz-Präventivmed* 2003; 48 (4): 242-251.

Ariza Cardenal C, Nebot Adell. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76 (3): 227-238.

**B**

Bandura A, Walters RH. Social learning and personality development. Nova York: Holt, Rinehart, & Winston, 1963.

Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1982.

Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. A: Di-Clemente RJ, Peterson JL, eds. Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions. Nova York: Plenum, 1994.

Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, Nova Jersey: Prentice-Hall Inc, 1977.

Bauer G, Davies JK, Pelikan J, Noack H, Broesskamp U, Hill C. Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. *Eur J Public Health* 2003; 13 (1): 107-113.

Bayés R, Pastells S, Tuldrá A. Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 1995; 33: 22-7.

Bayés R, Pastells S, Tuldrà A. Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmuno deficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuad Med Psicopatol Psiquiatr Enlace* 1996; 39: 24-31.

Becker MH, ed. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 324-473.

Becoña Iglesias E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 1999.

Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 2002.

Becoña Iglesias E. Resiliencia y consumo de drogas: Una revisión. *Adicciones* 2007; 19 (1): 89-101.

Bellis MA, Hugues K. Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones* 2003; 15 (supl. 2): 289-305.

Bergmark A. Risk, pleasure and information. Notes concerning the discursive space of alcohol prevention. *Nord Stud Alcohol Drugs (supl. en anglès)* 2004; 21: 7-16.

Brugal MT, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR. Nuevas y viejas adicciones: Implicaciones para la salud pública A: Informe SEESPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. *Gac Sanit* 2006; 20 (supl. 1): 55-62.

Buning EC. The role of harm reduction programmes in curbing the spread of HIV by drug injectors. A: Strang J, Stimson GV, eds. *Aids and drug misuse: The challenge for policy and practice in the 1990's*. Londres: Routledge, 1990.

## C

Calafat A, Fernández C, Juan M et al. Enjoying the nightlife in Europe: The role of moderation. Palma de Mallorca: IREFREA, 2003.

Calafat Far A, Fernández C, Juan M, Becoña Iglesias E. Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones* 2005c; 17 (2): 145-155.

Calafat Far A, Fernández Gómez C, Juan M, Becoña Iglesias E. Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones* 2005a; 17 (4): 337-347.

Calafat Far A, Juan M, Becoña Iglesias E, Castillo A, Fernández C, Franco M, Pereiro C, Ros M. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones* 2005b; 17 (3): 193-202.

Calnan MW, Moss S. The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination. *J Health Soc Behavior* 1984; 25: 198-210.

Catalano RF, Hawkins D. The social development model: A theory of antisocial behavior. A: Hawkins JD, ed. *Delinquency and crime: Current theories*. Nova York: Cambridge University Press, 1996: 198-235.

Catalano RF, Kosterman R, Hawkins JD, Newcomb MD, Abbott RD. Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *J Drug Issues* 1996; 26: 429- 455.

Catania JA, Kegeles S, Coates T. Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Educ Q* 1990; 17: 53-72.

Caudevilla F. El éxtasis: una revisión de la bibliografía científica sobre la 3,4-metilendioximetamfetamina. *Med Clin (Barc)* 2003; 120 (13): 505-15.

Caulkins JP, Reuter P. Setting goals for drug policy: Harm reduction or use reduction? *Addiction* 1997; 92: 1143-1150.

Colom J et al. Recomendaciones para los Programas de reducción de riesgos en drogodependencias. A: Soler Insa PA, Gascón Borrachina J, coord. *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 2a ed. Barcelona: Masson, 1999.

Comín E, Nebot M, Villalbí JR. Estudi de factors de risc lligats a l'estil de vida a l'edat evolutiva. El Projecte FRISC a Barcelona. Barcelona: Àrea de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona, 1990.

Conselleria d'Ensenyament i Cultura. Educació sobre les drogues: Separata del Projecte de programa d'educació sanitària a l'escola en fase experimental de la Generalitat de Catalunya. Mataró: Ajuntament de Mataró, 1982.

Cummins CO, Evers KE, Johnson JL, Paiva A, Prochaska JO, Prochaska JM. Assessing stage of change and informed decision making for Internet participation in health promotion and disease management. *Manag Care Interface* 2004; 17: 27-32.

## D

de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 505-520.

Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: DGPND. Ministerio del Interior, 2003.

Departament de Sanitat i Seguretat Social, Departament d'Ensenyament. Projecte d'educació sanitària a l'escola: Pre-escolar i EGB: Edició experimental. Barcelona: Secretaria General Tècnica del Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1981.

Donaldson SI, Sussman S, MacKinnon DP, Severson HH, Glynn T, Murray DM, Stone EJ. Drug abuse prevention programming: Do we know what contents works? *Am Behav Sci* 1996; 39: 868-883.

Drucker E. Harm reduction: A public health strategy. *Curr Issues Public Health* 1995; 1: 64-70.

## E

Ehrhardt A, Exner T, Miller S, Stein Z. Sexual risk behavior and behavior change in heterosexual women and men. Nova York: HIV Center for Clinical and Behavioral Studies at the New York State Psychiatric Institute, 1992.

Erickson PG, Butters J. The emerging harm reduction movement: The deescalation of the war on drugs? A: Jensen EL, Gerber J, eds. *The new war on drugs: Symbolic politics and criminal justice policy*. ACJS series. Chicago: Anderson, 1997.

Erickson PG. Harm reduction: What it is and is not. *Drug Alcohol Rev* 1995; 14: 283-285.

Erickson PG. Introduction: The three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques. *Subst Use Misuse* 1999; 34: 1-7.

Ezard N. Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk education to vulnerability reduction. *Int J Drug Policy* 2001; 12: 207-219.

## F

Ferrer X. La educación sobre las drogas en la universidad y escuelas especiales para los profesionales implicados. *Drogalcohol* 1981; IV (2): 117-127.

Fineberg H. Education to prevent AIDS: Prospects and obstacles. *Sci* 1988; 239 (4840): 592-596.

Fishbein M, Ajzen L. Theory-based behavior change interventions: Comments on Hobbis and Sutton. *J Health Psychol* 2005; 10 (1): 27-31.

Fishbein M. Developing effective behavior change interventions: Some lessons learned from behavioral research. *NIDA Res Monogr* 1995; 155: 246-61.

Fishbein M, Bandura A, Triandis HC, Kanfer FH, Becker MH, Middlestadt SE, Eichler A. Factors influencing behavior and behavior change: final report workshop. Rockville, Maryland: NIMH, 1992.

Fishbein M, Middlestadt SE, Hitchcock PJ. Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: An analysis based on the theory of reasoned action. A: Wasserheit JN, Aral SO, Holmes KK, ed. *Research issues in human beha-*

vior and sexually transmitted diseases in the AIDS era. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1991.

Fishbein M. A theory of reasoned action: Some applications and implications.

Nebr Symp Motiv 1980; 27: 65-116.

Fishbein M. Changing behavior to prevent STDs/AIDS. Int J Gynaecol Obstet 1998; 63 (supl. 1): 175-181.

Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. AIDS Care 2000, 12 (3): 273-8.

Fundación de Ciencias de la Salud. Aspectos éticos de los programas de sustitución para dependientes a opiáceos en España. Conclusiones y recomendaciones. Barcelona: Fundación de Ciencias de la Salud, 1998.

## G

Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Linking theory, research, and practice. A: Health behavior and health education: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

Gold R, Green LW, Kreuter MW. EMPOWER: Enabling Methods of Planning and Organizing within Everyone's Research. Sudbury, MA: Jones & Bartlett, 1997. [CD-ROM i manual].

Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and environmental approach. Palo Alto, Califòrnia: Mayfield, 1991.

Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and ecological approach. 3a ed. Mountain View, Califòrnia: Mayfield, 1999.

Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4a ed. Nova York: McGraw-Hill Higher Education, 2005.

Green LW, McAlister AL. Macro-intervention to support health behaviour: Some theoretical perspectives and practical reflections. Health Educ Q 1984; 11: 323-339.

Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health education planning: A diagnostic approach. Mountain View, Califòrnia: Mayfield Publishers, 1980.

Green LW, Wilson AL, Lovato CY. What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The tradeoffs between expediency and durability. Prev Med 1986; 15: 508-521.

Green LW. Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples. Health Educ Monogr 1974; (supl. 2): 34-64.

Green LW. Prevention and health education. A: JM Last JM, Wallace RB, eds. Maxcy-Rosnau-Last-Public health and preventive medicine. 13a ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.



Grimley DM, Prochaska JO et al. Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach. *Health Educ Res* 1997; 12 (1): 61-75.

Guxens M, Nebot M, Ariza C, Ochoa D. Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: Una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gac Sanit* 2007; 21 (3): 252-260.

## H

Halverson PK. Performance measurement and performance standards: Old wine in new bottles. *J Public Health Manag Pract* 2000; 6 (5): 6-10.

Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the health belief model. *Health Educ Res* 1992; 7: 107-116.

Hidalgo E. Hacia la percepción de riesgo basada en la evidencia. [S. l.]: Energy Control, 2004. <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=161>

Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs. A: Sociopsychological study. Washington, DC: US Government Printing Office. PHS, 1958; núm. de publicació 572.

## I, J

Institut d'Etudis de la Salut. Curs de drogodependències. Ponències. Tortosa: IES. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya, 1981.

Insúa P, Moncada S. Cognición actitud y conducta: Cambios en UDI hacia la reducción de los riesgos asociados al uso de drogas. *Adicciones* 2002; 14: 161-176.

Janz NK, Becker MH. The health Belief Model: A decade later. *Health Educ Q* 1984; 11: 1-47.

Jha P, Chaloupka FJ, Corrao M, Jacob B. Reducing the burden of smoking worldwide: Effectiveness of interventions and their coverage. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25 (6): 597-609.

Juárez O, Diez E, Barniol J, Villamarin F, Nebot M, Villalbí JR. Conductas preventivas de la transmisión sexual de sida, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 194-202.

## L

Lacoste JA. Reducción de daños y riesgos: Una respuesta de salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas. *Adicciones* 1995; 7: 299-318.

Leshner AT. Drug Abuse and addiction treatment research: The next generation. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (8): 691-694.

**M, N**

Maiman LA, Becker AM, Kirscht JP et al. Scales for measuring health belief model dimensions: A test of predictive value, internal consistency and relationships among beliefs. *Health Educ Monogr* 1977; 5: 215-230.

Marlatt GA, ed. *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Nova York: Guilford, 1998.

Marshall HB, Joseph JG. AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. *Am J Public Health* 1988; 78 (4): 394-410.

Melguizo M. Acomodar la oferta a las necesidades de los drogodependientes: ¿Para cuándo la normalización? *Aten Primaria* 2003; 32 (6): 323-327.

Mendoza R, Salvador T. *L'estel de sis cantons. Educació sobre drogues per a l'ensenyament general bàsic (EGB)*. Barcelona: Barcanova, 1983.

Mendoza R, Villarrasa A, Ferrer X. *La educación sobre las drogas en el ciclo superior de la EGB: Propuesta de programa*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, 1986.

Mullen PD, Hersey J, Iverson DC. Health behavior models compared. *Social Sci Med* 1987; 24: 973-981.

Nebot M, Tomás Z, López MJ, Ariza C, Díez E, Borrell C, Villalbí JR. Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000. *Aten Primaria* 2004; 34 (9): 457-464.

Nebot M, Giménez E, Ariza C, Tomás Z. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes de Barcelona, España, entre 1987 y 2004. *Med Clin (Barc)* 2006 feb; 126 (4): 159.

Nebot, M. Evaluación en salud pública: ¿Todo vale? *Gac Sanit* 2007; 21: 95-96.

Newcombe R. *The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research*. A: O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning, EC. eds. *The reduction of drug-related harm*, Londres: Routledge, 1992.

**O**

Oetting ER, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance.I. *Subst Use Misuse* 1998; 33: 995-1026.

Oetting ER, Deffenbacher JL, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance.II. *Subst Use Misuse* 1998; 33: 1629-1665.

Oetting ER, Donnermeyer JF, Deffenbacher JL. Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance.III. *Subst Use Misuse* 1998; 33: 1629-1665.

Oetting ER, Donnermeyer JF, Trimble JE, Beauvais, F. Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Subst Use Misuse* 1998; 33: 2075-2107.

Oetting ER. Primary socialization theory: Developmental stages, spirituality government institutions, sensation seeking, and theoretical implication. V. *Subst Use Misuse* 1999; 34: 947-982.

OMS. Carta fundacional de la OMS. Conferencia Internacional de la Salud. Nova York: Organización Mundial de la Salud, 1946.

Òrgan Tècnic de Drogodependències. Sistemes d'intercanvi de xeringues a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.

Òrgan Tècnic de Drogodependències. L'atenció primària davant les drogues de síntesi. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.

**P**

Prochaska J M, Prochaska JO, Levesque DA. A transtheoretical approach to changing organizations. *Admin Policy Mental Health* 2001; 28: 247-261.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract* 1982; 19 (3): 276-288.

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51 (3): 390-395.

Prochaska JO, Prochaska JM. Assessment as intervention within the transtheoretical model. A: Maruish ME ed. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. 3a ed. Mahwah, Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2004.

Prochaska JO, Velicer WF. Misinterpretations and misapplications of the transtheoretical model. *Am J Health Promot* 1997; 12: 11-12.

Prochaska JO, Crimi P, Lapsanski D, Mantel L, Reid P. Self-change processes, self-efficacy and self-concept in relapse and maintenance of cessation of smoking. *Psychol Rep* 1982; 51: 983-990.

Prochaska JO. How do people change and how can we change to help many more people? A: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, eds. *The heart and soul of change*. Washington, DC: APA Press, 1999.

## R

Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. A: Hyner GC, Peterson KW, Travis JW, Dewey JE, Foerster JJ, Framer E.M. eds. *SPM handbook of health assessment tools*. Pittsburgh, PA: The Society of Prospective Medicine & The Institute for Health and Productivity Management, 1999.

Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. *Int Electr J Health Educ* 2000; 3 (núm. especial): 180-192. <http://www.iejhe.siu.edu>.

Reuter P, Caulkins JP. Redefining the goals of national drug policy: Recommendations from a working group. *Am J Public Health* 1995; 85 (8 part 1): 1059-1063.

Rinaldi RC, Steindler EM, Wilford BB, Goodwin D. Clarification and standardization of substance abuse terminology. *JAMA* 1988; 259: 555-557.

Rosen G. *A history of public health, expanded edition*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1993.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q* 1988; 15 (2): 175-183.

Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *A J Public Health* 1960; 50: 295-301.

Ruiz Pérez I, Aceijas Hernández C, Hernán García M. *Uso de drogas ilegales en España. A: Invertir para la salud: Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. València: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002.

## S

Salvador T, Mendoza L. Diez años de prevención comunitaria en España: Características esenciales y perspectivas de futuro. Libro de ponencias. XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Barcelona 26, 27, 28 de setembre de 1990. Madrid: Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol, el Alcoholismo y las otras Drogodependencias, 1990.

Sanchís M, Martín E. *La prevención de las drogodependencias en España: Marco general. A: Atención integral y prevención en las drogodependencias. Formación para mediadores en los ámbitos sociosanitarios y educativo*. Las Palmas de Gran Canaria: Consulting Dovall, 2000.

Sanjurjo E, Nogué S, Miró Ó, Munné P. Análisis de las consultas generadas por el consumo de éxtasis en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2004; 123 (3): 90-2.

Schifter DE, Ajzen I. Intention, perceived control and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *J Pers Soc Psychol* 1985; 49: 843-851.

Schnell DJ, Galavotti C, Fishbein M, Chan DK. Measuring the adoption of consistent use of condoms using the stages of change model. *AIDS Community Demonstration Projects. Public Health Rep* 1996; 111 (supl. 1): 59-68.

Sedó C. Apunts sobre la conducció de situacions relacionades amb usos de drogues. Quadern del mòdul 4 del Màster d'intervenció socioeducativa amb infants, adolescents i joves en risc o conflictes socials. Barcelona: Universitat Ramon Llull, 2000.

Sigerist HE. Landmarks in the history of hygiene. Londres: Oxford University Press, 1956.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. A: Álvarez Dardet C, Però S, eds. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. A: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, eds. València: SESPAS, 2002.

Soto Mas F, Jesús A, Lacoste Marín JA, Richard L, Papenfuss RL, Gutiérrez León A. El modelo de creencias de salud: Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71 (4): 335-341.

Soto Mas F, Villalbí JR, Balcázar H, Avalderrama Alberola J. La iniciación al tabaquismo: Aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *An Esp Pediatr* 2002; 57: 327-333.

Spora. Oci nocturn i substàncies psicoactives: Avaluació de les polítiques i intervencions de salut pública amb adolescents i joves en espais d'oci nocturn a Catalunya. Barcelona: Spora. Consultoria Psicosocial, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. A: [www.spora.ws](http://www.spora.ws), 2007.

Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. A: Health behavior and health education: Theory, research, and practice. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

Stryker J, Coates T, DeCarlo P, Haynes-Sanstad K, Shriver M, Makadon H. Prevention of HIV infection: Looking back, looking ahead. *JAMA* 1995; 273 (14): 1143-1148.

**T, U, V, W**

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev* 2000; 20: 275-336.

Torjman Sherri R. Prevention in the drug field. Monograph 1, Essential concepts and strategies. Toronto: Addiction Research Foundation, 1986.

Turnock B J. Can public health performance standards improve the quality of public health? *J Public Health Manag Pract* 2000; 6 (5): 19-25.

US Department of Health and Human Services. Public Health Service. For a healthy nation: Returns on investment in public health. Washington, DC: US Government Printing Office, 1995.

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa. Parte dos: Libro de evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

Valverde Gefaell C, Pi González J, Colom Farran J. Programas de reducción de daños en uso-abuso de drogas recreativas. *Adicciones* 2003; 15 (2): 353-361.

Velicer WF, Prochaska JO, Fava J, Rossi JS, Redding CA, Laforge RG, Robbins ML. Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis Health Dis* 2000; 40: 174-195.

Villalbí JR, Brugal MT, Torralba LL, Armengol R. Objetivo 17: Reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas. A: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.

Weinberger M, Greene JY, Mamlin JJ et al. Health beliefs and smoking behavior. *Am J Public Health*; 71: 1253-1255.

White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93 (10): 1475-1487.

WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.

WHO. Health promotion: A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1984.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 1986 nov 17-21; Ottawa, Canadà.

04

REVISIÓ  
DE L'EVIDÈNCIA



# 04.0

## REVISIÓ DE L'EVIDÈNCIA

Aquest capítol presenta un recull de l'evidència disponible actualment sobre l'efectivitat de les diverses estratègies, actuacions i programes de prevenció. Com es pot comprovar al llarg del capítol, la informació recollida no respon als diversos interrogants actuals sobre les característiques que garanteixen l'efectivitat de totes les actuacions preventives. Tan sols reflecteix l'estat actual del coneixement en aquest àmbit, i constitueix, per tant, una aportació que pretén sintetitzar l'avançament del coneixement existent avui dia pel que fa a la prevenció basada en l'evidència, a més d'assenyalar les qüestions a les quals caldrà respondre a partir d'ara.

La informació recollida i analitzada es presenta organitzada d'acord amb els nivells d'intervenció preventiva: universal, selectiu, indicat i determinat. Dins de cada nivell es revisa l'estat del coneixement pel que fa a cada àmbit d'intervenció marcat per l'Estratègia nacional de prevenció: comunitari, educatiu, familiar, laboral, del lleure, dels mitjans de comunicació i dels serveis de salut.

Per a cada nivell preventiu revisat, s'ha inclòs un apartat final que sintetitza el text presentat sobre l'estat actual del coneixement, sota l'epígraf: "què és efectiu?" així com els principals buits que caldria cobrir en investigacions futures, sota l'epígraf "què caldria saber?".

### Mètode de cerca bibliogràfica

**Criteris de selecció dels subjectes de la revisió:** totes les publicacions que presenten resultats obtinguts mitjançant l'estudi científic de l'impacte d'estratègies, programes i actuacions de caràcter preventiu, inclosos:

- [+] Informes institucionals que revisen l'evidència recollida a través d'estudis experimentals, observacionals (longitudinals: prospectius i retrospectius, i transversals) acumulats en el decurs de les darreres dècades d'investigació en salut pública.
- [+] Estudis de metaanàlisi o revisions sistemàtiques disponibles per cada àmbit considerat, publicats a revistes científiques que utilitzen la revisió per parells com a mètode per assegurar la qualitat científica de les investigacions publicades.
- [+] Per als àmbits en els quals no s'han identificat materials amb el mateix grau d'evidència, s'han revisat estudis isolats però que per les seves característiques metodològiques s'han considerat rellevants.
- [+] Estudis isolats publicats a revistes espanyoles que utilitzen la revisió per parells i que fins molt recentment no s'han inclòs les llistes de revistes revisades en l'àmbit internacional, s'han afegit també en aquesta revisió.

[+] Tesis doctorals que avaluen programes preventius, realitzades al nostre país i que no hagin estat publicades.

**Període d'extracció de dades:** per a la cerca internacional, s'ha seleccionat la documentació publicada entre el anys 1995-2006. Per a la cerca d'estudis publicats a Catalunya i la resta de l'Estat espanyol s'han inclòs els estudis publicats des dels anys vuitanta del segle XX fins a l'any 2007.

**Fonts (I):** bases de dades d'investigació com a fonts generals de recerca d'informació bibliogràfica per definir els aspectes de base en l'evidència per cadascun dels àmbits inclosos en l'Estratègia (comunitari, educatiu, familiar, laboral, del lleure, dels mitjans de comunicació i dels serveis de salut), s'ha utilitzat la consulta de les bases de dades següents:

- [+] Base de dades de la Cochrane Library Plus.
- [+] Database of Abstracts of Review on Effectiveness (DARE).
- [+] MEDLINE-PubMed. U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health.
- [+] Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- [+] PSYCINFO. American Psychological Association.
- [+] The Educational Resource Information Center (ERIC). Clearinghouse on Teaching and Teacher Education, Washington DC.

**Fonts (II):** institucions que poden disposar d'informació clau complementària: Adicionalment, i per tal d'identificar treballs de recerca i informes rellevants que no hagin estat publicats com articles en revistes científiques, s'han consultat els fons documentals de les institucions següents:

- [+] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), EUA.
- [+] Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.
- [+] Departament d'Educació. Generalitat de Catalunya.
- [+] Secretaria de Joventut. Generalitat de Catalunya.
- [+] Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació. Generalitat de Catalunya.
- [+] Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- [+] EUROCARE. European Alcohol Policy Alliance.
- [+] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (EMCDDA). Comissió Europea. UE.
- [+] Health Service Research Projects in Progress, EUA.
- [+] Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [+] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).

- [+] National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI), EUA.
- [+] National Institute on Drug Abuse (NIDA), EUA.
- [+] Observatori de Nous Consums. Institut Genus.
- [+] Plan Nacional del Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [+] Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [+] UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- [+] World Health Organization (WHO).
- [+] World Health Organization. Regional Office for Europe (WHO / EURO).
- [+] World Health Organization. Pan American Health Organization (WHO / PHAO).

**Fonts (III):** s'ha realitzat una consulta addicional directa a persones expertes de cada àmbit, per tal de localitzar treballs addicionals que pel fet de no haver estat editats (bibliografia gris) hagin pogut passar desapercebuts a través del procés descrit anteriorment.

**Paraules clau:** la cerca bibliogràfica s'ha realitzat utilitzant la llista de paraules clau següent: *drug abuse prevention, drug education, harm reduction, risk reduction, metadone maintenance programmes/programs, universal prevention, selective prevention, indicated prevention, early intervention, peer education, peer intervention, evaluation, cross-site evaluation, long term evaluation, family interventions, mass media campaigns, community programmes /programs, work place programmes /programs, employee assistance programmes/programs, alternative activities / alternatives programs, youth-oriented prevention, high-risk youth prevention programmes /programs, drug abuse, tobacco, alcohol, marihuana/cannabis, cocaine, synthetic drugs, HIV/AIDS, violence, suicide, school-dropouts, antisocial behaviour, risk factors, protective factors, early intervention*, així com els termes equivalents a aquestes paraules en català i castellà.

**Revisió, extracció, selecció i anàlisi:** finalment s'han revisat de forma manual totes les referències i documents identificats, per seleccionar els que complien els criteris d'inclusió especificats en el punt inicial "Subjectes de la revisió".

04.1

REVISIÓ  
DE L'EVIDÈNCIA

EVIDÈNCIA PER A  
LA PREVENCIÓ UNIVERSAL

## 04.1

### EVIDÈNCIA PER A LA PREVENCIÓ UNIVERSAL

Quines són les estratègies, els programes i les actuacions que han demostrat ser efectius en aturar l'inici del consum o de l'abús de drogues?

-

#### 4.1.1 ALCOHOL: QUÈ EN SABEM?

Els problemes derivats del consum d'alcohol plantejen un repte per els professionals de la salut pública. No solament pels efectes immediats en la salut –especialment quan es beu i es condueix– sinó també perquè és un factor de risc per al desenvolupament d'altres problemes relacionats amb les drogues.

En general, podem dir que les activitats de nivell universal per prevenir el consum excessiu d'alcohol es poden classificar segons si s'enfoquen a prevenir les conseqüències legals o les conseqüències socials i sobre la salut. També es poden dirigir a prevenir el consum de begudes alcohòliques, o bé a prevenir els accidents de trànsit, i per tant la morbiditat i la mortalitat, que tenen relació amb l'alcohol.

Per prevenir el consum d'alcohol s'han desenvolupat un gran nombre d'estratègies i programes, amb diferents graus d'eficàcia. Estudis anteriors a 1999 van trobar que la manera més efectiva de disminuir el consum d'alcohol en els joves és encarir el preu de l'alcohol, augmentar l'edat legal per començar a beure i dur a terme controls d'alcoholèmia a la carretera. Aquestes evidències s'han reforçat en els darrers anys i han quedat ben resumides en un informe recent impulsat per la Comissió Europea (Anderson & Baumberg, 2006).

-

#### 4.1.1.1 ÀMBIT COMUNITARI

Les estratègies comunitàries que s'han avaluat i han demostrat ser efectives són les següents:

- [+] Augmentar els preus, a través de l'augment dels impostos gravats als productes alcohòlics (Cook & Moore, 2002; Anderson & Baumberg, 2006). La literatura econòmica ressalta que els consumidors beuen menys i hi ha menys problemes relacionats amb l'abús d'alcohol quan els preus són més alts (Anderson & Baumberg, 2006).
- [+] Desenvolupar mesures d'àmbit comunitari per incrementar la sensibilització pública respecte als problemes relacionats amb el consum d'alcohol i la necessitat de desenvolupar polítiques públiques de regulació del mercat, de la promoció, de la disponibilitat i l'accessibilitat a les begudes alcohòliques (Anderson & Baumberg, 2006).

- [+] Implantar i vigilar el compliment de les lleis que imposen una edat mínima pel que fa a la venda i el consum d'alcohol. Hi ha una relació inversa entre l'edat mínima per consumir alcohol i dos resultats: el consum d'alcohol i els accidents de trànsit i les conseqüències en termes de morbiditat i mortalitat, especialment en població jove (Wagenaar & Toomey, 2002).
- [+] Regular la publicitat de begudes alcohòliques, suprimint la publicitat als mitjans de comunicació com ara la televisió i el cinema, així com tota mena de promoció i patrocini de marques de begudes alcohòliques. Limitar la publicitat a missatges relacionats amb la qualitat del producte (Anderson & Baumberg, 2006).
- [+] Implantar i vigilar el compliment de les lleis destinades a reduir els accidents de trànsit relacionats amb el consum d'alcohol (Anderson & Baumberg, 2006; Wagenaar, Toomey & Erickson, 2005; Zwerling & Jones, 1999). Una de les revisions va analitzar l'impacte d'aquestes lleis a Austràlia i als Estats Units. Malgrat la dificultat que comporta avaluar estudis ecològics que s'han dut a terme a diferents països on s'implanten lleis diferents, tots els estudis analitzats han demostrat l'efectivitat d'aquests tipus d'estratègies (Zwerling & Jones, 1999).
- [+] En les previsions legals de trànsit, introduir un nivell màxim d'alcoholèmia de 0,2 g/l per a la població jove (Anderson & Baumberg, 2006).
- [+] La implantació de mesures de planificació urbana, estratègies de mobilització comunitària, regulació i restricció de les llicències de venda, polítiques de reforç del transport públic alternatiu i gestió dels entorns de consum ha d'encaixar-se a minimitzar els efectes negatius resultants de les intoxicacions etíliques, en particular a l'àmbit local (Anderson & Baumberg, 2006).

#### **4.1.1.2. ÀMBIT EDUCATIU**

Wood et al. 2006 van revisar les intervencions educatives per prevenir el consum d'alcohol en joves de 10 a 16 anys, desenvolupades dins l'àmbit de l'educació formal (l'escola) (Wood, Shakeshaft, Gilmour & Sanson-Fisher, 2006). Molts estudis no van poder ser inclosos per problemes metodològics. Els autors van trobar que els programes més eficaços incloïen l'educació de l'alumnat, la implicació dels pares i la participació d'experts per aportar recursos a l'escola. No obstant això, els resultats obtinguts mostraren que els programes que es duen a terme exclusivament en l'àmbit escolar tenen una efectivitat baixa si es desenvolupen de forma aïllada. Per això, es recomana acompanyar-los dels components comunitaris descrits en el punt anterior.

Aquests resultats coincidiren amb els obtinguts en un estudi d'avaluació sobre l'efectivitat de la intervenció educativa "Alcohol vs. adolescent", adreçada a alumnes de primer d'ESO residents en comarques gironines, i amb els del programa de suport adreçat a pares i mares (Faixedas, Vilà, Vidal et al., 2003). I també amb els

de l'avaluació (no publicada) del programa “Límit zero” de sensibilització sobre els riscos de l'alcohol i la conducció adreçat als alumnes de tercer i quart d'ESO. (OTD & Grupo Criteria Evaluación, 2003).

Quant a estratègies educatives per reduir específicament el consum d'alcohol en estudiants universitaris, la revisió de Larimer et al. (Larimer & Cronce, 2002) va posar de manifest que programes de tipus universal, basats solament en la informació i l'educació no eren efectius.

A Espanya, “Tabaco, Alcohol y Educación” és un programa implantat a la comunitat de Castella-la Manxa per prevenir el consum de tabac i alcohol en els joves. Va dirigit a estudiants de primer curs d'ESO, i és aplicat per un company o bé pel professor. Ha estat avaluat per Alonso i del Barrio, i s'ha vist que és més efectiu si és impartit per un professor i que redueix més el consum d'alcohol que de tabac (Alonso & del Barrio, 1997; Alonso & del Barrio, 1998).

#### **4.1.1.3. ÀMBIT FAMILIAR**

La revisió de la col·laboració Cochrane de Foxcroft et al. va ressaltar el “Programa d'enfortiment familiar” (Strengthening Families Program) com una intervenció molt efectiva a llarg termini per a la prevenció del consum d'alcohol (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe & Breen, 2005). El programa està dirigit a les famílies i es basa en l'entrenament d'habilitats per expressar expectatives, per gestionar aspectes de disciplina, per al maneig d'emocions fortes, i per comunicar-se amb efectivitat. La intervenció ha estat eficaç a llarg termini. Els autors han publicat avaluacions fins i tot sis anys després de la primera implantació (Spoth, Redmond & Shin, 2001; Spoth, Guyll & Day, 2002; Spoth, Redmond, Trudeau & Shin, 2002; Spoth, Redmond, Shin & Azevedo, 2004).

#### **4.1.1.4. ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL I PROGRAMES DE SENSIBILITZACIÓ COMUNITÀRIA**

Igual que per a altres tipus de substàncies psicoactives, les intervencions per prevenir el consum d'alcohol ben plantejades, ben executades, que s'adrecen a grups específics de població general i que es duen a terme juntament amb altres activitats preventives (educació, control i altres mesures comunitàries, per exemple), han mostrat ser efectives i els beneficis superen els costos (Elder, Shults, Sleet, Nichols, Thompson, Rajab et al., 2004).

Un exemple és el vídeo titulat *Underage Drinking: A Roll of Dice* [Consum d'alcohol en joves menors d'edat: una aposta arriscada] que il·lustra les conseqüències civils i judicials que pot tenir beure alcohol per sota de l'edat permesa legalment (Glanz, Maddock, Shigaki & Sorensen, 2003). Una avaluació del programa va de-

mostrar que després de veure el vídeo, els joves menors d'edat havien adquirit més coneixements, percebien més risc, sentien més responsabilitat i mostraven menys acceptabilitat vers el consum d'alcohol. Per tant, la utilització de vídeos semblants acompanyats d'una dinàmica de reflexió i debat grupals podria ser una manera d'augmentar el coneixement, la consciència sobre la base que sustenta les lleis, el coneixement sobre les sancions i les conseqüències legals relacionades amb el consum il·legal d'alcohol.

En canvi, intervencions aïllades a la televisió o a la ràdio, amb missatges promocionant l'abstinència en els joves menors de 12 anys no han tingut cap efecte en el consum d'alcohol (Flynn, Bunn, Dorwaldt, Dana & Callas, 2006). L'evidència d'efectivitat de les campanyes als mitjans de comunicació és, doncs, molt limitada quan es parla d'estratègies de tipus universal.

Al nostre país, cal esmentar el programa "Beber no es vivir", programa de l'Ajuntament de Madrid que aconsegueix augmentar l'actitud crítica davant la publicitat de l'alcohol i el rebuig a la pressió de grup (Ayuntamiento de Madrid, 2003).

#### **4.1.1.5. ÀMBIT LABORAL**

Les intervencions de tipus universal a l'àmbit laboral per a la prevenció del consum problemàtic d'alcohol solen estar incloses dins de programes més amplis de promoció de la salut. Aquests programes tenen una estructura variable, però les intervencions més freqüentment utilitzades són seminaris informatius, la determinació del risc individual, tècniques de control d'estrès i programes d'assistència al treballador en temes relacionats amb la salut.

Tradicionalment, han estat més enfocats a identificar i ajudar les persones que poden tenir un problema potencial amb l'alcohol, i hi ha poques avaluacions per poder parlar de l'efectivitat, i tampoc disposem d'estudis en aquest àmbit publicats al nostre país. Una revisió completa –no sistemàtica– publicada per Roman i Blum analitza l'impacte dels programes de promoció de la salut en els llocs de treball sobre el consum d'alcohol, i només menciona una avaluació a curt termini duta a terme al Canadà (Roman & Blum, 2002). Els resultats indicaven que els programes de promoció de salut poden reduir de forma significativa el consum d'alcohol en els treballadors. En particular, en persones que presenten un consum problemàtic d'alcohol, en les quals el consum està lligat a una sèrie de comportaments poc saludables. La inclusió de l'alcohol juntament amb altres temes relacionats amb la salut és una manera efectiva de motivar un canvi de conducta cap a un consum més baix i un estil de vida més sa en general.

A més, en un estudi fet als EUA, dels 120 treballadors que van participar en un programa de promoció de la salut de 6 hores de durada dissenyat per augmentar la



consciència dels riscos de salut associats a l'estrès i al consum d'alcohol, als 6 mesos el 76% dels bevedors de risc havien disminuït el seu consum (Vicari, 1994). Els bevedors de risc baix també ho havien fet i els treballadors van manifestar canvis en les actituds respecte a conduir havent begut, en els coneixements sobre problemes relacionats amb l'alcohol i en el reconeixement de signes associats a problemes d'alcohol. Resultats semblants es van obtenir a Austràlia amb la implantació del programa "Workscreen" una intervenció per reduir el consum d'alcohol basada en canvis d'estil de vida (Richmond, Kehoe, Heather & Wodak, 2000).

#### **4.1.1.6. ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT**

Les intervencions per reduir el consum d'alcohol realitzades des de l'àmbit dels serveis de salut són efectives. Intervencions breus, d'uns 15 minuts de durada, durant les quals es quantifica l'alcohol consumit per part del/la pacient, s'informa sobre els límits saludables, es donen fullets informatius, i s'arriba a un acord sobre la quantitat d'alcohol que la persona pot arribar a beure, són més efectives per reduir el consum d'alcohol que un simple consell. A causa de l'heterogeneïtat dels estudis revisats, és imprescindible dur a terme més treball per identificar els components indispensables del programa per garantir-ne l'eficàcia (Altisent et al., 1997; Bertholet, Daeppen, Wietlisbach, Fleming & Burnand, 2005; Córdoba et al., 1998).

Una revisió realitzada als països escandinaus, on la major part del consum problemàtic d'alcohol es troba concentrat als caps de setmana (Nilsen, Aalto, Bendtsen & Seppa, 2006) va revisar l'efectivitat de les intervencions breus en l'àmbit de l'assistència primària. L'efectivitat dels programes va estar directament relacionada amb la intensitat de l'esforç de la intervenció, però, en general, l'efectivitat va ser modesta. No obstant això, els autors assenyalen que els programes revisats eren molt heterogenis, duts a terme amb poc rigor científic, i els temps de seguiment molt curts per poder aportar respostes definitives.

A Espanya, amb l'objectiu de consensuar les pràctiques preventives en relació a l'alcohol, el Ministerio de Sanidad y Consumo, conjuntament amb les societats científiques, varen organitzar la 1<sup>a</sup> Conferència de la prevenció y de la promoció de la salut en la pràctica clínica en España (maig de 2007). En la qual, el cribatge del consum de risc i l'efectivitat de les intervencions breus en els diferents nivells assistencials (atenció primària, hospitals generals, serveis de salut laboral, urgències) es valoren com a cost-efectius. (MSC, 2008)

### PREVENCIÓ UNIVERSAL DEL CONSUM D'ALCOHOL. QUÈ ÉS EFECTIU?

- > En l'àmbit comunitari, les estratègies de protecció i control efectives són l'augment dels preus de l'alcohol mitjançant l'increment de la fiscalitat; vigilar el compliment de les lleis (controls d'alcoholèmia, seguiment de la venda a l'edat mínima requerida, regulació i compliment de les llicències de venda, regulació dels horaris de venda, regulació del consum públic); restricció de la publicitat, limitant-la a la descripció del producte i suprimint-la dels mitjans de comunicació com la televisió o el cinema, reducció del nivell d'alcoholèmia fins a 0,2 g/l en població jove.
- > Programes escolars d'influència social i entrenament en habilitats per la vida, combinats amb components familiars i comunitaris.
- > Programes d'enfortiment familiar: gestió de límits i normes, i lligams afectius.
- > Programes d'ajuda als treballadors han demostrat ser efectius per reduir els problemes d'alcohol de les persones afectades.
- > Intervencions breus en l'àmbit assistencial (atenció primària).
- > Campanyes als mitjans de comunicació completes, ben plantejades i ben executades, que es duen a terme juntament amb altres activitats preventives de caràcter comunitari i educatiu.

### ALCOHOL: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > La bibliografia científica sobre la utilització de campanyes als mitjans de comunicació per prevenir el consum d'alcohol en menors d'edat és extremadament reduïda. A més, dels missatges utilitzats pocs arriben a la població diana amb efectivitat. És important que es desenvolupin intervencions noves per avaluar-ne l'efectivitat.
- > En l'àmbit dels serveis de salut, cal identificar els components dels programes d'intervenció breu indispensables per garantir-ne l'eficàcia.
- > Alguns investigadors proposen avaluar el paper que poden tenir els iguals dins la prevenció universal del consum d'alcohol.
- > En tots els àmbits s'hauria de millorar la qualitat metodològica dels estudis controlats per poder obtenir conclusions d'efectivitat més acurades.
- > Cal estudis de cost-efectivitat de cadascuna de les intervencions per tal de valorar l'eficiència dels esforços esmerçats.
- > Caldria avaluar acuradament l'efecte de la difusió universal dels missatges, serveis i estratègies de reducció de risc entre la població general adolescent.

#### 4.1.2. TABAC: QUÈ SABEM?

Estudis longitudinals i transversals realitzats a cohorts de població àmplies a diferents països durant els darrers cinquanta anys mostren que una persona que no s'ha iniciat en el consum de tabac als 21 anys és molt probable que ja no ho faci més endavant. Més d'un terç dels adolescents que proven el tabac alguna vegada a l'escola secundària es convertiran en fumadors habituals (Stead & Lancaster, 2005). Per aconseguir aquest objectiu de retardar al màxim l'edat d'inici al consum de tabac, les intervencions d'eficàcia provada avaluades en diferents països i entorns culturals d'arreu del món s'han centrat en els àmbits següents: l'àmbit comunitari, l'àmbit escolar, l'àmbit laboral, l'àmbit dels serveis de salut, i dels mitjans de comunicació social.

##### 4.1.2.1. ÀMBIT COMUNITARI

Les polítiques de protecció i control són efectives per a la reducció significativa de la prevalença del tabaquisme i per a la reducció de les conseqüències greus del consum de tabac en termes de morbiditat i mortalitat evitables. La disminució de la prevalença en població adulta influeix en la disminució del tabaquisme en els grups de població de menor edat (Reid, McNeill & Glynn, 1995; Hill, 1999). Les mesures demostradament efectives per a la disminució de la dimensió epidèmica del tabaquisme en l'entorn global d'un país són:

- [+] Augmentar els preus del tabac a través dels impostos gravats als productes tabàquics. La bibliografia econòmica ressalta que en els països desenvolupats el 10% en l'augment del preu comporta en la reducció immediata del 4% de la prevalença global del tabaquisme i la reducció de l'1% en la mortalitat atribuïble al tabaquisme (World Bank, 1999; European Commission, 2004). També s'ha vist que els joves responen més ràpidament als augments del preu del tabac que els adults (Lantz et al., 2000).
- [+] Regular i assegurar el compliment de mesures legals sobre el consum de tabac en espais públics tancats com ara els centres de treball, els centres d'oci i restauració, les instal·lacions esportives, etc., de forma que es garanteixi la protecció completa de tota la població davant dels efectes nocius de l'exposició al fum ambiental de tabac (FAT) (Jha & Chaloupka, 2000; Jha, Chaloupka, Corrao & Jacob, 2006; Salvador Llivina, Oñorbe de Torre & González Alonso, 2006). A molts països s'han establert lleis o regulacions per prohibir o restringir el consum de tabac en àrees públiques, com ara el lloc de treball o els hospitals, però a d'altres s'ha limitat a establir campanyes educatives, a la col·locació d'advertències sobre els danys de l'exposició al FAT. Diverses revisions han valorat l'impacte de les diferents estratègies, i conclouen que l'única alternativa efectiva és la prohibició total de fumar en els espais públics tancats, clarament avalada pels òrgans directius de la institució o de l'empresa (Serra, Cabezas, Bonfill & Pladevall-Vila, 2000; Salvador Llivina, Oñorbe de Torre & González Alonso, 2006).

- [+] Desenvolupar mesures de sensibilització sobre els efectes negatius per a la salut del consum de tabac i de l'exposició involuntària al FAT, en el marc d'actuacions comunitàries per incrementar la sensibilització pública respecte als problemes relacionats amb el consum de tabac (World Health Organization Regional Office for Europe, 2002; European Commission, 2004).
- [+] Regular i assegurar el compliment de les lleis que imposen una edat mínima per a la venda de tabac (World Bank, 1999; European Commission, 2004).
- [+] S'ha vist que quan hi ha més anuncis i promocions de tabac, més augmenta l'interès i la demanda de les marques anunciades. I s'ha demostrat que és efectiu suprimir tota mena de publicitat directa, indirecta o subliminal, així com tota mena de promoció i patrocini de marques de tabac (World Bank, 1999; European Commission, 2004).
- [+] Informar les persones que consumeixen tabac de tots els components que integren el fum de tabac en l'etiquetatge dels productes de tabac, especialment la llista de les més de cinquanta substàncies carcinògenes presents en el fum de tabac, a més dels advertiments sobre els perills del consum d'aquesta substància (European Commission, 2004).

L'inici del consum de tabac es produeix en un marc social ampli, en què intervenen una gran quantitat de factors. Per això, a més de totes les mesures legals anteriorment descrites, també s'ha avaluat l'efectivitat dels programes comunitaris dirigits a sensibilitzar sobre els problemes derivats del consum de tabac, i s'ha vist que aquests programes han d'involucrar a la comunitat a molts nivells. Per exemple, en alguns països no es estrany trobar que el comerç local finança projectes de sensibilització; els líders de la comunitat, els mitjans de comunicació i les organitzacions esportives ajuden a la distribució dels missatges de prevenció i promoció d'estils de vida saludables; mentre les escoles reforcen els continguts i treballen la formació en habilitats socials i de resistència davant de les pressions al consum. Els programes de control del tabaquisme dels estats de Califòrnia, Massachusetts i Oregon, que integren tots els elements esmentats fins aquí (en l'entorn global i en l'entorn immediat), han demostrat ser efectius a l'hora de reduir la prevalença del tabaquisme, tant en la població adulta com en la població jove i adolescent (Biener & Nyman, 1999; Chaloupka & Wechsler, 1997; Celebucki, Biener & Koh, 1998; Elder et al., 1996; Pentz, 1999; Pierce et al., 1998; Tauras, 2004; Weintraub & Hamilton, 2002).

Tot i que els joves poden percebre les dificultats a l'hora d'obtenir tabac com un obstacle per consumir-lo, també sabem que les lleis no es compleixen de forma rigorosa. S'han dut a terme intervencions per millorar el compliment de les lleis per part dels expenedors de tabac. Tres revisions sistemàtiques han analitzat les intervencions dirigides a descoratjar els expenedors de tabac de vendre'n als menors d'edat. Molts dels programes s'havien implantat als Estats Units, però també a Austràlia, al Regne Unit i a Noruega. Quasi tots incloïen advertiments i multes

als que no complissin la llei, i amb aquestes mesures es va aconseguir disminuir la proporció de venedors disposats a proporcionar tabac als joves menors d'edat. No obstant això, no es va poder establir una relació entre el compliment de la llei i la percepció dels fumadors joves respecte a la facilitat amb la qual es poden comprar cigarretes, ni tampoc es va poder associar amb cap reducció del consum de tabac (Fichtenberg & Glantz, 2002b; Lund, Scheffels & Sanner, 1999; Stead & Lancaster, 2005; National Institutes of Health, 2006).

Sowden et al. han revisat l'efectivitat de programes d'àmbit comunitari per prevenir el tabaquisme en població jove, i els han comparat amb programes semblants dels àmbits educatiu o sanitari (Sowden, Arblaster & Stead, 2003). Les intervencions de sensibilització de tipus comunitari les han definit com a programes coordinats, generalitzats a una zona geogràfica, regió o grups de persones que comparteixen interès o necessitats comuns, i que promouen l'adopció d'estils de vida lliures del consum de tabac. En el cas d'aquesta revisió, els estudis analitzats són molt heterogenis, tant en el disseny de la intervenció, com en la població diana, en els components dels programes i en les mesures dels resultats i per tant no s'han pogut combinar. De 17 estudis revisats, només dos han trobat diferències significatives entre el grup d'intervenció i el control, i ambdós es basen en la utilització de la teoria de l'aprenentatge social com a estratègia per millorar la capacitat de decisió entre els joves.

Hi ha, doncs, poca evidència que programes de sensibilització d'àmbit comunitari siguin efectius per prevenir el tabaquisme en els joves. Els autors suggereixen, si més no, el següent per optimitzar-ne els efectes:

- [+] Aprofitar elements de programes existents que han mostrat una certa eficàcia.
- [+] Dissenyar programes que siguin flexibles, per poder ser adaptats a les característiques particulars de cada comunitat.
- [+] Estudiar quins són els missatges més adients per a cada grup de població.
- [+] Missatges i activitats han d'estar guiats per construccions teòriques sobre com s'adquireixen i mantenen els comportaments (especialment, la teoria de l'aprenentatge social).
- [+] Anar acompanyats de les mesures de protecció i control esmentades a l'inici d'aquest punt.

De manera semblant, Friend i Levy han comparat l'efectivitat de programes de sensibilització de tipus comunitari per a la prevenció del tabaquisme en els joves, i han conclòs que les millors intervencions es basen en estratègies d'influència social (Friend & Levy, 2002). Han trobat que els programes comunitaris més efectius –almenys a curt termini– són els que incorporen un component mediàtic important.

#### 4.1.2.2. ÀMBIT EDUCATIU

És en el context educatiu on més s'ha intentat intervenir per prevenir el consum de tabac i altres drogues. Els avantatges que ofereix l'escola, en comparació d'altres àmbits, és que permet accedir a un nombre molt elevat de joves i que les intervencions es poden incorporar dins del programa escolar amb una certa facilitat.

Les estratègies més utilitzades per a la implantació d'aquests tipus de programes a les escoles inclouen mesures informatives i de sensibilització, estratègies de desenvolupament social i de competències, o combinacions de totes. S'ha demostrat que el model d'influència social és el més efectiu en els joves. Programes d'aquest tipus ensenyen com els mitjans de comunicació, la família i els amics influencien la decisió de fumar o no. Per això, treballen habilitats de resistència a la pressió de consumir tabac, habilitats per a la presa de decisions, resolució de problemes i reducció d'estrès. El canvi de comportaments i actituds de l'adolescent en el context del medi social és la clau de l'èxit, i això només s'aconsegueix mitjançant la utilització de mètodes pedagògics interactius (Tobler et al., 2000).

Revisions sistemàtiques diverses han analitzat l'efectivitat dels programes de prevenció de tabaquisme a les escoles. La de Thomas et al. de l'any 2006 (Thomas & Perera, 2006) conclou que les estratègies que es basen en la influència social, o les que combinen influència social amb estratègies de competència social, són les úniques efectives per prevenir el tabaquisme en els joves, i només a curt termini. Sobretot ressalten que no han trobat evidència que programes basats solament en el subministrament d'informació als joves tinguin cap efecte.

Wiehe et al. no trobaren evidència que les intervencions en l'àmbit educatiu produïssin cap efecte sobre la prevalença del tabaquisme a llarg termini (Wiehe, Garrison, Christakis, Ebel & Rivara, 2005). Aquests darrers posen de manifest que molts programes estatals i nacionals –com ara el CDC dels Estats Units– recomanen la inclusió d'un component que es dugui a terme a l'escola, malgrat que l'evidència disponible actualment és feble, pel fet que és a l'escola on s'adquireixen els aprenentatges bàsics en qualsevol aspecte. Backinger et al. estan d'acord que les intervencions centrades exclusivament en l'àmbit de l'escola són inefectives a llarg termini i només són eficaces quan es combinen amb altres programes de tipus mediàtic i de control (Backinger, Fagan, Matthews & Grana, 2003).

De la mateixa manera, una revisió de l'efectivitat de programes per a la prevenció del tabaquisme a les escoles de Corea tampoc va trobar efectes significatius. En aquests darrers anys, Corea ha canviat l'estratègia i ha destinat recursos i esforços a estratègies de tipus comunitari de protecció i control. No obstant això, continua mantenint programes en l'àmbit escolar per complementar les mesures de control (Park, 2006).

Skara i Sussman van trobar evidència que els programes d'influència social prevenien el consum de tabac en gent jove i van observar que els efectes es mantenien

dos anys després de l'acabament del programa (Skara & Sussman, 2003). No obstant això, a causa de la inconsistència dels resultats entre els diferents estudis i de les variacions de validesa interna i externa, l'evidència es considera dèbil.

Per a Ennet et al. la falta d'efectivitat d'alguns programes és deguda a la manera d'implantar-los més que als continguts específics (Ennett et al., 2003). La metaanàlisi que van portar a terme per determinar l'efectivitat dels programes de prevenció en l'àmbit escolar va demostrar que, mentre que el 62% dels mediadors utilitzaven continguts derivats de l'evidència, només el 17% ho feia de manera efectiva, és a dir, mitjançant mètodes interactius de provada eficàcia. Així, generalment, no hi ha una transferència real de tecnologia per fer possible emprar eficaçment –a la pràctica– el coneixement derivat de la recerca.

A totes les revisions es critica la manca de programes culturalment adients a grups socials (culturals, racials o ètnics) minoritaris. La majoria dels estudis es duen a terme en adolescents de classe mitjana, per tant, es qüestiona si els resultats es podrien generalitzar a altres grups socials (Longabaugh et al., 2001; Skara & Sussman, 2003).

En una avaluació feta al nostre país sobre el Programa de prevenció del tabaquisme a l'ESO, que té l'objectiu de reduir l'inici en el consum de tabac entre els joves de 12 a 16 anys, es va trobar que la proporció de joves que consumeixen tabac de forma regular és inferior en el grup al qual s'aplica el programa (Melero, Flores & Pérez Onate, 1999).

#### **4.1.2.3. ÀMBIT LABORAL**

Els llocs de treball lliures de fum no només protegeixen les persones que no fumen dels efectes nocius del fum ambiental del tabac (FAT), sinó que animen les persones que fumen a deixar de fumar o les ajuden a reduir el consum de cigarretes.

Una metaanàlisi dels estudis duts a terme als Estats Units, Austràlia, Anglaterra, Canadà i Alemanya ha demostrat que llocs de treball completament lliures de fum –sense àrees habilitades per fumar– redueixen el nombre de cigarretes fumades per dia (Chapman et al., 1999; Fichtenberg & Glantz, 2002a). Per obtenir reduccions similars incrementant el preu del tabac, les taxes del paquet de cigarretes s'haurien d'augmentar de 0,78 \$ a 3,14 \$ als Estats Units (una pujada del 47%), i de 3,44 £ a 6,59 £ (24%) al Regne Unit. Els espais lliures de fum a tots els llocs de treball tenen, per tant, un impacte important en les vendes i el consum de tabac, i per això la indústria tabaquera s'oposa feroçment a aquests tipus de controls (Fichtenberg & Glantz, 2002a).

#### 4.1.2.4. ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL

Les campanyes centrades en la promoció d'espais lliures de fum, augmentar el coneixement sobre els efectes nocius del tabac sobre la salut i denunciar el comportament poc ètic de la indústria tabaquera, que han utilitzat tradicionalment els mitjans de comunicació, han demostrat ser efectives, especialment si formen part d'un programa que inclou altres estratègies, com ara programes comunitaris, escolars o de protecció i control, com ara l'augment del preu del tabac o la regulació d'espais lliures de fum.

Com que aquests programes estan dissenyats per funcionar en conjunt, és difícil separar l'efecte de només un. Malgrat tot, hi ha evidència que les campanyes als mitjans de comunicació social són efectives per reduir el nombre de cigarretes consumides.

Les estratègies preventives als mitjans de comunicació s'han anomenat *contracampanyes*, perquè els objectius són contrarestar els efectes de la publicitat o la promoció del tabac. Tradicionalment, ho han fet buscant un canvi de comportament que animi cada persona a no fumar, però les campanyes publicitàries més recents han canviat de tàctica i busquen canviar normes socials que generin suficient suport de les polítiques de control del tabaquisme.

Als EUA, els anuncis de prevenció del tabaquisme van aparèixer als mitjans de comunicació als anys setanta del segle XX. Tot i que s'emetien en una proporció de tres a u en relació amb els anuncis de promoció del tabac, la venda de cigarretes per capita durant aquest període va disminuir, la prevalença del tabaquisme en joves es va reduir, i va augmentar la preocupació de les persones que fumaven per la seva salut. Va ser als anys noranta quan els diners dels impostos del tabac i les indemnitzacions pagades per las companyies tabaqueres es van destinar a finançar campanyes de prevenció del tabaquisme als mitjans de comunicació, primer a Califòrnia i més tard a Massachusetts, Oregon i Florida. Com a resultat, el consum de tabac va disminuir de manera considerable en aquests estats, i el nombre de fumadors joves es va mantenir estable, malgrat que va augmentar a la resta del país (Goldman & Glantz, 1998).

Una avaluació dels programes de Califòrnia i Massachusetts publicada per Goldman (1998) va concloure que una campanya amb un component mediàtic fort és clau per a qualsevol iniciativa de control del tabaquisme, i una prova n'és la quantitat de recursos que la indústria tabaquera ha invertit a intentar eliminar els anuncis de prevenció del tabaquisme dels mitjans de comunicació. Goldman emfasitza que el tipus de missatges i l'audiència a la qual van destinades és un element molt important que determina l'efectivitat d'un programa mediàtic.

Per exemple, promoure un sentit crític al voltant dels missatges per la promoció del consum que ha transmès durant anys la indústria tabaquera, així com difondre els efectes del fum ambiental de tabac, són les dues estratègies més efectives per abastar totes les audiències, particularment les més joves. Molta gent jove comença a fumar



per revelar-se en contra dels missatges dels pares i d'altres adults que els aconsellen de no fer-ho, i com una demostració de maduresa, de la capacitat de prendre les seves decisions. Missatges que posen qüestionen les creences i els estereotips de la indústria del tabac demostren que l'acte de fumar no és un acte d'independència ni d'exercici de la llibertat personal, i aconseguen que l'adolescent es rebel·li en contra d'aquesta manipulació.

Altres estratègies adreçades a població adolescent i jove, com ara explicar que de forma il·legal es permet que els joves accedeixin al tabac i informar sobre els efectes que el tabac produeix sobre la salut a llarg termini, han demostrat tenir una eficàcia molt limitada. En el primer cas, explicar a l'audiència com els menors aconseguen tabac envia un missatge contradictori als joves, perquè els informa de com accedir al tabac i a la vegada dóna suport als missatges de la indústria que fumar és cosa d'adults. A més, els efectes sobre la salut a llarg termini tenen poc impacte en els joves perquè creuen que són massa joves per patir danys irreversibles i/o que ja tindran temps de deixar el tabac abans que els produeixi cap efecte negatiu.

A l'estat de Florida, el 1998 es va implantar una campanya molt agressiva dirigida als joves (anomenada "Truth"), que exposava els interessos comercials reals que mouen les estratègies de la comercialització del tabac, és a dir, plantejava una visió crítica amb la finalitat de reduir el tabaquisme. Dos anys més tard, la prevalença del tabaquisme en la població jove de Florida havia disminuït significativament (Bauer, Johnson, Hopkins & Brooks, 2000; Sly, Heald & Ray, 2001; Sly, Hopkins, Trapido & Ray, 2001).

L'any 2000, l'associació American Legacy Foundation –destinada a administrar les indemnitzacions obtingudes de les companyies multinacionals tabaqueres en els judicis sobre el tabac– va implantar el programa "Truth" a escala federal. Els resultats de les avaluacions indiquen que la campanya ha canviat l'actitud dels joves sobre el tabac i vers la indústria tabaquera, però sobretot s'ha demostrat una relació dosi-resposta entre els anuncis de la campanya "Truth" i la prevalença del tabaquisme en joves (Evans et al., 2004; Farrelly et al., 2002; Farrelly, Davis, Haviland, Messeri & Heaton, 2005; Niederdeppe, Farrelly & Haviland, 2004).

Per contra, campanyes publicitàries als mitjans de comunicació aïllades, sense anar acompanyades d'altres estratègies han demostrat ser ineficaces. Aquest és el cas del programa europeu "Feel Free to Say No" enfocat a joves de 12 a 18 anys, i desenvolupat de manera molt limitada i descontextualitzada a tots els països de la Unió Europea (Lefebvre-Naré, Krason, Perrin & Devaugermé, 2003).

El 1999 Philip Morris va començar una campanya als mitjans de comunicació de 100 milions de dòlars dirigida a joves per "animar-los" a no utilitzar els productes que la mateixa companyia gastava bilions a promocionar. Enquestes en usuaris van indicar que els anuncis, pretesament "preventius" de Philip Morris, semblaven ser menys efectius que els d'altres campanyes preventives engegades per les adminis-

tracions públiques o altres entitats independents de les tabaques. Aquests anuncis de Philip Morris parlaven de l'elecció entre fumar o no fumar, però no donaven arguments concrets per no fer-ho (Teenage Research Unlimited, 1999).

Sussman, en una revisió sistemàtica, ha comparat els programes promoguts per la indústria del tabac per prevenir el tabaquisme amb altres de fonts independents, i ha analitzat els components programàtics que l'evidència ha establert que han de formar part d'un programa de prevenció del tabaquisme perquè sigui eficaç (Sussman, 2002). La conclusió principal és que els programes autogenerats per la indústria tabaquera manquen de molts tipus de components que constitueixen una intervenció eficaç. Els autors recullen exhaustivament els programes en els quals la indústria del tabac ha estat involucrada, qüestionen els objectius i suggereixen un escrutini constant de qualsevol campanya per garantir que els objectius de prevenir el tabaquisme es compleixen.

En resum, perquè les estratègies per prevenir el tabaquisme en l'àmbit dels mitjans de comunicació siguin efectives s'han de dur a terme juntament amb programes de tipus comunitari, escolars i de protecció i control. Han de ser repetides en el temps, se n'ha de tenir en compte la durada i la intensitat, i han d'estar dissenyades per una població específica, ja que no totes les intervencions funcionen per a tots els grups. Les campanyes aïllades han demostrat ser inefectives. A continuació es detalla l'efectivitat dels diferents tipus de missatges inclosos a les campanyes als mitjans de comunicació social per a la prevenció del tabaquisme.

<b>Component</b>	<b>Adolescents i joves</b>	<b>Població adulta</b>
<b>Manipulació de la indústria</b>	Molt efectiu	Molt efectiu
<b>Impacte de l'exposició al fum ambiental del tabac</b>	Molt efectiu	Molt efectiu
<b>Addicció</b>	Efectiu	Efectiu
<b>Efectes positius de la cessació</b>	No se'n coneix l'efecte	Efectiu
<b>Limitació de l'accés als joves</b>	No és efectiu	Mitjanament efectiu
<b>Efectes a curt termini</b>	Mitjanament efectiu	No és efectiu
<b>Efectes a llarg termini</b>	No és efectiu	Mitjanament efectiu

Adaptat de Goldman, 1998.

#### **4.1.2.5. ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT**

Atesos els efectes devastadors del tabac en la salut de l'individu, els professionals de la salut d'assistència primària es veuen obligats a afrontar el problema del tabaquisme de forma regular amb els seus pacients. Tot i que en població adulta hi ha evidència sobre l'efectivitat de les intervencions per a la prevenció del tabaquisme en l'àmbit dels serveis de salut no s'observa la mateixa efectivitat en els grups de població adolescent i jove.

Diversos assajos controlats han estat publicats des de l'any 1999. La majoria de les intervencions ha emprat estratègies basades a proporcionar informació als joves (Krowchuk, 2005). La més habitual és que el metge o el dentista els proporcionin material de sensibilització en relació amb el tabac. D'altres, aprofitant les revisions rutinàries, proporcionen informació als adolescents sobre els danys que el tabaquisme produeix en la salut. Només un dels estudis va demostrar que el grup que havia rebut la informació tenia un percentatge de fumadors més baix que el grup de control (Fidler & Lambert, 2001).

Per tant, es conclou que l'evidència que hi ha en aquests moments sobre l'efectivitat de les intervencions en adolescents des de l'àmbit de l'assistència primària és molt limitada, en particular quan s'avaluen els efectes de llarga durada, i fa recomanable la derivació d'adolescents que estan començant a fumar a programes de cessació especialment dissenyats per a aquesta població (vegeu programes de nivell selectiu i indicat; Christakis, Garrison, Ebel, Wiehe & Rivara, 2003).

**PREVENCIÓ UNIVERSAL DEL TABAQUISME. QUÈ ÉS EFECTIU?**

- > En l'àmbit comunitari, les estratègies de protecció i control són efectives. En especial l'augment dels preus del tabac mitjançant l'increment de la fiscalitat, vigilar el compliment de les lleis (espais públics lliures de fum, regulació de la venda, prohibició de tota mena de publicitat, promoció o patrocini, etc.), informar, mitjançant un etiquetatge apropiat, les persones que fumen sobre els components nocius del tabac.
- > Utilitzar estratègies informatives i educatives basades en el model de la influència social.
- > Els programes que entrenen –utilitzant mètodes interactius– en l'adquisició d'habilitats de presa de decisions i resolució de problemes. És important posar èmfasi tant en la millora de la imatge pròpia i l'autoconfiança, com en l'enfortiment d'habilitats per refusar les pressions per consumir tabac.
- > Implantar les intervencions educatives a la preadolescència, quan el risc de començar a fumar és màxim.
- > Programes complets, multisectorials (àmbits comunitari, escolar i mitjans de comunicació), que utilitzen mètodes i missatges apropiats de prevenció del tabaquisme per a cada edat i que són sensibles a la cultura pròpia de cada grup social durant la preadolescència.
- > La col·laboració dels professionals de la salut per identificar i remetre els joves que ho desitgin a participar en programes per deixar de fumar.
- > Repetir els programes de sensibilització en mitjans de comunicació periòdicament per reforçar l'impacte dels missatges.

**TABAC: QUÈ CALDRIA SABER-NE?**

- > Caldria desenvolupar intervencions més efectives en l'àmbit escolar per reduir l'inici del consum del tabac, adreçar-les a les escoles primàries i ampliar els programes extraescolars.
- > Caldria desenvolupar i avaluar l'efectivitat de programes adreçats a subgrups poblacionals determinats, especialment els que es troben en situació de vulnerabilitat més gran.
- > Avaluar l'efectivitat de programes que utilitzen noves tecnologies, com ara Internet.
- > Cal promoure més recerca sobre aspectes rellevants per a la prevenció d'altres formes de consum de tabac, com ara el tabac sense fum, tant en els efectes sobre la salut com en les estratègies de promoció que s'estan utilitzant per a aquests productes.

#### TABAC: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > Caldria identificar les barreres que dificulten la implantació de campanyes de prevenció comunitària del tabaquisme efectives, i la instauració de mesures de control i protecció més restrictives.
- > En els àmbits de sensibilització comunitària, escolar i de mitjans de comunicació, s'hauria de millorar la qualitat metodològica dels estudis controlats per poder obtenir conclusions d'efectivitat més acurades.

#### 4.1.3. ALTRES DROGUES: QUÈ EN SABEM?

Les prevalències del consum de drogues en població jove, tant d'edat escolar com entre els joves en general, ha implusat el desenvolupar intervencions efectives per prevenir l'inici i el manteniment del consum de drogues i els problemes associats.

El període de màxim risc per a l'aparició de problemes relacionats amb les drogues comença durant l'adolescència, i continua fins als 30 anys aproximadament. El conjunt de canvis que experimenten els joves durant aquests anys influeixen els seus comportaments i els duen a experimentar amb substàncies que poden comprometre la seva salut, com ara el tabac i l'alcohol o altres tipus de drogues, així com a patir diversos riscos associats al consum. Per tant, la prevenció o el retard de l'edat d'inici del consum d'una droga té una importància crítica.

La majoria dels programes de prevenció universal s'han implantat a l'àmbit educatiu, però també s'han explorat altres àmbits extraescolars, sobretot per a joves de més edat (espais de lleure, universitats, serveis hospitalaris d'urgències, la família, el lloc de treball i la comunitat).

##### 4.1.3.1. ÀMBIT EDUCATIU

L'efectivitat de les intervencions que es duen a terme en l'àmbit educatiu ha estat àmpliament avaluada durant les darreres dues dècades. Entre les revisions més recents trobem la revisió Cochrane, realitzada per Faggiano et al., en la qual es van comparar les activitats educatives i els programes per desenvolupar les habilitats i promoure el canvi amb les activitats curriculars normals de l'escola (Faggiano et al., 2005). Els resultats van indicar que les intervencions interactives per al desenvolupament de les habilitats socials individuals són la millor opció en l'àmbit educatiu per prevenir el començament del consum de drogues. A més, els programes que només proporcionen informació o que se centren només en la dimensió afectiva són menys efectius.

Whitte i Pitts, en una revisió semblant van concloure que l'impacte dels programes avaluats era bastant modest i que els efectes desapareixien amb el temps (White & Pitts, 1998a; White, Buckley & Hassan, 2004; White & Pitts, 1998b). Una altra revisió la va dur a terme McBride (McBride, 2003). Va reexaminar revisions publicades a la bibliografia fins a l'any 2001 i també algunes intervencions més recents per prevenir el consum de drogues en l'àmbit de l'escola, basades en activitats portades a terme a la classe, que haguessin avaluat els resultats amb mesures relacionades amb el consum de drogues, i que demostrassin un impacte positiu en els comportaments dels estudiants en relació amb el consum de drogues. Una altra investigadora clau en el desenvolupament de programes per prevenir el consum de drogues en els joves és Tobler, que va publicar una sèrie de metaanàlisis, i de qui McBride ha recollit moltes de les conclusions (Tobler, 1997; Tobler et al., 2000). Finalment, Fernández et al. van

revisar programes de prevenció del consum i abús de substàncies psicoactives, que inclouen tabac, alcohol i cànnabis, tot i que la gran majoria que es va avaluar estaven enfocades al tabac (Fernández, Nebot & Jané, 2002).

De les revisions anteriors s'han extret les àrees que els diferents autors han considerat crítiques per al desenvolupament de programes futurs efectius:

- [+] Les intervencions han d'estar basades en la necessitat i han de ser rellevants per als joves que participen al programa (McBride, 2003; Tobler, 1997; Tobler et al., 2000; Williams, 2006). És molt important una fase formativa prèvia a la implantació del programa, per identificar els continguts, els escenaris i l'estil de la intervenció que interessin els joves amb els quals es vol treballar (Maggs, Frome, Eccles & Barber, 1997; McBride, 2003; Williams, 2006).
- [+] Les tàctiques d'influència social són les més recomanades. Inclouen tres elements clau: informació general, formació en habilitats de competència i resistència social i desenvolupament d'estratègies per contrarestar les creences o mites en relació amb les drogues.
- [+] Els programes interactius són significativament més efectius que els no interactius (Tobler, 2002). És l'intercanvi d'idees i experiències entre els estudiants cosa que permet que es practiquin les habilitats apreses i es puguin treure conclusions. Malgrat que els efectes disminueixen amb implantacions a gran escala (Morehouse & Tobler, 2000).
- [+] S'ha de donar l'oportunitat als joves de poder interactuar en grups reduïts, per provar i intercanviar idees en la manera d'actuar en situacions de consum de drogues i explorar-ne l'acceptabilitat (Tobler et al., 2000).
- [+] Alguns estudis assenyalen que els programes liderats per iguals podien ser lleugerament més efectius que els programes liderats per adults sempre que es basin en una formació prèvia dels iguals que realitzen el programa (Cuijpers, 2002; Fernández, Nebot & Jané, 2002.; Gottfredson & Wilson, 2003).
- [+] Les sessions de record ofereixen l'oportunitat de reforçar els missatges. El nombre de sessions pot variar, però han de ser més freqüents els primers anys i es poden anar espaiant a mesura que passa el temps (Fernández, Nebot & Jané, 2002).
- [+] Programes enfocats en una sola droga, o programes multidroga? En general es pot dir que, per als grups d'estudiants més joves, la informació de tipus general pot ser més beneficiosa. Per contra, per a estudiants més grans de 12 anys, les intervencions enfocades en una sola droga són més efectives. En qualsevol cas, l'elecció ha de venir determinada per les dades de prevalença de consum local (Tobler et al., 2000).

A Europa, gran part de l'evidència publicada se centra a descriure programes a escala nacional que no s'han publicat a la bibliografia científica. Als Països Baixos, Warmenhoven i Wychgel (Warmenhoven & Wychgel, 1998) han analitzat una quantitat bastant reduïda de programes ben avaluats que poden ser comparats de manera sistemàtica.

Una font d'informació sobre alguns programes rellevants de prevenció tant d'Europa com dels Estats Units és el catàleg de l'Agència Antidroga de Madrid en el qual es classifiquen els programes de prevenció en un format comú d'acord amb determinades característiques clau (Martínez Higuera & Salvador Llivina, 1999; Anton Martín, Martínez Higuera & Salvador Llivina, 2000). Addicionalment, una revisió de 53 programes en l'àmbit escolar portats a terme països de la Unió Europea, assenyalava que la majoria de les intervencions analitzades busquen tres objectius principals: informació, desenvolupament d'habilitats personals i socials, i la participació de la comunitat (Burkhart & Crusellas, 2002). Els mateixos autors identifiquen els elements clau dels programes efectius. Primer, són preferibles els mètodes d'ensenyament interactius que altres mètodes didàctics, i han d'incloure el desenvolupament d'habilitats de competència social i habilitats de resistència a les pressions per consumir. Segon, els models teòrics es repeteixen a la majoria dels països: model d'habilitats per a la vida, influència dels iguals, coneixement de les drogues i el model ecològic.

A Espanya, el primer programa escolar d'educació sobre drogues per a alumnes d'entre 14 i 18 anys es va implantar i avaluar els anys vuitanta del segle XX (Calafat, Amengual, Megías et al., 1989). A partir d'aquest primer estudi, es va desenvolupar el programa "Decideix", que combina diverses estratègies, i posa èmfasi especial en l'entrenament sobre la presa de decisions relacionades amb les drogues i amb l'estil de vida característic de l'adolescència (Calafat, Amengual Munar, Guimerans, Rodríguez-Martos & Ruiz, 1995; De la Rosa, 1995). Al llarg de la seva història ha estat avaluat diverses vegades, i tant els resultats obtinguts com la bona acollida per part del professorat han contribuït a la seva extensió a altres territoris (com la ciutat de Barcelona, o altres ciutats i comunitats autònomes).

A final dels anys noranta, es va adaptar a Espanya una intervenció basada en el programa "Life Skills Training" que havia desenvolupat Botvin (Botvin, 1983), anomenada "Construyendo salud", que consta de set components (informatiu, autoestima, presa de decisions, control emocional, habilitats socials, tolerància, cooperació i lleure) i que s'aplica a la classe per un professor entrenat durant 17 sessions. Els resultats més rellevants d'eficàcia van ser un retard en l'inici del consum de tabac i el consum de l'alcohol, una disminució del consum d'ambdues substàncies i la reducció de la intenció de consumir substàncies psicoactives en el futur (Luengo, Romero, Gomez, Garra & Lence, 2000).

Un altre programa avaluat a Catalunya és l'anomenat "Prevenció de l'abús de substàncies a l'escola" (PASE). És un programa per a la prevenció de drogodependències a les escoles implantat a Barcelona per l'Agència de Salut Pública de la ciutat. Consta de deu sessions, la darrera dirigida solament a pares i mares. Treballa la identificació del paper de les pressions socials i grupals en la generació de problemes en relació amb les drogues, els mecanismes de la publicitat i la seva influència en el comportament, l'expressió de l'opinió pròpia, i les dificultats d'abandonament d'una dependència. La



participació en el programa produeix canvis significatius en actituds i creences respecte al tabac, augmenta les expectatives d'abstenció en el futur i té efectes moderats sobre el consum d'alcohol (Villalbí, Ballestin, Nebot, Brugal & Diez, 1997).

A Catalunya, altres programes que han estat avaluats i han mostrat resultats positius són:

“L'Aventura de la Vida” que, basat en el model de l'aprenentatge social, ha estat implantat a diferents comunitats autònomes i a 15 països de l'Amèrica Llatina (EDEX, 2002). També el programa d'educació infantil “Els meus amics el meu jardí”, molt estès a Catalunya, el País Basc, Navarra, Astúries, Catalunya, Múrcia i Madrid, ha demostrat ser efectiu en la solució de problemes, conductes de salut, integració social i autoimatge en aquesta etapa educativa (Martínez Higuera & Garrido Gutierrez, 2000; Villalbí Hereter, Aubà Llambirch & García González, 1992; Ariza et al., 2001; Valmayor et al., 2004).

“Drogues? Què!” és un programa de prevenció elaborat i implementat per l'Ajuntament de Mataró des de l'any 1996. Utilitza una metodologia d'educació entre iguals i s'adreça als alumnes de quart d'ESO. Els resultats de l'avaluació mostren un impacte sobre els coneixements, les actituds, les intencions de consum i el consum de les diferents drogues, relacionat amb la intensitat i continuïtat de les exposicions (Observatori Municipal sobre el Consum de Drogues, 2004).

En aquesta línia, de l'any 1993 fins a l'any 2000, l'Ajuntament de Manresa va implementar el programa “Mirakèfas” sobre educació d'hàbits i valors per prevenir les drogodependències en els centres d'educació infantil, primària i secundària de Manresa i la comarca del Bages: un exemple d'integració al currículum escolar dels continguts preventius.

El febrer de 2003 el grup PREDES, format per l'Ajuntament de Reus i la Universitat Rovira i Virgili, publicaren (Ferrerres, Pavía, Arqués Cendra, Barrios Arós, 2003) el procés d'avaluació d'una proposta de materials didàctics per elaborar el programa de prevenció per als centres d'educació secundària de Reus. Aquest programa es va dur a terme a través de tres blocs temàtics en forma de crèdit de tutoria (35 hores), Jo i els meus problemes, Jo i els altres i Jo i el món, per treballar-los durant els cursos de segon i tercer.

L'Ajuntament de Lleida obté resultats molt positius amb relació a la presa de consciència respecte als consums actuals de drogues i a la percepció dels riscos associats a aquests consums i les relacions afectivosexuals, a través de dues propostes implementades des de l'any 1999: “Max a escena” per a tercer d'ESO, i “Les històries de Max” per a quart d'ESO.

Després de cinc anys d'implementació a deu comunitats autònomes (Andalusia, Balears, Canàries, Càntabria, Castella-la Manxa, Catalunya, Extremadura, Madrid, València, i el País Basc), l'any 2002, la FAD va publicar un informe d'avaluació del programa inespecífic de prevenció “I tu, què en penses?”, amb resultats positius amb relació als objectius d'incrementar els coneixements i l'actitud crítica envers el consum.

Des de l'any 2005 l'Agència de Salut Pública de Barcelona està implantant i avaluant, mitjançant un disseny experimental, el programa de prevenció escolar del consum de cànnabis anomenat "xkpts.com". Va adreçat a escolars de 14 a 16 anys i consta de diversos materials audiovisuals i un web. Els diversos materials estan dissenyats per a l'alumnat, el professorat i les famílies.

#### **4.1.3.2. ÀMBIT EXTRA ESCOLAR: FAMÍLIA I COMUNITAT**

L'efectivitat de les intervencions fora de l'àmbit de l'escola en joves de menys de 25 anys ha estat recentment revisada per Gates et al. (Gates, McCambridge, Smith & Foxcroft, 2006). Han avaluat quatre tipus de programes:

- [+] Una entrevista motivacional a la universitat o una intervenció breu a la consulta d'atenció primària;
- [+] Educació o desenvolupament d'habilitats per als joves en contextos extraescolars;
- [+] Intervencions familiars, destinades a millorar el funcionament familiar i les habilitats de gestió familiar dels pares i mares, que van variar en durada, el grup diana i la manera de dur a terme la intervenció;
- [+] Intervencions comunitàries amb components múltiples (tallers d'entrenament, programes de lideratge, vídeos per a la prevenció del consum de drogues i el VIH, sessions educatives per superar el fracàs escolar, publicacions als mitjans de comunicació, reunions d'informació, fullets i cartells distribuïts pels negocis locals, escoles o esglésies).

A causa de les deficiències metodològiques dels estudis revisats, no es va poder determinar l'efectivitat de les intervencions universals analitzades. Tanmateix, la revisió va trobar indicis de beneficis preventius per a les entrevistes motivacionals i algunes intervencions familiars.

Al nostre país, es va dur a terme una intervenció de tipus universal per determinar l'eficàcia de tres tècniques diferents de formació de pares en matèria de prevenció de drogues (xerrades i col·loquis fets a l'escola; vídeo enviat al domicili a través de l'alumnat i distribució de material imprès a les famílies) i es va veure que no és justificable –almenys com una única opció– convocar els pares i les mares per impartir una xerrada al centre escolar, perquè és una manera poc efectiva d'arribar a la població diana (Ferrer, 1993; Ferrer & España, 1995). Actualment, és extremadament necessària la identificació de les intervencions universals dirigides a la família que siguin efectives per poder-les agafar com a models de referència.

Skara i Sussman van revisar l'efectivitat a llarg termini dels programes de prevenció del consum de drogues en àmbits extraescolars, i van concloure que les intervencions basades en la influència social semblaven mantenir els efectes durant períodes de fins i tot quinze anys (Skara & Sussman, 2003). No obstant això, a causa del fet que

alguns dels estudis analitzats presentaven resultats inconsistents i que tant la validesa interna com l'externa eren molt variables, van concloure –com en Gates– que amb els estudis disponibles actualment no disposem d'evidència suficient en aquest camp.

Per tant, sembla que una explicació de la falta d'evidència d'eficàcia dels estudis més recents pot tenir més a veure amb la inadequació del mètode d'avaluació de l'efectivitat que amb el programa en si mateix. La majoria d'estudis de prevenció van aparèixer als anys vuitanta i noranta, quan els estudis d'eficàcia es feien sense altres estudis de referència, els grups de control no estaven exposats a altres programes, i per tant, era habitual veure reduccions del consum de drogues del 20% al 40% en els grups experimentals. La societat no estava saturada de programes de prevenció i l'eficàcia es contrastava amb valors de consum de drogues nacionals que semblaven estables o que anaven en augment. És a dir, tenien deficiències metodològiques importants. Pentz et al. suggereixen que si les intervencions comunitàries s'avaluen de forma adequada mitjançant dissenys controlats, els resultats d'eficàcia podrien ser positius (Pentz, 2003).

En els darrers anys, els programes extraescolars liderats per iguals han experimentat un augment de popularitat pel que fa a la prevenció del consum de drogues. Tot i que són ben acceptats pels joves, i que les avaluacions inicials suggereixen que alguns resulten altament efectius per prevenir el consum de drogues en aquesta població, no s'han dut a terme avaluacions rigoroses per determinar-ne l'efectivitat. Malgrat que l'evidència de la qual es disposa apunta que alguns tipus d'intervencions liderats per iguals són més efectius que d'altres, és important no caure en l'error d'abraçar aquests tipus de programes sense cap esperit crític. L'efectivitat varia segons el disseny del programa, qui l'implanta, què s'entén per *igual*, i els indicadors que s'utilitzen per a l'avaluació (Shiner, 2000; Cuijpers, 2002; Tresidder & McDonald, 2005; Peer education and drug prevention, 2006).

#### 4.1.3.3. ÀMBIT LABORAL

El consum de drogues és un factor que augmenta notablement els accidents i l'absentisme laboral, contribueix al deteriorament de la salut, està associat a una reducció de la productivitat i pot derivar en la pèrdua del lloc de treball. Les conseqüències afecten tant el treballador com l'empresa, per això l'Organització Internacional del Treball (OIT) i l'Oficina de Drogues i Crim de les Nacions Unides (UNDCP) han aconseguit impulsar una sèrie d'iniciatives per a la prevenció del consum de drogues i alcohol al lloc de treball. Ambdues organitzacions donen assistència i col·laboren amb empreses arreu del món per a la implantació de programes de prevenció del consum d'alcohol i de drogues.

Els esforços més significatius s'han dut a terme a l'Índia, Malàisia, Eslovènia, i a l'estat de Rio Grande do Sul, al Brasil (Organització Internacional del Treball, 2007a, 2007b, 2007c; Oficina de Drogues i Crim de les Nacions Unides, 2007). La caracte-

rística més rellevant ha estat el canvi d'estratègia de les empreses cap a la prevenció universal, que ha demostrat ser més cost-efectiva que altres tipus d'estratègies. Les característiques particulars de cada intervenció es poden consultar al web, però en general es pot dir que els programes de prevenció del consum de drogues s'han incorporat dins l'estructura d'altres intervencions de caràcter més general que ja existien a l'empresa, com ara programes de promoció de la salut. Les intervencions varien d'acord amb el risc de cada treballador. Per als que ja han adoptat un estil de vida saludable, les activitats se centren en campanyes educatives que normalment inclouen la família. Per als que presenten consum de drogues o alcohol problemàtic, les activitats s'enfoquen en l'oferiment d'ajut específic per assolir canvis de conducta, i per als treballadors que presenten signes d'addicció es recomana tractament.

Les avaluacions han demostrat que la incorporació d'aquest tipus de programes o d'intervencions semblants redueix l'absentisme laboral i del nombre d'accidents, a la vegada que augmenta la productivitat i la qualitat del treball (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2003; Oficina de Drogues i Crim de les Nacions Unides, 2007).

#### 4.1.3.4. ÀMBIT DEL LLEURE

A l'àmbit del lleure, els programes anomenats d'*oci alternatiu* van tenir un gran protagonisme durant els anys noranta a Espanya. Es tracta de programes comunitaris que es duen a terme dins els horaris i els espais de lleure, i que tenen com a principal objectiu el desenvolupament d'activitats alternatives –o incompatibles, en alguns casos– al consum de drogues. A causa de l'elevat cost que representen, tant econòmic com per la mobilització de recursos humans i materials que exigeixen, és important determinar l'efectivitat d'aquests tipus d'intervencions.

No s'han de confondre els programes esportius, culturals, socials o de desenvolupament comunitari amb els programes d'oci alternatiu. Les intervencions esportives, lúdiques, festives, sense components concrets de prevenció, són necessàries a la comunitat, però no són intervencions de prevenció del consum o l'abús de drogues. A la bibliografia científica no hi ha evidència suficient d'efectivitat de programes d'oci alternatiu tant a Espanya com a la resta de països de la Unió Europea (Lowden & Powney, 2000; Calafat et al., 2003; Martín González & Moncada Bueno, 2003).

Per contra, sí que hi ha publicades dues metaanàlisis de programes duts a terme als EUA, on l'oci alternatiu fa més anys que està establert, com una estratègia per a la prevenció del consum de drogues dirigida a grups específics de joves en situacions de risc. Una revisió sistemàtica de Tobler i col·laboradors va analitzar els resultats de 147 programes de prevenció, dels quals només 11 es van considerar d'oci alternatiu (Tobler, 1997). Les principals conclusions van ser que els programes alternatius són efectius sempre que es dirigeixin a poblacions en situació de

risc per desenvolupar problemes amb les drogues, s'enfoquin a la realització de programes de servei a la comunitat, i disposin de continguts específics de prevenció del consum de drogues. La utilització d'iguals com a mediadors, la intensitat del programa i la inclusió de components d'habilitats per a la vida són factors clau perquè el programa sigui efectiu. Una revisió sobre programes alternatius amb aquestes característiques, impulsada pel Center of Substance Abuse Prevention (CSAP) coincideix amb les conclusions de la revisió de Tobler, però destaca que programes d'oci alternatiu semblants poden tenir resultats molt diferents. Per exemple, programes d'oci alternatiu desenvolupats en l'àmbit escolar donen resultats positius i negatius (CSAP, 1996). En alguns programes basats en la participació en activitats de serveis comunitaris, el consum de drogues augmenta, i en canvi en altres s'aconsegueixen resultats interessants. Cal tenir en compte però, que la causa principal dels resultats positius és, en alguns casos, l'abandonament del programa per part dels joves amb més dificultats. Tobler et al. van publicar una segona revisió i tot i que el nombre d'estudis era reduït, van concloure que els tipus de programes més efectius són els que combinen diversos components (Tobler et al., 2000). Les habilitats per a la vida són el component indispensable pel programa. A més, han de disposar de continguts específics de prevenció del consum de drogues i d'una metodologia participativa, ja que aquests elements són imprescindibles per obtenir resultats positius.

A Espanya, dos dels programes d'oci alternatiu més coneguts són "Abierto hasta el amanecer", implantat a Gijón i altres municipis i avaluat per Secades (2003), i "La noche más joven", de l'Ajuntament de Madrid, que també ha estat avaluat de forma independent (Secades Villa, 2003). Els resultats més significatius de l'avaluació del primer programa van indicar que l'assistència al programa no provoca canvis a curt termini en el consum de drogues, i que els joves en situació de risc més elevada no solen acudir-hi. L'avaluació de "La noche más joven" tampoc va demostrar impacte en el consum de drogues, tot i que el programa va ser ben acceptat entre els joves.

A Catalunya, diversos municipis implementen programes d'oci alternatiu amb valoracions dispars sobre la seva acceptació i efectivitat, entre d'altres el "De marxa sense entrebancs" a Barcelona, el projecte "Kata" de Tarragona, projecte "No tinc son" de Vic, el projecte "Vente Pa'Ka" de Sant Boi del Llobregat, "Com t'ho fas de nit?" de Pineda de Mar i el de "Mataró, nit oberta".

### PREVENCIÓ UNIVERSAL DEL CONSUM DE DROGUES. QUÈ ÉS EFECTIU?

- > En l'àmbit escolar, les intervencions que utilitzen estratègies d'influència social, mètodes interactius, que són liderats per iguals i que inclouen un component familiar i sessions de reforç són les més efectives.
- > En l'àmbit escolar, les intervencions puntuals, que només proporcionen informació o que se centren en la dimensió afectiva són poc efectives.
- > Els programes extraescolars són en general menys efectius. Els programes que treballen la influència social són més eficaços.
- > L'oferta d'oci alternatiu presenta certa efectivitat quan va dirigida a una població en situació de risc alt s'enfoquin com a programes intensius de servei a la comunitat, incloguin continguts específics de prevenció del consum de drogues i d'habilitats per a la vida, i utilitzin a iguals com a mediadors.
- > En l'àmbit laboral les estratègies universals de prevenció del consum de drogues incorporades dins l'estructura d'altres intervencions de caràcter més general (de promoció de la salut), han demostrat ser cost-efectives.

### ALTRES DROGUES: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > Una gran part de l'evidència prové d'avaluacions fetes als Estats Units. És important conèixer resultats d'intervencions dutes a terme en altres països i en especial fer avaluacions de les diverses experiències realitzades a Catalunya.
- > Cal dissenyar programes específics per a poblacions en situacions de risc, especialment en l'àmbit familiar, on les intervencions universals són menys efectives.
- > És necessari estudiar el rol dels programes extraescolars liderats per iguals en la prevenció del consum de drogues, i quines serien les condicions necessàries per assegurar-ne l'efectivitat.
- > En tots els àmbits s'hauria de millorar la qualitat metodològica dels estudis, i dissenyar i desenvolupar estudis controlats per poder obtenir conclusions més acurades de la seva efectivitat.
- > Caldria avaluar l'efecte de la difusió universal dels missatges, serveis i estratègies de reducció de risc entre la població general, especialment entre els adolescents i els joves.

04.2

REVISIÓ  
DE L'EVIDÈNCIA

EVIDÈNCIA PER A  
LA PREVENCIÓ SELECTIVA

## 04.2

### EVIDÈNCIA PER A LA PREVENCIÓ SELECTIVA

**Quins són els programes efectius per reduir els factors de risc associats al consum de drogues en diferents grups poblacionals ?**

-

#### 4.2.1 ALCOHOL: QUÈ EN SABEM?

-

##### 4.2.1.1. ÀMBIT COMUNITARI

Des dels anys vuitanta, als Estats Units els programes de “conductors designats” s’han implantat i promocionat per reduir el nombre de conductors que condueix després d’haver begut.

La popularitat els ve donada perquè són simples, cost-efectius, es poden aplicar àmpliament, només requereixen un canvi petit de comportament, i es tradueixen fàcilment en campanyes mediàtiques per canviar la norma social. A més, han rebut el suport tant de la indústria de productes alcohòlics, com dels grups d’activistes de la prevenció, les autoritats responsables de la seguretat viària, les associacions esportives, etc. Malgrat la seva popularitat, els efectes d’aquests tipus de programes no han estat avaluats.

No hi ha una definició universal per a *conductor designat*. Als Estats Units, el conductor designat ha de ser escollit abans de començar a consumir alcohol i se li requereix que s’abstingui de beure. Per contra, Austràlia aplica una tècnica de reducció de danys, és a dir, l’objectiu principal no és que el conductor no begui, sinó que la concentració d’alcohol en sang es mantingui per sota dels nivells legals.

Aquests tipus de programes es poden aplicar a dos àmbits diferents: d’una banda hi trobem els estudis poblacionals per promoure el concepte i la utilització d’un conductor designat que no consumeix alcohol, i que ho fan principalment a través dels mitjans de comunicació, tant escrits com visuals. De l’altra banda, s’han dut a terme programes d’incentivació que consisteixen a oferir incentius econòmics per estimular els dispensadors responsables dels establiments on se serveix alcohol a promoure entre els clients la figura del conductor designat. L’incentiu econòmic més factible i comú és, però, servir begudes no alcohòliques gratis als “conductors designats” que ho demanen.

Ditter et al. (Ditter et al., 2005) van revisar vuit estudis d’incentivació i no van trobar evidència suficient per determinar si aquests programes havien promocionat l’ús del conductor designat, a causa principalment del reduït nombre d’individus que van participar als estudis i les limitacions de les mesures de resultats.



Al nostre país s'ha implantat un programa semblant de dispensació responsable de begudes alcohòliques (DRA) dirigit als professionals del sector de l'hostaleria amb l'objectiu de dotar-los amb els recursos necessaris per prevenir problemes relacionats amb el consum d'alcohol (Rodríguez-Martos Dauer, García-Fuentes & Duran-Vinyeta, 2004). Aquesta intervenció forma part de l'estratègia de reducció de danys produïts pel consum d'alcohol de la ciutat de Barcelona (Rodríguez-Martos Dauer & Torralba-Novella, 2002).

En general, els programes DRA consten de diversos elements, i per ser efectius necessiten una combinació de components informatius, i de l'aprenentatge d'habilitats socials. Els objectius són tres: prevenir el consum d'alcohol per part dels menors d'edat, evitar la dispensació d'alcohol a clients intoxicats, i evitar la conducció sota els efectes de l'alcohol. Els resultats de l'avaluació de la intervenció portada a terme a Barcelona van indicar que la formació capacita els professionals de l'hostaleria per aplicar estratègies que ajuden a prevenir intoxicacions i conductes de risc. Programes semblants s'han dut a terme a altres països i també han demostrat ser efectius (McKnight, 1991; Russ & Geller, 1987; Toomey et al., 2001; Wallin, Gripenberg & Andreasson, 2002).

#### **4.2.1.2. ÀMBIT EDUCATIU**

El consums de risc d'alcohol durant els anys de formació postobligatòria (universitat, Batxillerats, Cicles Formatius, etc.) són un problema seriós. Els costos individuals associats a resultats acadèmics baixos, problemes mèdics i legals, i accidents de trànsit potencien l'interès de tots per trobar intervencions efectives que redueixin el consum d'alcohol en els joves en edat formativa.

La majoria d'estudis que evalúen l'efectivitat de les intervencions en aquesta població s'han realitzat amb estudiants universitaris. Aquests estudis coincideixen en l'observació que, en determinats contextes alguns estudiants beuen de manera compulsiva (*binge drinking*), ingerint grans quantitats d'alcohol en períodes breus de temps. Per a la majoria, el consum excessiu d'alcohol desapareixerà amb el temps. Per a d'altres, el consum d'alcohol pot esdevenir un problema crònic.

Fager et al. (Fager & Melnyk, 2004) van revisar exhaustivament els estudis experimentals dirigits a reduir el consum d'alcohol en estudiants. L'evidència recollida indica que l'educació és una part molt important de qualsevol intervenció, però és inefectiva quan s'utilitza com a única estratègia. No obstant això, van trobar una lleugera eficàcia en les intervencions motivacionals breus.

Una altra revisió portada a terme per l'Institut Nacional per l'Abús de l'Alcohol i Alcoholisme dels EUA (NIAAA, 2002) va enumerar tres components que s'haurien de combinar per obtenir estratègies efectives:

- [+] Adreçar simultàniament actituds i comportaments relacionats amb l'alcohol (per exemple, refutar falses creences dels efectes de l'alcohol sobre l'estrès al mateix temps que els ensenyaem com afrontar l'estrès sense recórrer a l'alcohol).
- [+] Clarificar normes o valors relacionats amb les percepcions sobre el consum excessiu d'alcohol (per exemple, utilitzar dades obtingudes d'enquestes sobre la quantitat que els iguals beuen i la percepció que els altres tenen del beure compulsiu).
- [+] Augment motivacional, és a dir, estimular el desig intrínsec de canviar el comportament (per exemple, oferir consell i avaluació del progrés de l'estudiant quant al consum d'alcohol).

A Catalunya, des de finals dels noranta, es desenvolupen diverses intervencions adreçades a estudiants universitaris, entre les quals destaquem el programa “En plenes facultats”, desenvolupat per la Fundació Salut i Comunitat amb la col·laboració del Departament de Salut, i aplicat a la Universitat Autònoma de Barcelona, a la Universitat Politècnica de Catalunya de Terrassa, a la Universitat de Vic, a la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, a la Universitat de Girona i a la Universitat de Barcelona. La intervenció, fonamentada en l'educació entre iguals per difondre missatges de sensibilització sobre els riscos del consum i les conductes de risc associades, és valorada molt positivament pels universitaris. En aquesta mateixa línia, “Alcohol, agafa el teu punt” és un programa de prevenció del consum abusiu d'alcohol entre estudiants universitaris aplicat a la Universitat de Barcelona, amb la finalitat de proporcionar informació als estudiants sobre els riscos derivats del consum excessiu d'alcohol, i suggereix estratègies d'autocontrol i reducció de riscos. Consisteix en la distribució de punts de llibre, la divulgació d'un web, l'oferta d'un servei de consulta per correu electrònic i la difusió de missatges a la premsa i la ràdio universitàries. L'avaluació provisional ha indicat que ha tingut un grau d'acceptació elevat entre la població diana (Duran-Vinyeta, Larriba Montull & Suelves Joanxich, 2002).

Quant a prevenir la conducció sota els efectes de l'alcohol, Elder va trobar suficient evidència que provava que els programes a les escoles o a les universitats eren efectius i reduïen el nombre de persones que estava disposada a pujar a un cotxe amb un conductor begut, però l'evidència va ser insuficient per determinar si eren efectius reduint el nombre de persones que conduïen embriagats (Elder et al., 2005).

En l'àmbit educatiu, els anomenats programes d'entrenament en habilitats socials i presa de decisions són els programes més eficaços per a grups de risc. Aquests programes s'enfoquen en una gran varietat de problemes relacionats amb l'abús de substàncies. Es basen en tàctiques d'influència social i formació d'habilitats per a la vida.

#### **4.2.1.3. ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL**

Els mitjans de comunicació són una via que ha estat freqüentment utilitzada per promocionar intervencions per prevenir la conducció sota els efectes de l'alcohol.

Elder et al. (Elder, Shults, Sleet, Nichols, Thompson & Rajab, 2004) van revisar l'efectivitat d'aquestes campanyes per incloure-les a la “guia de la comunitat” del Centre pel Control de les Malalties dels Estats Units (CDC). La “guia de la comunitat” emet regularment recomanacions basades en l'evidència per programes i polítiques per promoure la salut de la població.

En els vuit estudis que van complir els criteris d'inclusió, la disminució mitjana del nombre d'accidents que va resultar de les intervencions va ser del 13%. Les anàlisis econòmiques de les campanyes van indicar que els beneficis a la societat eren superiors als costos. No van trobar cap diferència en relació amb l'efectivitat entre intervencions que emfasitzaven les repercussions legals de conduir sota els efectes de l'alcohol i les que subratllaven les conseqüències socials o sobre la salut. Campanyes que es planegen de manera rigorosa, que s'executen correctament, que arriben a l'audiència desitjada (és a dir, que inclouen missatges rellevants per a aquesta població i es transmeten per canals adequats) i que s'implanten conjuntament amb altres activitats preventives –com ara lleis de control d'alcoholèmia– són efectives a l'hora de prevenir la conducció sota els efectes de l'alcohol i els accidents relacionats.

#### **4.2.1.4. ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT**

El consum excessiu d'alcohol es relaciona amb la incidència de problemes de salut (trastorns hepàtics, problemes cardiovasculars, trastorns afectius, problemes conductuals)(Anderson & Baumberg, 2006; MSC,2008)

En l'àmbit dels serveis de salut, l'evidència sosté la recomanació que els metges utilitzin les anomenades intervencions breus, en aquelles persones en les que el problema de salut que presenten pot estar vinculat a un consum d'alcohol. Es coneix que vuit persones han de ser aconsellades perquè una se'n beneficiï, i que hi ha poca evidència d'efectes dosi-resposta. És a dir, que no sembla que les intervencions continuades i de llarga durada, siguin més efectives que les breus. Per altra banda, semblen ser igualment efectives per a homes i dones, joves i adults. S'ha evidenciat però, les intervencions breus durant l'embaràs són inefectives (Anderson, Gual & Colom, 2005).

Tres elements són essencials per a què aquest tipus d'eines d'intervenció siguin efectives: donar consell, establir objectius i proporcionar retroalimentació. Generalment, consisteixen en un consell simple però estructurat, d'uns cinc minuts de durada que es pot allargar fins als 15 minuts, i que inclou assessorament, seguiment del pacient, retroalimentació, establiment d'objectius i contactes addicionals.

L'evidència és limitada quan es parla d'intervencions breus als serveis generals dels hospitals (Emmen et al., 2004). Per contra, en els serveis d'urgències sí que és aconsellable incorporar el consell breu dins la pràctica clínica per reduir el consum d'alcohol (Crawford et al., 2004; D'Onofrio & Degutis, 2002; Gentilello et al., 1999; Gentilello, Ebel, Wickizer, Salkever & Rivara, 2005; Longabaugh et al, 2001; Monti et al, 1999; Smith, Shepherd & Hodgson, 1998; Smith, Hodgson, Bridgeman & Shepherd, 2003).

El cribatge sistematitzat per detectar precoçment els consumidors de risc és recomanable com a estratègia preventiva en grups de risc des de els serveis d'atenció primària i en els serveis de urgències mèdiques, així com en l'àmbit hospitalari (MSC,2008)

#### 4.2.1.5. ÀMBIT LABORAL

Actualment existeixen indicis que donen suport a la creació de programes enfocats a reduir factors de risc del consum d'alcohol relacionats amb el lloc de treball, com ara l'estrès o la insatisfacció professional. Una de les recomanacions exretes del document de consens sobre les pràctiques preventives en relació a l'alcohol és la d'extendre la implementació dels cribatges del consum de risc en l'àmbit de la medicina del treball. (MSC,2008)

#### INTERVENCIIONS SELECTIVES PER REDUIR EL CONSUM D'ALCOHOL O PER EVITAR LA CONDUCCIÓ SOTA ELS EFECTES DE L'ALCOHOL. QUÈ ÉS EFECTIU?

- > Programes educatius que inclouen el qüestionament de mites, la clarificació de normes i valors sobre el consum excessiu i l'augment motivacional per prevenir la conducció sota els efectes de l'alcohol.
- > Campanyes als mitjans de comunicació per prevenir la conducció sota els efectes de l'alcohol, que utilitzin canals i missatges adaptats a la població en situació de risc.
- > Intervencions breus en l'àmbit assistencial d'atenció primària, hospitalària i d'urgències.

#### ALCOHOL: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > En tots els àmbits s'hauria de millorar la qualitat metodològica dels estudis, i desenvolupar investigacions amb dissenys controlats per poder obtenir conclusions d'efectivitat més acurades.
- > Caldria avaluar l'efectivitat d'involucrar activament joves i adolescents en la planificació de les polítiques públiques de reducció de riscos, adreçades específicament a adolescents i joves que consumeixen alcohol.
- > S'haurien d'avaluar més acuradament els programes d'incentivació per incrementar l'ús del conductor designat.
- > Caldria potenciar l'adaptació de les intervencions breus a les necessitats i característiques dels contextes dels àmbits assistencials d'atenció primària, hospitalària i d'urgències.
- > És necessària més recerca per analitzar els factors relacionats amb l'estrès al lloc de treball i el consum problemàtic d'alcohol, així com facilitar l'implementació i l'avaluació de les estratègies de cribatge en l'àmbit de la medicina del treball.

#### 4.2.2. TABAC: QUÈ EN SABEM?

Les proves que el tabaquisme dels pares i les mares està associat amb efectes adversos en la salut infantil són actualment aclaparadores. Els fills de pares i mares que fumen tenen un risc més elevat de pesar menys en néixer, de contraure i de ser hospitalitzats a conseqüència de malalties de les vies respiratòries baixes, de tenir un desenvolupament pulmonar endarrerit, de contraure la síndrome de la mort sobtada de l'infant i de patir asma (American Academy of Pediatrics, 1997; Gold et al., 1996; IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2004).

A més, els fills de persones que fumen tenen més risc de començar a fumar durant l'adolescència, probablement com a resultat del model a imitar o el fàcil accés al tabac existent a la llar. Desafortunadament, un nombre de pares i mares bastant significatiu encara desconeix el ventall ampli d'efectes perjudicials que el seu hàbit tabàquic té en la salut dels seus infants. Per això és essencial desenvolupar intervencions efectives per reduir l'exposició al fum ambiental de tabac (FAT) en els infants. Una manera d'aconseguir-ho és disminuint o eliminant el consum de tabac en els pares i mares o en els cuidadors o cuidadores, o bé instant-los que canviïn la ubicació dels llocs per fumar.

Una revisió sistemàtica va concloure que no hi ha evidència suficient per demostrar quines intervencions són més efectives per reduir el consum de tabac en els pares i mares, i així reduir l'exposició al FAT (Roseby et al., 2003). Dels estudis examinats, tres es van centrar en l'àmbit comunitari, set en el context de l'assistència primària i vuit en l'ambient de l'assistència hospitalària. Els estudis que van demostrar ser eficaços van emprar assessorament específic basat en l'educació per als pares i mares.

Els resultats d'un assaig controlat recent han demostrat l'efectivitat de l'assessorament telefònic basat en els components dels estadis de canvi i combinat amb materials educatius, per promoure l'abandonament del tabaquisme en pares i mares d'infants que no estan motivats per deixar-ho (Abdullah, Mak, Loke & Lam, 2005).

#### TABAC: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > Explorar alternatives a les estratègies actuals adreçades a pares i mares, per reduir els danys produïts pel FAT en fills de pares i mares que fumen.
- > Cal que els estudis en aquest àmbit siguin sensibles a aspectes de gènere.
- > Cal millorar la qualitat metodològica dels estudis d'avaluació.

#### 4.2.3. ALTRES DROGUES: QUÈ EN SABEM?

La prevenció selectiva pel que fa a les drogues no institucionalitzades va dirigida a joves exposats a diferents factors de risc en relació amb les drogues, com per exemple, adolescents i joves que presenten absentisme escolar, que abandonen l'escola abans d'acabar els estudis primaris o secundaris, a joves experimentadors de drogues i a famílies en situació d'alt risc. Aquest nivell de prevenció també s'adreça a adolescents i joves amb indicis d'actuacions delictives, i a grups socioculturals determinats (per exemple persones immigrants o persones que es troben en una situació d'extrema privació social).

Les intervencions de tipus selectiu es basen a identificar aquests grups vulnerables i dur a terme accions que redueixin la probabilitat d'iniciar el consum de drogues i disminuir els riscos d'aquests consums. És a dir, que, per poder realitzar alguns d'aquests programes, és necessari identificar d'una manera activa joves que es troben en una situació de risc més elevat. Aquesta identificació cal fer-la evitant qual-sevol aspecte que generi l'estigmatització potencial de la població destinatària.

No s'ha trobat cap revisió sistemàtica de les avaluacions d'intervencions selectives per prevenir el consum de drogues. Sí que s'han publicat algunes revisions fetes per institucions públiques, així com recomanacions institucionals i avaluacions de programes específics que examinem a continuació, però hem de tenir en compte que tot i que podem definir quins són els programes efectius, és difícil establir generalitzacions a d'altres poblacions i analitzar quins són els aspectes clau dels programes.

##### 4.2.3.1. PROGRAMES SELECTIUS DE REDUCCIÓ DE RISCOS EN CONTEXTOS D'OCI I FESTA

Es tracta de programes de prevenció dels riscos associats al consum de drogues en els entorns de l'oci i la festa. Aquests espais són per a grups molt importants de joves, espais d'integració on –entre d'altres àmbits– els joves construeixen i elaboren la seva identitat. Espais que, a més, representen importants sectors econòmics del nostre país. Davant d'aquesta realitat, tant al nostre país com a diversos països europeus, la prevenció del consum de drogues en contextos recreatius es basa principalment a donar informació i s'orienta a la reducció de riscos associats al consum. A Catalunya, Energy Control de l'Associació Benestar i Desenvolupament i Creu Roja Joventut, amb el suport de diferents institucions catalanes, van iniciar el treball preventiu en aquests contextos.

La manera diferent d'entendre el temps de lleure en grups importants de la joventut actual i les noves drogues assenyalen cap a la necessitat de noves estratègies, diferents de les que s'han emprat fins ara. Les possibilitats de disminuir el consum de drogues entre els joves des de la perspectiva de la reducció de riscos, són òbvies per a molts investigadors (Bonomo & Bowes, 2001; Erickson, 1997; McBride, Farringdon, Midford, Meuleners & Phillips, 2004; Midford, McBride & Munro, 1998;

Poulin & Elliott, 1997; D. White & Pitts, 1998a), i cal disposar d'evidència més gran per tal de definir quines podrien ser aquestes estratègies noves.

L'augment del consum de drogues entre els joves en els espais d'oci nocturns preocupa tant la societat com els professionals de la salut. Malgrat tot, no s'han trobat revisions sistemàtiques que avaluin l'efectivitat de les intervencions de reducció de danys en joves que consumeixen drogues de forma regular.

Valverde et al. van publicar una descripció dels programes que s'estaven portant a terme des de la Subdirecció general de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya als locals nocturns en joves consumidors de drogues (Valverde Gefaell, Pi González & Colom i Farran, 2003). El principal objectiu dels quals és fomentar la cultura d'oci intel·ligent que no creï problemes per a la salut dels joves, i s'intenta treballar amb tots els actors per obtenir un efecte màxim. Es vol donar informació, i així augmentar la presa de decisions responsable per a l'autoprotecció davant del consum. És a dir, s'intenten reduir els riscos directes –com ara la sobredosi o les addiccions– i els indirectes –accidents de trànsit i violència.

Amb els propietaris dels locals nocturns, es vol consensuar el Safe Clubbing, una iniciativa internacional que es va crear com a resultat de l'augment del turisme de diversió, i que intenta promoure l'adopció de mesures de salut i seguretat en els llocs d'oci (Bellis M A, Hughes & Lowey, 2002; Bellis M A & Hughes, 2003). La distribució d'una sèrie de mesures bàsiques de seguretat es considera la via més eficaç per prevenir els danys causats pel consum de drogues. Al Regne Unit i altres països de la Unió Europea han elaborat guies per gaudir de la nit de manera més segura, en les quals s'aconsella als propietaris de locals d'oci nocturn oferir aigua mineral per minimitzar els problemes de salut, es dona informació sobre primers auxilis i es duen a terme anàlisis de drogues in situ.

Dins les estratègies de reducció de risc es troben els programes d'anàlisi de pastilles (*pill testing*), i aquesta és potser una de les estratègies que genera més polèmica. Es va originar com a resposta a l'adulteració de les pastilles, i més tard es va entendre com una estratègia innovadora per arribar a grups específics de risc alt. La implantació d'aquest tipus de programes genera un debat ideològic més que una discussió sobre riscos de salut. La semilegalitat en la qual estan és la causa i l'efecte de l'escassetat d'avaluacions rigoroses. Els arguments que s'utilitzen en contra són que el problema de l'adulteració és cada cop menys important, que l'anàlisi de les pastilles suggereix una pseudoseguretat falsa, que analitzar pastilles en els locals d'oci implica l'acceptació i fins i tot la promoció del consum, i dona una idea que les drogues sintètiques són innòcues. I el darrer argument en aquest sentit és que projectes d'aquest tipus poden ser utilitzats pels traficants, fins i tot amb finalitats publicitàries (Burkhart & Crusellas, 2002; Winstock, Wolff & Ramsey, 2001). Per contra, hi ha altres autors (Benschop et al., 2002) que assenyalen que els programes d'anàlisi de pastilles:

- [+] Amplien la xarxa preventiva, i baixen el llindar del contacte preventiu.
- [+] Les advertències sanitàries sobre substàncies que impliquen riscos per a la salut, emeses en el marc de programes d'anàlisi de pastilles, gaudeixen d'un nivell més alt de credibilitat i d'acceptació per part de la població consumidora, que els mètodes tradicionals de prevenció.
- [+] Contribueixen a disminuir els mites existents al voltant de l'èxtasi en joves que assisteixen a festes i també contribueixen a promoure conductes més segures, dit d'un altra manera, són un instrument efectiu de prevenció indicada;
- [+] No porten a un canvi directe i profund dels hàbits de consum, però tampoc l'incrementen. De fet, el consum s'ajusta sobre la base dels resultats de les anàlisis fetes, i quan augmenta la freqüència, disminueix la freqüència de consum.
- [+] Han previngut l'inici del consum d'èxtasi entre alguns participants a les festes nocturnes, i podrien retardar el consum entre les persones que tenen actituds indecises.

D'acord amb aquests darrers autors, no sembla probable que estenguin el cercle de persones que consumeixen, mentre els aporta elements de prevenció selectiva, com és la minimització del risc. I per a les persones que no consumeixen, aconseguix objectius de prevenció universal, com ara el manteniment de l'abstinència. Aquests autors també assenyalen que, en el seu estudi, els iguals amb experiència de consum d'èxtasi constitueixen una font d'informació considerada valuosa i creïble tant per part de la població consumidora com no consumidora. Finalment, assenyalen que malgrat els resultats del seu estudi indiquen que els serveis d'avaluació poden potencialment ser una forma viable d'anàlisi i control del mercat de les drogues sintètiques, els experts entrevistats en aquest mateix estudi tendien a ser crítics sobre aquesta utilitat, pel fet que, en certa manera no s'han instaurat suficientment les condicions necessàries per aconseguir aquesta funció (Benschop et al., 2002).

Una altra revisió recent (Calafat et al., 2003) analitza 40 programes preventius implantats a deu països europeus. No es tracta d'una revisió sistemàtica, però sí que permet tenir una visió més clara de les pràctiques més habituals a Europa. El 60% dels programes analitzats es dirigeixen a joves consumidors i no consumidors indistintament, mentre que el 40% té com a població diana solament persones consumidores. Aquests darrers es revisaran dins les estratègies de prevenció indicades i/o determinades.

La majoria de programes no fan distinció entre consumidors i no consumidors, tot i que sabem que els missatges han de ser ben diferents per als dos col·lectius. El programa anglès Decubed és una excepció rara, perquè utilitza diferents materials segons si els joves consumeixen drogues habitualment o no ([http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog\\_ID=1603](http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=1603)). Cada vegada més es té en consideració el gènere de la població a la qual es dirigeixen. Els objectius que persegueixen en la majoria dels casos són proporcionar informació sobre drogues i reduir els danys derivats del consum de drogues. En aquesta línia, les conclusions que es desprenen de l'avaluació



de l'activitat del fòrum virtual d'Energy Control (Energy Control, 2004) determinen aquest recurs com un servei d'informació i intercanvi molt valorat pels consumidors.

Tot i que hi ha un buit important d'investigació rigorosa en aquest camp, l'experiència assenyala que l'eficàcia de les intervencions depèn de l'adequació a la població destinatària, els tipus d'alternatives ofertes, la intensitat d'intervenció i de la incorporació d'entrenament d'habilitats personals i socials. Els objectius per aconseguir són aclarir mites respecte a les drogues, modificar actituds de risc, retardar l'edat d'inici del consum, reduir-ne el consum global, prevenir-ne i reduir-ne el consum problemàtic. Les intervencions haurien d'incorporar la formació sobre prevenció de l'abús de drogues per mediadors especialitzats, la formació d'iguals, la formació de mediadors no especialitzats, com ara els treballadors en els locals d'oci, i actuacions d'informació i sensibilització.

Les prioritats que Calafat i Juan assenyalen són la necessitat de retardar l'edat d'inici dels adolescents en les activitats recreatives que més s'associen al consum de drogues (Calafat & Juan, 2003). També assenyalen que les estratègies preventives han d'influir sobre les subcultures juvenils, no solament adequar-s'hi, i s'ha de prestar atenció a l'augment progressiu del consum entre la població femenina. També s'ha d'arribar a un consens des del punt de vista científic i professional sobre la prevenció dels consums recreatius. Segons aquests autors, és important elaborar estratègies noves que augmentin la percepció del risc, sense abandonar les tàctiques de reducció de danys per als joves que ja són consumidors. Finalment, ressalten la importància de crear contextos recreatius més saludables, i per això és indispensable implicar-hi la indústria recreativa.

La recerca psicosocial sobre les polítiques i intervencions de salut pública amb adolescents i joves en espais d'oci nocturn a Catalunya, fa una sèrie de propostes d'actuació per millorar els programes ja iniciats per a la prevenció del consum de substàncies psicoactives en els espais d'oci, o per plantejar estratègies noves (Faura et al., 2007). Atesa la profunditat en què l'oci nocturn ha estat estudiat en aquest treball, hem considerat oportú incloure'l en aquesta revisió. Respecte a la gestió de polítiques públiques, l'informe considera urgent que les administracions públiques impliquin en el diàleg el sector de l'oci nocturn. Proposa establir mecanismes de treball proactiu, per abordar l'oci nocturn de manera integral. Per això, els autors consideren que és indispensable involucrar-hi tots els actors: els joves, les institucions, els promotors privats d'oci nocturn, experts en reducció de riscos, veïns i veïnes, i altres usuaris d'aquests espais d'oci. Amb totes aquestes persones caldria treballar per actualitzar la normativa vigent en relació a la realitat de les drogues i l'oci nocturn.

Respecte a la gestió de les polítiques i intervencions, l'informe diu que cal veure activament el discurs, les polítiques i les actuacions de reducció de riscos. Els autors consideren necessari incorporar la població no consumidora com a població activament involucrada en els programes de reducció de riscos, per potenciar l'apoderament dels joves que decideixen no consumir drogues.

#### **4.2.3.2. PROGRAMES SELECTIUS AMB POBLACIÓ EXPOSADA A FACTORS DE RISC ASSOCIATS AL DESENVOLUPAMENT DE PROBLEMES RELACIONATS AMB LES DROGUES**

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Regne Unit ha revisat l'evidència disponible i ha emès les recomanacions següents, depenent del tipus de risc en el qual està la persona (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). D'acord amb aquestes recomanacions, la prevenció selectiva:

- [+] **Va dirigida a joves menors de 25 anys** que estan en una situació vulnerable, és a dir, estan exposats a un nombre important de factors de risc. Professionals de la salut, treballadors socials, mestres, infermeres, autoritats locals, etc., hauran d'identificar les persones que estan en situació de risc pel que fa al desenvolupament potencial de problemes relacionats amb les drogues, donar-los suport, i remetre-les als serveis apropiats.
- [+] **Va dirigida a població d'entre 11 i 16 anys** que presenta problemes d'agressivitat i risc elevat de consumir drogues, o dirigida als pares i mares d'aquests grups de població. Professionals de la salut, treballadors socials, mestres, infermeres, autoritats locals etc. poden implantar un dels programes següents:
  - [-] Intervenció en l'àmbit de la família d'una durada de dos o més anys, en col·laboració amb els pares del jove, i dirigida per professionals competents en l'àrea, basada en l'aprenentatge d'habilitats, entrevistes motivacionals, consells d'interacció familiar, educació sobre gestió familiar, etc.
  - [-] Teràpia familiar.
- [+] **Dirigida a nens entre 11 i 12 anys** que són agressius i estan a una situació de risc elevat de consumir drogues, o dirigida als pares d'aquests nens. La intervenció ha de ser implantada per professionals especialitzats, i pot ser de dos tipus:
  - [-] Teràpia de grup per al nen/a, per modificar el comportament durant un o dos anys, abans i durant la transició a l'escola secundària.
  - [-] Entrenament d'habilitats per als pares i mares (maneig de l'estrès, habilitats de comunicació, habilitats de gestió familiar, etc.).

La majoria dels programes selectius assenyalen el risc d'exclusió social i l'augment dels problemes amb les drogues com a resultat de l'abandonament de l'escola. Altres dimensions que també tenen en compte són el comportament antisocial, el fracàs escolar, i l'endarreriment de l'aprenentatge (Lloyd, 1998). Intervencions breus a l'escola semblen ser efectives per reduir el consum de drogues en els joves (Winters, Leitten, Wagner & O'leary Tevyaw, 2007). No obstant això, les intervencions selectives en l'àmbit escolar tenen l'inconvenient de requerir l'ajuda dels professors, que afegeixen a les seves càrregues curriculars i a la prevenció universal del consum de drogues, la prevenció específica per als joves amb dificultats.

L'any 1992 l'Observatori de Salut Pública liderat per la Sra. Rosa Costa Pau va iniciar un programa d'investigació-acció "El grup, instrument de treball per a detectar

la percepció de risc envers el consum de drogues”, adreçat a joves d’entre 14 a 16 anys, amb dèficits formatius i de relació interpersonal. Com a resultat del procés es va obtenir un model d’intervenció amb un material “On vas?” en el qual s’inclouïen els joves, el professorat i els pares i mares.

Una característica comuna d’aquests programes selectius és el suport personal per als joves, enfocat a treballar les habilitats i les actituds personals. “El Residential Student Assistance Program” és un programa per prevenir el consum de drogues per a adolescents en situació de risc alt, de 14 a 17 anys, que viuen en residències juvenils. Professionals formats donen informació tant sobre normes de conducta com sobre la salut, ajuden a identificar problemes i condueixen els joves que ho necessiten a altres serveis més especialitzats. Els tutors treballen tant en grups com individualment. Morehouse i Trobler han avaluat l’efectivitat del programa després d’un període d’implantació de cinc anys, i han demostrat que el programa resulta efectiu per prevenir la utilització de drogues i reduir-ne el consum (Morehouse & Tobler, 2000). En aquesta línia, a Catalunya, els últims cinc anys s’han desenvolupat serveis d’orientació i assessorament, que com el SOD a Barcelona ciutat, a partir de derivacions realitzades pels centres d’ensenyament de secundària, atén de forma individualitzada adolescents i famílies en situació de risc, per treballar aquests aspectes.

Altres intervencions estan dirigides a joves infractors o que presenten conductes delictives. Els factors de risc per al consum de drogues i els factors de risc per a la delinqüència s’encavalquen. Per això, el sistema judicial és un àmbit important dins dels programes de prevenció selectiva. És imprescindible que hi hagi coordinació total entre els serveis socials –preventius– i els serveis judicials, que és molt difícil d’aconseguir i encara més problemàtic d’avaluar (Newburn, 1999).

En altres casos, és necessari reclutar els joves d’una manera activa, en situacions més informals i relaxades que l’escola o el jutjat, per poder intervenir als estadis inicials del consum i oferir assessorament o remetre’ls als serveis més especialitzats.

Amb aquest objectiu, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, va editar l’any 2003 el “Que ruli”, un material d’informació general sobre el cànnabis per a joves consumidors d’aquesta substància o que tinguin relació amb entorns on hi ha consum. En ell s’ofereixen consells per a la reducció dels riscos associats al consum utilitzant un llenguatge molt proper als joves, que a la vegada convida a la reflexió i a l’assumpció de responsabilitats. Aquestes característiques han fet que hagi estat molt ben acceptat entre els joves i els agents educadors (Causa & Faura, 2005).

Les minories ètniques o grups d’immigrants marginats estan en una situació de risc més elevada a causa de la combinació de factors que accentuen la seva vulnerabilitat, com ara el nivell socioeconòmic baix, l’exclusió social, l’elevat fracàs escolar, i l’escassa implicació en la comunitat on viuen. A Barcelona, s’intenta integrar els joves

magrebins en la societat mitjançant la utilització combinada de pràctiques esportives i l'assessorament. Aquest projecte ha aconseguit reduir el consum de drogues i millorar les relacions d'aquests joves amb altres joves vinculats a la comunitat.

Una estratègia que està adquirint més importància per a la prevenció del consum i l'abús de drogues en joves en situació d'alt risc –joves que presenten problemes d'escolaritat, viuen en famílies desestructurades, procedeixen d'entorns amb una prevalença elevada del consum de drogues– és la formació de mares i pares en les habilitats educatives i de gestió familiar. Normalment, aquest tipus d'iniciatives inclouen tant tàctiques informatives com estratègies per millorar la comunicació i la qualitat de les relacions familiars; també busquen incrementar la competència dels pares i les mares en la supervisió i control de la conducta dels seus fills. Per exemple, les visites d'un infermer o d'un treballador social a mares adolescents en situació d'alta vulnerabilitat en una àrea semirural de l'estat de Nova York, van reduir el risc de consumir drogues en els seus fills, fins i tot quinze anys més tard. La intervenció consistia en una sèrie de visites des del moment del naixement fins a l'edat de dos anys (Olds et al., 1998).

A Catalunya, el programa “Protego” –formació familiar en habilitats educatives per a la prevenció de les drogodependències– orienta al desenvolupament i la potenciació de les habilitats educatives en els pares de preadolescents que estan en una situació de risc més elevada que altres joves de la seva edat (Larriba Montull, Duran-Vinyeta & Suelves Joanxich, 2004). Va estar dissenyat tenint en compte l'estat actual de coneixements sobre factors de risc i protecció, i, al mateix temps, és sensible a la nostra realitat social i cultural. Ha estat traduït al castellà, i des de fa anys s'està implantant a la comunitat de Castella i Lleó i a diversos països de l'Amèrica Llatina.

### PREVENCIÓ SELECTIVA DEL CONSUM DE DROGUES. QUÈ ÉS EFECTIU?

Malgrat que no s'han realitzat revisions sitemàtiques que permetin disposar d'evidència sòlida en aquest nivell, sí que institucions solvents en salut pública han publicat diversos informes i recomanacions que indiquen que poden ser efectius:

- > Programes educatius d'entrenament d'habilitats personals i socials, d'abordatge de mites respecte a les drogues, modificació d'expectatives i actituds de risc, i de foment de la vinculació a la comunitat.
- > Els programes d'informació i sensibilització desenvolupats en espais d'oci on es produeix el consum de drogues, que tenen per objectius: fomentar una cultura d'oci intel·ligent que no creï problemes per a la salut dels joves, i augmentar la presa de decisions responsable per a l'autoprotecció davant del consum.
- > La implicació de tots els actors del sector de l'oci nocturn per intentar promoure l'adopció de mesures de salut i seguretat en els espais d'oci.
- > Els programes de detecció precoç i derivació per identificar les persones que estan en situació de risc pel que fa al desenvolupament potencial de problemes relacionats amb les drogues, des de els serveis de salut, socials, educatius i del lleure, del seu entorn proper.
- > Intervencions intenses en l'àmbit de la família que inclouin l'aprenentatge d'habilitats educatives, entrevistes motivacionals, consells per l'interacció familiar, educació sobre gestió familiar i de maneig de l'estrés.

### ALTRES DROGUES: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > A nivell comunitari, caldria potenciar el desenvolupament de mapes de riscos que podrien ajudar a prioritzar les intervencions més necessàries per a cada grup, tot evitant aspectes de potencial estigmatització poblacional.
- > Caldria millorar l'avaluació de l'efectivitat dels programes de reducció de riscos desenvolupats en entorns de consum.
- > Caldria potenciar l'avaluació de les estratègies d'informació i de sensibilització interactives ben orientades.
- > Caldria avaluar l'efectivitat de la difusió d'informació per canals accessibles, especialment els preferits pels joves: com ara Internet o les TIC.
- > Promoure i avaluar l'efecte de la participació de les famílies i de la societat civil en les estratègies de prevenció de les problemàtiques associades al consum de drogues recreatives.

04.3

REVISIÓ  
DE L'EVIDÈNCIA

EVIDÈNCIA PER A  
LA PREVENCIÓ INDICADA

## 04.3

### EVIDÈNCIA PER A LA PREVENCIÓ INDICADA

#### **Quines són les intervencions preventives efectives per identificar persones que presenten un consum problemàtic de substàncies psicoactives?**

##### **4.3.1. ALCOHOL: QUÈ EN SABEM?**

Els programes de prevenció de tipus indicat estan dirigits a persones que beuen de forma excessiva o abusiva, i que a causa del consum d'alcohol experimenten danys, però no compleixen els criteris necessaris de dependència de l'alcohol. Aquestes persones tenen un risc més elevat de patir problemes de salut, incloent-hi problemes relacionats amb comportaments violents i accidents trànsit.

La identificació dels individus i la intervenció posterior es pot portar a terme a diferents nivells: des d'un entorn social –tant per professors, educadors socials o policies– o des de l'àmbit dels serveis de salut– assistència primària i serveis d'emergència. Un estudi longitudinal va determinar que a Espanya s'observa una prevalença baixa de bevedors de risc sense sospita de síndrome de dependència alcohòlica, de l'11% aproximadament, que ha disminuït en els darrers anys (López-Marina et al., 2005).

Un nombre elevat de revisions sistemàtiques i metaanàlisis han assenyalat l'eficàcia del consell breu per reduir el consum d'alcohol en persones que beuen per damunt dels nivells de risc per a la salut (Beich, Thorsen & Rollnick, 2003; Berglund et al., 2001; Bertholet et al., 2005; Cuijpers, Riper & Lemmers, 2004; Emmen, Schippers, Bleijenberg & Wollersheim, 2004; Lopez-Marina et al, 2005; Moyer & Finney, 2002; Poikolainen, 1999; Whitlock, Polen, Green, Orleans & Klein, 2004).

##### **4.3.1.1. ÀMBIT EDUCATIU**

Els estudis sobre l'evidència de les estratègies en prevenció indicada recollits en aquesta revisió, es centren, de manera important en la població de joves estudiants universitaris, i observen que les tendències als consums de risc dels universitaris sembla que persisteixen malgrat els esforços dels administradors de les universitats i dels professionals de la salut pública per reduir-les. L'evidència assenjala que la majoria d'estudiants que beuen en excés no s'identifiquen com a persones que tenen problemes amb l'alcohol, i per tant, és difícil que busquin ajuda per a ells mateixos. Per tant, els programes d'educació i assessorament voluntaris no són una estratègia adient per als estudiants que beuen excessivament. Els programes d'obligat compliment podrien ser una solució per millorar el problema de beure en excés i de manera compulsiva en els campus universitaris (Barnett & Read, 2005).

Els programes anomenats per *beure amb seguretat* es van dissenyar per a joves bevedors de risc alt. Dos dels més coneguts, el BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students) i l'ASTP (Alcohol Skills Training Program) tenen l'objectiu de reduir les conseqüències associades amb el consum d'alcohol excessiu en estudiants universitaris. Inclouen avaluació, educació sobre normes socials i efectes de l'alcohol en la salut, comportament social, formació en habilitats i tècniques d'entrevista motivacional. L'ASTP està dirigit a grups de mida reduïda, i el BASICS és una intervenció individual.

Una idea més recent per reduir el consum d'alcohol en bevedors de risc consisteix a aplicar un instrument de cribratge i una intervenció breu utilitzant un programa a Internet. Kypri et al. van dur a terme un estudi controlat als serveis mèdics de la universitat, que va resultar tan efectiu com les intervencions breus a l'àmbit d'atenció primària. Les raons de l'èxit són que no és intrusiu, és atractiu per a la població diana i es pot incorporar fàcilment en els serveis mèdics d'assistència primària (Kypri et al., 2004)

#### **4.3.1.2. ÀMBIT DE SERVEIS DE SALUT**

Les intervencions en l'àmbit de l'atenció primària han demostrat ser útils per identificar bevedors excessius o abusius i reduir el consum d'alcohol en aquestes persones. Ballesteros et al. (Ballesteros, Arino, González-Pinto & Querejeta, 2003; Ballesteros, González-Pinto, Querejeta & Arino, 2004) va portar a terme una metaanàlisi sobre l'eficàcia d'intervencions breus per reduir el consum d'alcohol a l'Estat espanyol. L'evidència presentada dona suport al consell breu en l'àmbit de l'atenció primària com un mètode eficaç per reduir el consum excessiu d'alcohol. Alguns dels tests que han demostrat ser efectius són l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; Bohn, Babor & Kranzler, 1995; Zarkin, Bray, Davis, Babor & Higgins-Biddle, 2003), el POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers; Allen & Columbus, 1995; Rahdert, 1991), el CAGE (nom derivat de les quatre preguntes que componen el test; Allen et al., 1995), i el CRAFFT (per les paraules angleses que corresponen a les sis preguntes clau del text: *car, relax, alone, forget, friends, trouble*; Knight et al., 1999; Knight, Sherritt, Shrier, Harris & Chang, 2002b). L'AUDIT i el CAGE han estat validats per ser utilitzats en persones adultes que beuen quantitats d'alcohol que poden ser problemàtiques (Bush, Shaw, Cleary, Delbanco & Aronson, 1987; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993; Soderstrom et al., 1997). L'AUDIT té una sensibilitat acceptable per identificar problemes amb l'alcohol en adolescents, en particular en l'àmbit dels serveis d'emergències dels hospitals (Chung et al., 2000), mentre que el CAGE presenta problemes de validesa en determinades poblacions, com ara les dones, els estudiants universitaris i els adolescents (Knight, Goodman, Pulerwitz & DuRant, 2000). Per contra, el POSIT i el CRAFFT han estat dissenyats i validats específicament per a adolescents (Knight, Sherritt, Harris, Gates & Chang, 2003).



Una revisió de Whitlock i col·laboradors (Whitlock et al., 2004) va mostrar que les intervencions breus de més d'un contacte en l'àmbit de l'assistència primària eren efectives per reduir el consum d'alcohol en bevedors de risc i bevedors abusius, resultats que coincideixen amb una altra metaanàlisi publicada més recentment (Beich et al., 2003). Les intervencions que van resultar efectives incloïen assessorament, retroalimentació, establiment d'objectius i contactes addicionals. Aquests elements són, en general, coherents amb l'estratègia de les cinc A (avaluar, assessorar, acordar, assistir i acordar seguiment).

A Espanya, s'han dut a terme estudis i documents de consens que avalen l'efectivitat tant dels programes de cribatge (Gual, Contel, Segura, Ribas & Colom, 2001; Rubio, Bernejo, Caballero & Santo Domingo, 1998; MSC 2008) com de les intervencions breus (Altisent et al., 1997; Bueno Ortiz et al., 1997; Fernández García et al., 2003; Fernández San Martín et al., 1997; Segura Garcia, Gual Solé, Montserrat Mestre, Bueno Belmonte & Colom Farran, 2006; MSC,2008)). Per ajudar les persones que presenten un consum de risc a beure menys, a Catalunya disposem d'una eina de cribatge i d'intervenció breu, el programa "Beveu Menys", que ha estat considerat efectiu per l'Organització Mundial de la Salut (Segura Garcia, Gual Solé, Montserrat Mestre, Bueno Belmonte & Colom Farran, 2006). I que s'ha implementat també a Galícia i Balears entre d'altres comunitats autònomes. En aquesta línia, les recomanacions per a una política d'alcohol efectiva del document de consens per la prevenció dels problemes derivats de l'alcohol (MSC,2008), evidencien la necessitat que els professionals de la salut realitzin intervencions breus per a reduir el consum d'alcohol de les persones amb consums de risc. (MSC,2008).

Les intervencions breus als serveis d'emergència a persones que han resultat accidentades a causa del consum d'alcohol excessiu han demostrat ser efectives a reduir la quantitat d'alcohol que es consumeix (Crawford et al., 2004; D'Onofrio & Degutis, 2002; Gentilello et al., 1999; Gentilello et al., 2005; Longabaugh et al., 2001; Monti et al., 1999; Smith, Shepherd & Hodgson, 1998; Smith et al., 2003; Rodríguez Martos et al., 2005; Rodríguez Martos et al., en premsa).

#### **4.3.1.3. ÀMBIT LABORAL**

En l'àmbit laboral, els programes d'ajuda als treballadors són les intervencions més comunes per adreçar el consum d'alcohol problemàtic. En una situació ideal, el treballador acut al servei d'ajuda de forma voluntària. En altres casos, quan es detecta una baixada de la productivitat que no és atribuïble a les condicions de treball, el treballador és remès als programes d'ajuda. En qualsevol cas, el coordinador del programa ofereix assessorament en la manera que el problema es pot resoldre i sobre la necessitat de tractament. Una revisió de l'any 1995 conclou que aquests tipus de programes són cost efectius, i que la majoria dels programes aconseguixen que una proporció elevada dels treballadors amb problemes amb l'alcohol en disminueixin el consum (Foote & Erfurt, 1991; Walsh et al., 1991).

**PREVENCIÓ INDICADA DEL CONSUM D'ALCOHOL. QUÈ ÉS EFECTIU?**

- > Programes de cribatge per identificar les persones que presenten consums problemàtics.
- > Intervencions breus en l'àmbit de l'assistència primària, serveis especialitzats, àmbit hospitalari, especialment als serveis d'urgències.
- > En l'àmbit educatiu, la realització d'intervencions breus o de derivació a serveis especialitzats en prevenció indicada.
- > Els programes d'ajuda als treballadors per adreçar un consum d'alcohol problemàtic són cost efectius

**ALCOHOL: QUÈ CALDRIA SABER-NE?**

- > Caldria millorar la qualitat metodològica dels estudis d'avaluació.
- > Caldria estudiar la incorporació de les noves tecnologies per poder accedir a un major nombre de població amb consums problemàtics i les seves famílies.

-

**4.3.2. TABAC. QUÈ EN SABEM?**

La majoria de polítiques d'assistència a les persones que fumen estan adreçades a adults amb una dependència fortament establerta. Per als adolescents, els recursos s'enfoquen més en la prevenció de l'inici del consum i de la consolidació de la dependència que a obtenir l'abstinència. Per això, hem revisat aquest tipus de programes a les estratègies de tipus indicat i no els programes de cessació del tabaquisme per a adults.

Cal dir que les intervencions indicades per a adolescents són bastant recents i per aquest motiu, aquestes intervencions han estat menys avaluades que les intervencions de tractament del tabaquisme adreçades a població adulta que compleix els criteris d'addicció.

Mermelstein va examinar l'evidència de l'efectivitat dels programes per promoure l'abstinència en adolescents (Mermelstein, 2003). Els tipus més habituals són teràpies ofertes a l'escola, és a dir, la intervenció es du terme en grups petits a les escoles, i en l'horari de classes normal, per obtenir una assistència més alta. L'avaluació de dos dels estudis més reconeguts –el NOT i el Project X (Dino et al., 2001; Sussman, Dent & Lichtman, 2001)– dona suport a l'eficàcia potencial de programes en l'àmbit de l'escola que es desenvolupen en conjunt amb la població diana, tenen continguts divertits i interessants per als adolescents, que segueixen principis cognitius i de comportament, i que posen èmfasi en el maneig de situacions sense tabac.

Garrison et al. van revisar sis estudis basats en l'àmbit escolar i dels serveis de salut, i no van trobar suficient evidència que en demostrés l'eficàcia de cap (Garrison, Christakis, Ebel, Wiehe & Rivara, 2003).

Grimshaw i Stanton van revisar quinze estudis, entre els quals tres van utilitzar el model transteòric del canvi, dos van optar pel model farmacològic i la resta van usar intervencions psicosocials, com la intervenció motivacional o la teràpia del comportament (Grimshaw & Stanton, 2006). Els primers van tenir una certa eficàcia, que es va mantenir fins a dos anys més tard. Els assajos farmacològics no van obtenir cap resultat significatiu tot i que la teràpia farmacològica és ben tolerada pels adolescents i les intervencions que van utilitzar teràpia cognitiva de la conducta van detectar una certa eficàcia. Tots els estudis presentaven problemes metodològics –com ara les pèrdues durant el seguiment– que fan difícil plantejar conclusions definitives.

Pel que fa a les intervencions breus en l'àmbit dels serveis de salut, dues avaluacions recents de programes d'aquest tipus assenyalen que són efectives. En particular val la pena esmentar el programa Pathways to Change, consistent en un joc d'ordinador interactiu seguit d'una breu intervenció que va registrar el 23% d'abstinència durant el primer any (Hollis, Polen, Lichtenstein & Whitlock, 2003).

Finalment, hem de considerar les possibilitats d'utilitzar Internet i les TIC com a vehicle per transmetre les intervencions als adolescents. Els avantatges més importants són que molts joves poden accedir-hi, es pot dissenyar al programa d'acord amb les necessitats de cada persona, és privat, anònim i té un cost mínim. El desavantatge que de moment no hi ha dades d'eficàcia (Patten et al., 2006).

#### PREVENCIÓ INDICADA DEL TABAQUISME EN ADOLESCENTS. QUÈ ÉS EFECTIU?

- Intervencions breus en els serveis de salut, especialment a la consulta de pediatria que utilitzen tecnologies atractives per als joves que inicien un consum regular, com ara programes interactius a través d'ordinadors.

#### TABAC: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- Cal avaluar l'eficàcia de programes de prevenció indicada, tant en l'àmbit de l'escola com en altres àmbits d'educació no formal.
- Cal estudiar l'eficàcia de tractaments farmacològics específicament dissenyats per als adolescents.
- És necessària la realització d'estudis controlats ben dissenyats, per poder comprovar l'eficàcia d'intervencions dirigides als joves, com ara els programes oferts des d'Internet i les TIC en general.

### 4.3.3. ALTRES DROGUES: QUÈ EN SABEM?

#### 4.3.3.1. ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT

En l'àmbit de l'assistència primària, i segons indiquen l'Associació Mèdica Americana (AMA) i l'Acadèmia Americana de Pediatria (AAP), les visites rutinàries dels adolescents a la consulta de pediatria ofereixen l'oportunitat d'investigar sobre el consum de drogues i intervenir-hi abans que es produeixin danys o s'estableixin problemes de dependència. Les intervencions breus a la consulta de pediatria són efectives per reduir el consum de drogues. Les intervencions han d'incloure discussió de riscos i problemes –fent èmfasi en la responsabilitat personal–, alternatives de canvi, i reforç de l'autoeficàcia (Levy, Vaughan & Knight, 2002).

Actualment, els accidents de trànsit associats al consum de l'alcohol i altres drogues constitueixen la primera causa de mortalitat evitable en joves i adolescents, i un factor important associat a homicidis o suïcidis en tots els grups d'edat. Els joves que consumeixen drogues solen acudir als serveis d'urgència amb més freqüència que la població adulta, ja sigui com a resultat d'accidents o per sobredosi. Per tant, els serveis d'urgència dels hospitals poden tenir un paper destacat en el cribatge d'adolescents que consumeixen algun tipus de droga (Burke, O'Sullivan & Vaughan, 2005). Des de l'àmbit dels serveis de salut s'intenta preparar els professionals d'aquestes unitats per poder oferir breus intervencions motivacionals als joves intoxicats per substàncies recreatives. Cal ajudar-los a reconèixer la relació entre el consum de drogues, les conseqüències sobre la salut, i els efectes secundaris, i assumir que aquesta intervenció els pot motivar a reduir-ne el consum (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003). Un instrument que ha demostrat ser vàlid i precís per utilitzar amb adolescents és el CRAFFT (inicials de les sis preguntes clau del test). El CRAFFT és un test desenvolupat per a adolescents, que s'administra verbalment, és fàcil de puntuar i de recordar, i detecta tant el consum d'alcohol com d'altres drogues (Knight et al., 1999; Knight, Sherritt, Shrier, Harris & Chang, 2002a). Si el jove resulta ser positiu, es pot intervenir breument per motivar-lo a reduir el consum (McCambridge & Strang, 2004).

Les consultes de ginecologia poden tenir una funció clau en la identificació de dones embarassades que tenen risc alt de consum de drogues, i així poder-los oferir tractament, intervencions breus i/o prevenció, i reduir els riscos per a l'embaràs i per al fetus. Una eina desenvolupada específicament per a dones és el qüestionari de les 4Ps Plus© (de les paraules angleses *pares*, *parella*, *passat* i *embaràs*) que permet identificar no solament les dones que tenen un grau elevat de dependència, sinó que també ofereix l'oportunitat d'intervenir en un grup ampli de dones que consumeixen petites quantitats (Chapman et al., 1999; Chasnoff et al., 2005; Chasnoff & McGourty, 2006).

#### 4.3.3.2. ÀMBIT EDUCATIU

Les intervencions breus en l'àmbit escolar ofereixen l'oportunitat d'identificar estudiants en situació de risc alt i a la vegada implantar, des de l'escola, intervencions

motivacionals breus, utilitzant les tutories, amb l'objectiu de reduir el consum de drogues (Winters et al., 2007), o per derivar a serveis especialitzats en adolescents en aquesta situació.

#### 4.3.3.3. ÀMBIT FAMILIAR

Finalment, un nombre considerable d'estudis ha demostrat el potencial de la família com la via per adreçar a tractaments per deixar o reduir el consum de drogues persones que no estan motivades per fer-ho. No obstant això, l'evidència de l'eficàcia de les intervencions dins de l'àmbit de la família és limitada, sobretot perquè molt pocs d'aquests programes s'han avaluat de manera sistemàtica. Waldron et al. van estudiar l'eficàcia de l'abordatge anomenat CRAFT (*community, reinforcement and family training*) per facilitar la participació en programes en tractament d'adolescents que es resistien a ser tractats (Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1998; Waldron, Kern-Jones, Turner, Peterson & Ozechowski, 2007). És una intervenció dirigida als pares, per ajudar-los a impulsar el seu fill/a cap a l'acceptació d'un programa de prevenció indicada perquè puguin donar suport al canvi de comportament de l'adolescent, i perquè millori el funcionament de la família. Els resultats van indicar que els pares i mares que participaren en la intervenció CRAFT van experimentar una reducció significativa de símptomes negatius, i el 71% dels pares van tenir èxit compromentent el fill/a a seguir un tractament adient a la seva situació.

#### PREVENCIÓ INDICADA D'ALTRES DROGUES EN ADOLESCENTS. QUÈ ÉS EFECTIU?

- > Intervencions breus a la consulta de pediatria.
- > Intervencions de cribatge i derivació realitzades pels serveis d'urgències.
- > Intervencions breus o de derivació a serveis especialitzats en prevenció indicada, en l'àmbit educatiu.
- > Esforços de reducció de l'oferta i de reducció de la promoció de substàncies addictives entre els joves.
- > Intervencions per a la capacitat de pares i mares en relació al tractament dels fills amb problemes relacionats amb els consums de drogues.

#### ALTRES DROGUES: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > Caldria avaluar l'efectivitat dels programes de reducció de riscos desenvolupats en entorns de consum.
- > Caldria considerar la importància d'estratègies d'informació i de sensibilització interactives ben orientades.
- > Caldria promoure la difusió d'informació per canals accessibles (Internet o les TIC), especialment a persones amb problemes de consum de drogues i les seves famílies, i avaluar-ne l'efectivitat.

04.4

REVISIÓ  
DE L'EVIDÈNCIA

EVIDÈNCIA PER A  
LA PREVENCIÓ DETERMINADA

## 04.4

### EVIDÈNCIA PER A LA PREVENCIÓ DETERMINADA

#### Quines són les intervencions efectives per reduir els riscos sanitaris i psicosocials que afecten les persones drogodependents?

##### 4.4.1. ALCOHOL: QUÈ EN SABEM?

###### 4.4.1.1. PROGRAMES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Els programes de reducció de danys per al tractament de problemes amb l'alcohol desporten controvèrsia constant tant en la comunitat científica com en els mitjans de comunicació. Quedaria per determinar si estratègies d'aquest tipus són efectives i poden aconseguir que un individu begui de forma controlada, i fins i tot si en algun cas podrien ser preferibles davant dels abordatges que plantegen l'abstinència. Marlatt (Marlatt & Witkiewitz, 2002) explica que des dels anys trenta del segle XX, els problemes de prevenció i tractament de l'alcoholisme han estat dominats pel que ell anomena els *models morals i de malaltia*, que preveuen l'abstinència com l'alternativa única a beure de manera excessiva. Per contra, la reducció de danys ofereix una visió pragmàtica sobre el consum d'alcohol i el tractament dels problemes relacionats, que es basa en tres objectius principals: (i) reduir els danys associats amb els consum d'alcohol, (ii) oferir una alternativa a la visió de tolerància zero, (iii) promoure l'accés a serveis oferint alternatives als tractaments tradicionals.

###### 4.4.1.1.1. Àmbit dels serveis de salut

L'assessorament del metge d'assistència primària durant 10 o 15 minuts, emprant tàctiques de reducció de danys, ha provat ser efectiu per reduir el consum d'alcohol. Projectes com el TrEAT (Project Trial for Early Alcohol Treatment) o el GOAL (Project Guiding Older Adult Lifestyle) són un bon exemple de com intervencions amb expectatives baixes i molt accessibles poden resultar més atractives a persones amb nivells de consum d'alcohol problemàtics que les tradicionals de tolerància zero (Marlatt & Witkiewitz, 2002). No obstant això, els programes de reducció de danys no han estat comparats de forma directa en el mateix estudi amb programes orientats només a l'abstinència.

###### 4.4.1.1.2. Intervencions de tractament amb objectius intermedis

Per a les persones amb dificultats per assolir l'abstinència com a objectiu inicial, es poden aplicar intervencions en què cada persona tria el nivell de consum d'alcohol que vol mantenir (abstinència o disminució del consum). D'entre les intervencions

basades en aquesta línia, la que té més acceptació és la teràpia cognitivoconductual, basada en la identificació de situacions de risc i en el desenvolupament d'estratègies tant de tipus cognitiu com de comportament per neutralitzar-les. Solen incorporar exercicis d'autocontrol, desenvolupament d'habilitats, exposició als estímuls, exercicis destinats a augmentar la motivació i l'autoeficàcia i a reduir les expectatives de resultats positius.

Una metaanàlisi portada a terme per Walters et al. mostra que, d'entre una gran varietat de programes orientats a la moderació, el Behavioral Self-Control Training (BSCT) és el més efectiu (Walters, 2000). Els resultats obtinguts amb el BSCT han estat superiors a l'absència de tractament, als altres programes de moderació i als programes orientats a l'abstinència.

Una altra variació a la teràpia cognitivoconductual del comportament és l'exposició als estímuls basada amb l'assumpció que els individus desitgen l'alcohol a causa d'estímuls associats a la beguda. Aquests tractaments presenten de forma repetitiva els estímuls a la persona, de manera que acaben eliminant la resposta condicionada en beure. La intervenció anomenada MOCE (*Moderation-oriented Cue Exposure* o també *exposició a estímuls orientats a la moderació*) basada en aquestes tàctiques, ha estat comparada al BSCT en un assaig controlat. Tots dos tractaments han resultat eficaços, però no si han trobat diferències significatives (Dawe, Rees, Mattick, Sitharthan & Heather, 2002). No es van poder comparar amb cap estratègia orientada només a l'abstinència.

#### **4.4.1.2. PROGRAMES PER PROMOURE L'ABSTINÈNCIA D'ALCOHOL**

Diversos autors han revisat l'evidència sobre l'eficàcia dels tractaments que utilitzen un marc conceptual basat en l'abordatge bio-psico-social com l'opció més efectiva per afrontar la dependència alcohòlica (National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors, 2001; Gual, 2002; Balcells & Gual, 2002; Gual, Monrás & Ortega, 2002; Bottlender, Kohler & Soyka, 2006; Kienast & Heinz, 2005). Els resultats de totes aquestes revisions indiquen que l'abordatge bio-psico-social, és a dir, la teràpia cognitiu-conductual combinada amb el tractament farmacològic, és efectiu. Fàrmacs com el disulfiram, l'acamprosato i la naltrexona són els més efectius quan s'administren de forma supervisada en el marc terapèutic. També, els components cognitiu-conductuals d'aquests tractaments, s'han mostrat efectius per millorar les habilitats socials i la motivació, així com per assolir bons resultats terapèutics. Aquests estudis indiquen també que l'efectivitat d'aquestes estratègies assistencials es manté tant en el marc de les consultes externes com en el de programes residencials o d'hospitalització.

El Projecte MATCH –un estudi multicèntric portat a terme als EUA per analitzar quin era el tipus de tractament idoni per a cada pacient– va determinar que en el cas de pacients no hospitalitzats, les millors estratègies eren la teràpia cognitivo-



conductual o els programes de facilitació de dotze fases. Per als pacients en els quals era necessari controlar la quantitat d'alcohol i neutralitzar-ne les conseqüències ràpidament, les teràpies motivacionals o els programes de dotze fases van resultar més adients (Project MATCH Research Group, 1998).

Respecte als programes de 12 fases –entre els quals Alcohòlics Anònims és el més conegut als EUA– Ferri et al. (Ferri, Amato & Davoli, 2006) van revisar-ne l'efectivitat en relació amb altres activitats psicosocials. Cap estudi experimental no ha demostrat clarament l'efectivitat d'aquestes intervencions per reduir l'alcoholisme o els problemes relacionats amb l'alcohol.

Segons Cutler (Cutler & Fishbain, 2005), cada cop s'acumula més evidència que la teràpia coneguda com extensiva tendeix a tenir nivells similars d'efectivitat als d'una intervenció breu o als de la “curació” espontània, i que sovint els resultats cal atribuir-los a efectes de selecció dels individus (Moyer, Finney, Elworth & Kraemer, 2001; Moyer, Finney & Swearingen, 2002; Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002). D'acord amb les seves hipòtesis, les persones que presenten una dependència alcohòlica i que volen curar-se, i per tant participen en els programes de rehabilitació, tenen una predisposició natural a millorar, que és independent de les intervencions. Caldria promoure més estudis per poder aclarir aquests aspectes.

#### PREVENCIÓ DETERMINADA PER REDUIR ELS RISCS SANITARIS I PSICOSOCIALS QUE AFECTEN LES PERSONES QUE PRESENTEN DEPENDÈNCIA ALCOHOLICA. QUÈ ÉS EFECTIU?

- > La teràpia cognitivoconductual és efectiva.
- > L'entrenament per millorar les habilitats socials, intervencions motivacionals, teràpia familiar i marital i la promoció d'oportunitats de vinculació en la comunitat, també s'ha comprovat que són efectius.
- > Les intervencions breus des de els diferents nivells assistencials (atenció primària, especialitzada, serveis hospitalaris i d'urgències).
- > La farmacoteràpia.

#### ALCOHOL: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > Caldria comparar en un mateix estudi experimental programes de reducció de danys amb programes orientats a l'abstinència.

#### 4.4.2. TABAC: QUÈ EN SABEM?

##### 4.4.2.1. PROGRAMES PER PROMOURE L'ABSTINÈNCIA DEL CONSUM DE TABAC

Sense cap mena de dubte, la millor estratègia per prevenir el tabaquisme és no començar a fumar, i la manera més efectiva per reduir els riscos associats al tabaquisme en les persones que fumen, és deixar de fumar. En els darrers anys les intervencions per deixar de fumar, tant a escala individual com a escala poblacional han proliferat en tots els àmbits.

L'eficàcia d'aquests tipus d'intervencions ha estat ben avaluada (Agència de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003), i també els diferents perfils de població que poden beneficiar-se de cada mena d'intervenció. Mentre quasi el 50% de les persones que fumen al nostre país diuen que volen deixar de fumar i al 23% li agradaria fumar menys, només el 30% del primer grup va intentar deixar de fumar l'any 2006, i solament una minoria dels que ho intenten acaben deixant de fumar durant un any o més (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2007).

##### 4.4.2.1.1 Àmbit comunitari

El tabaquisme està fortament determinat pel context social, per tant s'ha pensat que l'ús d'estratègies de tipus comunitari podria ser altament efectiu en aconseguir disminuir la taxa de persones que fumen, i per això comprenen estratègies múltiples d'intervenció. Fonamentalment, la difusió de missatges que promouen la importància d'abandonar el consum de tabac a través dels mitjans de comunicació (televisió, ràdio i premsa) i la participació de persones de rellevància pública en el mateix sentit. Un exemple d'aquest enfocament és el programa "Deixa-ho i guanya" que, impulsat per l'OMS i el Departament de Salut en la seva aplicació a Catalunya, s'implementa també a altres comunitats autònomes, a diversos països de la UE i en l'àmbit internacional.

Secker-Walker et al. van revisar l'efectivitat dels estudis controlats avaluant l'impacte d'intervencions comunitàries àmplies per reduir la prevalença global del tabaquisme en persones adultes i, malgrat que els assajos tenien bona qualitat metodològica i tenien la mida adequada, no van poder detectar cap efecte sobre la prevalença global del consum de tabac (Secker-Walker, Gnich, Platt & Lancaster, 2002). Malgrat tot, s'ha vist que es tracta de programes de cost baix que tenen una funció promotora del canvi d'actituds socials positiva vers la necessitat de deixar de fumar (Moragues, Nebot, Ballestín & Saltó, 1999).

Hi ha un buit en l'evidència sobre els efectes del suport social en intervencions de tipus comunitari (May & West, 2000). Els resultats de la revisió de Park et al. (2004) coincideixen (Park, 2004). El nombre reduït d'estudis i la qualitat baixa va fer impossible determinar l'efectivitat de les intervencions.

De manera semblant, els materials d'autoajuda han demostrat ser útils si estan dissenyats tenint en compte les característiques individuals de les persones destinatàries. En canvi, els materials de tipus estàndard tenen menys efectivitat, i no són necessaris si es dóna consell professional o si s'utilitzen teràpies de substitució de nicotina (TSN) (Lancaster & Stead, 2005b).

Stead i col·laboradors van avaluar el paper de les línies telefòniques d'ajuda per abandonar el consum de tabac (Stead, Perera & Lancaster, 2006). L'anàlisi de 48 assajos va demostrar que l'assessorament telefònic ajuda a deixar el tabac, i que hi ha una relació de dosi-resposta, és a dir, com més trucades fa l'equip terapèutic (tractament telefònic proactiu), més probabilitat d'èxit hi ha. Tres o més trucades tenen una efectivitat superior a intervencions bàsiques com proporcionar materials d'autoajuda, consell breu o fins i tot la teràpia farmacològica simple. Al nostre país, un estudi recent ha confirmat aquests resultats, i afegeix que una estratègia telefònica proactiva arriba a assolir els mateixos resultats que el tractament especialitzat presencial convencional (Carreras Castellet, Fletes Doniga, Quesada Laborda, Sánchez Torrecilla & Sánchez Agudo, 2007).

Stead i Lancaster van revisar l'evidència de l'efectivitat de la teràpia de grup com un mètode utilitzat en les intervencions per abandonar el tabaquisme (Stead & Lancaster, 2005). Normalment, els objectius són l'anàlisi dels comportament dels membres del grup, proporcionar aprenentatge social, generar experiències emocionals, donar informació i ensenyar noves habilitats. La teràpia de grup és eficaç, i dóna resultats superiors a les iniciatives basades solament a proporcionar material d'autoajuda (dues vegades més). No hi ha dades que comparin la teràpia de grup amb la teràpia d'assessorament individual.

Una revisió sistemàtica d'onze estudis va determinar que si les intervencions inclouen exercici físic combinat amb farmacoteràpia eren més efectives que les intervencions que solament utilitzen TSN. L'evidència no és conclusiva, però dóna suport a la incorporació d'activitat física a les intervencions per deixar de fumar (Ussher, Taylor, West & McEwen, 2000).

#### 4.4.2.1.2. Àmbit educatiu

La majoria d'estudis recollits sobre l'eficàcia de les estratègies determinades s'han centrat en de les universitats, observant-se unes taxes de consum de tabac entre estudiants elevades, i per això hi ha interès creixent a conèixer l'eficàcia de les intervencions implantades als campus. Murphy-Hoefer et al. han revisat nou estudis sobre programes de tractament adreçats a estudiants universitaris (Murphy-Hoefer et al., 2005). Les intervencions consistien en un component educatiu —generalment en grup— la distribució de materials d'autoajuda, assessorament individual per part de professionals de la salut, i una estratègia de suport oferta per ordinador, per animar a reduir el nombre de cigarretes diàries o a incorporar-se a un programa

per deixar de fumar. Es recomanava el consum de xiclets de nicotina. Els resultats dels estudis no van demostrar cap efectivitat d'aquestes tàctiques de tipus individual per reduir el consum de tabac, tant de cigarretes com de tabac sense fum.

A nivell institucional, els mateixos autors van trobar que les polítiques d'espais lliures de fum i missatges de promoció d'estils de vida lliures de fum sí que eren efectius per promocionar l'abandonament del consum en els estudiants universitaris.

#### 4.4.2.1.3. Àmbit laboral

La majoria de les persones adultes passen més d'un terç del dia en el lloc de treball, per tant, és un context des del qual es pot accedir a grups grans de persones. Des del punt de vista del treballador, els programes per deixar de fumar a la feina ofereixen una sèrie d'avantatges, com ara que no cal que la persona es desplaci o utilitzi el seu temps lliure, el suport positiu que poden dur a terme els companys i la disponibilitat dels professionals de la salut de l'empresa. El benefici per a la resta dels treballadors és indiscutible: la protecció dels efectes nocius del fum del tabac. Per a l'empresa, la disminució de l'absentisme laboral i de les despeses d'assistència sanitària, discapacitat i assegurances de vida, reducció de les despeses de neteja, disminució del risc d'incendi i augment de la productivitat.

Moher et al. han revisat 61 assajos controlats per determinar l'eficàcia d'intervencions assistencials a les empreses (Moher, Hey & Lancaster, 2005). Els programes s'han enfocat a l'individu, per exemple, amb intervencions conductuals, materials d'autoajuda, assessorament de professionals sanitaris i tractaments farmacològics, o bé a tot el lloc de treball, com ara els espais lliures de fum, incentius, suport social o programes amb més d'un component. Els resultats van indicar que l'assessorament individual al lloc de treball que forma part de programes més amplis, sí que era efectiu per deixar de fumar. Les prohibicions de fumar són efectives per reduir el nombre de cigarretes que es fumen durant la jornada laboral i per protegir del fum ambiental del tabac a les persones que no fumen, però es necessiten més estudis per determinar si tenen efecte sobre la consumició total de tabac (algunes persones poden compensar fumant més cigarretes un cop acabada la feina).

#### 4.4.2.1.4. Àmbit dels serveis de salut

Diverses revisions sistemàtiques han avaluat l'eficàcia dels materials d'autoajuda per deixar de fumar (Fiore, 2000; Lancaster & Stead, 2005b), i totes coincideixen que l'autoajuda té una eficàcia molt dèbil, malgrat que és millor que no fer cap mena d'intervenció. Van considerar diferents tipus de materials, i només Lancaster

va trobar alguna eficàcia en els materials que estaven dissenyats d'acord amb les característiques individuals de la persona destinatària.

L'efectivitat de l'assessorament per part dels professionals de la salut ha estat avaluada exhaustivament (el-Guebaly, Cathcart, Currie, Brown & Gloster, 2002; Fiore, 2000; Lancaster & Stead, 2004; Lumley, Oliver, Chamberlain & Oakley, 2004; Melvin, Dolan-Mullen, Windsor, Whiteside & Goldenberg, 2000; Rice & Stead, 2004; Rigotti, Munafo, Murphy & Stead, 2003). Totes les intervencions revisades han utilitzat professionals de la salut com la població mediatra, han inclòs materials d'autoajuda, i en alguns casos s'han fet trucades de seguiment. La població diana ha variat segons l'estudi, com també la intensitat i la durada de la sessió. Lancaster i Stead van avaluar l'efectivitat del consell breu per part dels professionals de la salut d'assistència primària (Lancaster & Stead, 2004). Una intervenció breu augmenta la probabilitat que la persona que fuma ho deixi i que l'abstinència es mantingui 12 mesos més tard. L'assessorament breu augmenta les taxes de cessació proporcionalment a la freqüència i a la durada del contacte, i poden arribar a obtenir-se taxes d'abstinència a l'any d'entre el 5% i el 10% (Agència de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; Cabezas, 2000; Fiore, 2000; Martín et al., 1997).

Pel que fa al tractament especialitzat, les revisions disponibles mostren que és eficaç el tractament conductual ja sigui individual o en grup. Aquesta modalitat de tractament proporciona: *a*) habilitats per a la resolució de problemes i control d'estímul, *b*) suport social com a part del tractament, *c*) suport social fora del tractament (May & West, 2000; Agència de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003). També s'han revisat les intervencions que involucren les parelles, però no s'ha trobat evidència que millorin els resultats de les intervencions. Les unitats especialitzades en el tractament del tabaquisme no han de gastar cap recurs intentant incloure les parelles a les intervencions per deixar de fumar, perquè no hi ha suficient evidència que hi doni suport (Park, Schultz, Tudiver, Campbell & Becker, 2004; Park, Tudiver, Schultz & Campbell, 2004).

També s'ha vist que els tractaments farmacològics —teràpies substitutives de nicotina (TSN), bupropió i varenciclina— ajuden a deixar el tabac. Totes elles són una ajuda important a l'hora de deixar de fumar i poden arribar a doblar la probabilitat d'èxit del tractament (Fiore 2000; Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, en premsa). La combinació de dos o més modalitats de TSN augmenta les probabilitats de deixar de fumar. No obstant això, la utilització d'altres modalitats de tractaments farmacològics —com ara antidepressius diferents del bupropió i ansiolítics— no han demostrat una eficàcia clara (Fiore, 2000). En resum, pel que fa al tractament especialitzat, l'estratègia ideal és la combinació de farmacoteràpia amb tractament psicològic de caràcter cognitivoconductual (el-Guebaly et al., 2002).

#### 4.4.2.1.5. Intervencions en poblacions especials

##### > Dones embarassades

Les intervencions per deixar de fumar dirigides a les dones embarassades són efectives per promoure l'abstinència de tabac durant l'embaràs (Albrecht et al., 2004; Fang et al., 2004; Lumley et al., 2004; Melvin et al., 2000; Polanska, Hanke & Sobala, 2003; Polanska & Hanke, 2006). Les intervencions analitzades han estat sessions d'assessorament breus en l'àmbit dels serveis de salut –portades a terme tant per metges, com infermeres o llevadores– acompanyades de desenvolupament d'habilitats i programes de suport.

##### > Persones adultes hospitalitzades

L'ingrés d'una persona que fuma a l'hospital ofereix una oportunitat per ajudar-la a deixar de fumar. La vulnerabilitat en què es troba a causa de la malaltia que ha generat l'ingrés hospitalari, i el fet que durant un temps viurà en un lloc lliure de fum, poden facilitar l'abandonament del tabac.

France et al. i Rigotti et al. (France, Glasgow & Marcus, 2001; Rigotti, Munafò, Murphy & Stead, 2003) van avaluar els estudis publicats en pacients ingressats per causes diferents als trastorns psiquiàtrics o altres drogodependències, i van concloure que les teràpies conductuals d'almenys un mes de durada són efectives per promoure l'abandonament del tabaquisme en aquests pacients. La revisió de France va determinar que les taxes d'abandonament eren entre 1%-10% més elevades que en el grup de control, i de 7% a 36% més altes que en pacients cardiovasculars. Això coincideix amb els resultats de Wiggers et al. (Wiggers, Smets, de Haes, Peters & Legemate, 2003) que no van trobar que les intervencions per deixar de fumar fossin efectives en malalts cardiovasculars.

##### > Persones que estan en tractament per altres drogodependències

Prochaska va dur a terme una metaanàlisi per determinar l'efectivitat de dinou intervencions per deixar de fumar en individus que estaven en tractament per altres addiccions, o que se n'estaven recuperant (Prochaska, Delucchi & Hall, 2004). Van trobar evidència que els programes de tractament del tabaquisme eren efectius només a curt termini. Per obtenir beneficis a llarg termini, s'han de provar i avaluar noves estratègies.

Kodl et al. van revisar l'efectivitat de les intervencions per deixar de fumar en persones addictes a l'alcohol (Kodl, Fu & Joseph, 2006). La prevalença del tabaquisme és bastant elevada en persones dependents de l'alcohol, i hi ha un debat constant a la comunitat científica sobre l'eficàcia d'aplicar els tractaments per a l'abandonament del tabac i els tractaments per a l'alcohol al mateix temps. L'evidència ens diu que els fumadors alcohòlics estan interessats a deixar de fumar, però que normalment prefereixen deixar la dependència de l'alcohol primer. L'interès en interven-

cions per deixar de fumar augmenta després d'un període sense beure. Els estudis qüestionen si l'aplicació d'ambdós tractaments simultàniament pot ser fins i tot perjudicial per aconseguir un termini llarg de sobrietat.

#### 4.4.2.1.6. Prevenció de recaigudes

Les tècniques de prevenció de recaigudes (PR) es poden agrupar en tres categories: a) habilitats per adaptar-se a l'estrès, que inclouen tècniques cognitives i del comportament, b) teràpia cognitiva, per ajudar el pacient a entendre que el procés de canvi de conducta és un procés d'aprenentatge amb errors i retrocessos totalment esperats i c) modificació de l'estil de vida, com ara la relaxació, l'exercici, etc.

Irvin et al. van dur a terme una metaanàlisi per avaluar l'eficàcia de les tècniques de la PR i identificar les variables associades amb els resultats (Irvin, Bowers, Dunn & Wang, 1999). Van demostrar que les intervencions per prevenir les recaigudes efectivament reduïen el consum de drogues i milloraven l'ajustament psicosocial. Els resultats variaven segons el tipus de substància o droga, el consum de medicació o no, el tipus de resultat mesurat, el tipus de grup de comparació i la durada del seguiment. Les tècniques de PR van obtenir l'eficàcia màxima per al tractament de l'alcoholisme i les addiccions a multidroga, amb el vist i plaer adjunt de medicació. Per contra, dues revisions Cochrane no van trobar prou evidència per donar suport a cap intervenció per prevenir la recaiguda en persones fumadores que han deixat de fumar, en particular les que s'enfoquen a identificar i resoldre estímuls associats al consum. Els autors recomanen que fins que no hi hagi més evidència sobre l'efectivitat d'aquest tipus d'intervencions, és millor continuar centrant els recursos assistencials en l'intent inicial de cessació (Hajek, Stead, West & Jarvis, 2005; Lancaster, Hajek, Stead, West & Jarvis, 2006).

#### 4.4.2.2 REDUCCIÓ DE DANYS: DISMINUCIÓ DE LA QUANTITAT DE TABAC CONSUMIT

A causa dels efectes enormes que l'addicció al tabac té tant en l'àmbit personal com a l'àmbit de la societat, s'han intentat desenvolupar alternatives als tractaments tradicionals per aconseguir l'abstinència que plantegen reduir els danys associats al tabaquisme per a les persones que no aconsegueixen deixar de fumar. Aquestes alternatives van des d'estratègies psicosocials per reduir el nombre de cigarretes que es fumen al dia, fins a tractaments farmacològics o productes que potencialment redueixen l'exposició al tabac, com ara tabac sense fum (Martinet, Bohadana & Fagerstrom, 2006; Thompson & Fagerstrom, 2006).

Actualment hi ha una gran controvèrsia en la utilització d'alguna de les alternatives mencionades, que no entren dins l'abast d'aquesta revisió. Ens limitarem a les intervencions sobre el comportament per reduir la quantitat de cigarretes en persones que fumen i no volen deixar de fumar.

Hughes i Carpenter han portat a terme una revisió qualitativa dels estudis relacionats amb la disminució del consum de tabac (Hughes & Carpenter, 2005). Cinc treballs van utilitzar intervencions de tipus psicosocial per reduir el consum de cigarretes en fumadors que no intentaven deixar de fumar. La majoria estaven enfocats a eliminar algunes de les cigarretes del dia o a incrementar l'interval de temps entre dues cigarretes. Tots cinc estudis van detectar una reducció en el nombre de cigarretes diàries. No obstant això, els estudis eren pocs, el nombre d'individus era reduït, el seguiment curt i cap no va incloure un grup control. Per tant, malgrat que els resultats són prometedors, s'han de dur a terme assajos clínics controlats abans de poder establir conclusions definitives. La possibilitat de combinar tractaments psicosocials amb farmacoteràpia és una tàctica que mereix més atenció per part dels investigadors.

És evident que hi ha necessitat de dissenyar i avaluar noves estratègies de reducció de danys produïts pel tabac. De Ruite i Faulkner han proposat l'activitat física com a tàctica potencial de reducció de danys (de Ruite & Faulkner, 2006). Dels vuit principis que caracteritzen les estratègies de reducció de danys, l'activitat física els satisfà quasi tots: l'objectiu principal ha de ser disminuir la morbiditat i mortalitat a causa del tabac. A més, qualsevol estratègia de reducció de danys no ha d'exposar la persona a danys addicionals, no ha de contribuir a augmentar la dependència de la nicotina, no ha de disminuir les possibilitats de cessació definitiva, no ha d'augmentar la prevalença del tabaquisme, l'objectiu final ha de ser deixar de fumar, no ha de confondre les poblacions vulnerables, com ara els joves, amb missatges poc clars i, finalment ha d'incorporar missatges promovent l'abstinència total a mitjà o a llarg termini.



#### PREVENCIÓ DETERMINADA PER DEIXAR DE FUMAR. QUÈ ÉS EFECTIU?

- > Línies telefòniques d'ajuda terapèutica proactiva.
- > Intervenció breu per part de professionals de la salut.
- > L'efectivitat és proporcional a la intensitat de la intervenció.
- > Assessorament fora de l'atenció clínica (educadors de la salut o psicòlegs).
- > Tractament psicològic, individual o grupal.
- > Assessorament individual en el lloc de treball.
- > Tractaments farmacològics de cessació (TSN) i bupropió i varenciclina.
- > Tractament especialitzat per pacients que no ho aconsegueixin amb intervencions breus: combinació de tractament psicològic i tractament farmacològic.
- > Les mesures de protecció i control com les polítiques d'espais lliures de fum i missatges de promoció d'estils de vida lliures de fum.

#### TABAC: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > Intervencions per prevenir la recaiguda en el consum de tabac en dones que acaben de donar a llum.
- > Els estudis duts a terme fins ara no donen suport a l'entrenament d'habilitats específiques per evitar les recaigudes, però constitueixen una àrea interessant per a futures investigacions.
- > Cal avaluar acuradament l'abast i l'efectivitat de les diverses opcions de reducció del riscs.

### 4.4.3. ALTRES DROGUES. QUÈ EN SABEM?

#### 4.4.3.1. REDUCCIÓ DE DANYS

En l'àmbit de les drogues il·legals hi ha evidència molt sòlida d'eficàcia i de cost-efectivitat que dona suport als programes amb substitutius (o de manteniment), els programes d'intercanvi de xeringues i els programes d'*outreach*.

L'evidència de què es disposa actualment es més reduïda sobre altres estratègies, com ara les vies d'administració no injectables, les sales de venipunció i les intervencions breus.

##### 4.4.3.1.1. Programes amb substitutius

Un tipus de programes de reducció de danys per ajudar persones addictes a l'heroïna a controlar l'addicció són els programes de substitució o manteniment amb metadona. En els darrers trenta anys ha estat el tractament d'elecció en aquests casos, amb la idea que substituint l'heroïna per la metadona s'aconsegueix una situació estable, en què sobredosis o abstinències són menys freqüents que amb l'heroïna. Tot i que la persona continua sent dependent de la substància de manteniment, el fet que se'n pot disposar de forma controlada i que la síndrome d'abstinència tot i que més llarga, és més lleu, fa que la persona dediqui menys temps a activitats relacionades amb l'heroïna, i augmenta la possibilitat que intenti el procés de desintoxicació.

Quant a l'eficàcia clínica, l'evidència provinent de metaanàlisis indica que el tractament de manteniment amb dosis fixes de metadona (TMM) mostra nivells de compliment del tractament més alts que el tractament amb placebo o cap tractament, i aquests efectes depenen de la dosi (Clark et al., 2002; Mattick, Breen, Kimber & Davoli, 2003; Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino & Lemma, 2003; Amato et al., 2005). L'evidència d'estudis observacionals, no aleatoritzats, suggereix que el tractament amb dosis fixes de metadona redueix la mortalitat, els comportaments de risc per la SIDA i les taxes de delinqüència quan es compara amb l'absència de tractament (Hall, 1996; Lind, Chen, Weatherburn & Mattick, 2004).

L'eficàcia dels tractaments de substitució o manteniment amb buprenorfina (TMB), un agonista parcial adrenèrgic alfa 2, per millorar i controlar la síndrome d'abstinència dels opioïdes, també ha estat analitzada a diferents revisions sistemàtiques (Gowing, Ali & White, 2000; Gowing, Farrell, Ali & White, 2002; Mattick, Kimber, Breen & Davoli, 2004; Amato et al., 2005; Connock et al., 2007). Dosis fixes de TMB es relacionen amb nivells d'adherència al tractament més alts que el tractament amb placebo o cap tractament, amb dosis més altes i són més efectives.

Assajos nombrosos controlats han demostrat que dosis fixes de TMM produeixen millor compliment del tractament que dosis fixes equivalents de TMB. Una revisió

Cochrane recent va concloure que dosis flexibles de TMM (de 2-30 mg a 60-120 mg de metadona) són més efectives per al manteniment del tractament que dosis flexibles de TMB (de 2-4 mg a 8-16 mg de buprenorfina)(Connock et al., 2007).

Quant al cost dels tractaments relacionat amb l'efectivitat, el TMM és més efectiu i menys costós que el TMB. En relació amb el cost social, ambdós tractaments ofereixen més beneficis i menys costos que el no-tractament (Connock et al., 2007).

Dues revisions sistemàtiques portades a terme per Amato et al. van demostrar que afegint suport psicològic als tractaments estàndards de metadona s'aconsegueix augmentar la no-utilització d'heroïna durant el TMM. En cap de les dues revisions es va poder dur a terme una metaanàlisi a causa de l'heterogeneïtat dels estudis (Amato et al., 2004a; Amato et al., 2004b).

#### 4.4.3.1.2. Programes d'intercanvi de xeringues per a usuaris de drogues per via parenteral per reduir el risc de contraure la sida, hepatitis i altres infeccions transmeses per la sang

Els programes d'intercanvi de xeringues es van començar a implantar a principi dels anys noranta arreu del món, amb l'objectiu de frenar l'epidèmia creixent de la sida (Gray, 1995; Hurley, Jolley & Kaldor, 1997; Gibson, Flynn & Perales, 2001; Yost, Williams, Deitchman & Champion, 2001; Rich, Wolf & Macalino, 2002; Return on investment on needle and syringe programs in Australia, 2002; Dolan, Rutter & Wodak, 2003; Hunt et al., 2003; Wodak & Cooney, 2006; Ksobiech, 2006).

Actualment, es disposa d'una evidència molt sòlida que n'avalua l'efectivitat, i es treballa per millorar aspectes de les intervencions que han resultat problemàtics o menys efectius (van Ameijden & Coutinho, 1998; Weber & Schneider, 1998; Levi & Vitoria, 2002; Wright & Tompkins, 2006), com ara els problemes d'accés a les xeringues existents en alguns països i el fet que alguns programes no arriben a poblacions marginades.

#### 4.4.3.1.3. Intervencions en usuaris de drogues per via parenteral per reduir el risc de la transmissió de sida

Copenhaver et al. (Copenhaver, Johnson, Lee, Harman & Carey, 2006) van revisar l'eficàcia de les intervencions sobre el comportament per reduir el risc de contraure la sida, en usuaris de drogues il·legals per via parenteral. Les intervencions analitzades van ser tant de tipus individual com de grup i consistien d'una mitjana de vuit sessions de noranta minuts de durada. Una part de les intervencions estava facilitada per professionals de la salut, i els components més comuns van ser educació sobre la sida, habilitats per a l'ús de preservatius, habilitats d'autoajuda, reducció de risc relacionat amb el consum de drogues i amb pràctiques sexuals de risc. Els resultats van indicar que aquests tipus d'intervencions són efectives en

incrementar l'ús de preservatius, augmentar el nombre de gent que comença tractaments per abandonar el consum de drogues, i reduir les relacions sexuals de risc en l'intercanvi de sexe per drogues. El consum es va reduir en les intervencions que es van enfocar tant en comportaments relacionats amb les drogues com en comportaments sexuals. El component que va tenir l'efecte més gran i durable va ser l'entrenament d'habilitats específiques per a la utilització més segura de les xeringues.

Semaan i col·laboradors van portar a terme una metaanàlisi de les intervencions dirigides a reduir el risc de contagi de la sida en els usuaris de drogues que intenten disminuir les relacions sexuals sense protecció o incrementant l'ús de preservatiu (Semaan et al., 2002). El contingut dels programes incloïa informació sobre la sida, informació sobre maneres de reduir el risc de contraure-la, habilitats tècniques, com ara netejar les xeringues o l'ús de preservatiu, i activitats de suport, com ara l'assessorament i els tests diagnòstics. En general, la proporció d'usuaris de drogues que van reduir els comportaments de risc va ser el 13% més alt en els grups de les intervencions que en els grups de control.

Una revisió de l'efectivitat dels programes per millorar la salut sexual de les persones sense sostre que a la vegada són usuaris de drogues, va demostrar que les intervencions que intenten aconseguir canvis de comportament i d'actitud mitjançant jocs de rol, jocs de vídeo i treball en grup són els més efectius reduint els riscos relacionats tant amb el consum de drogues com amb les conductes sexuals (Wright & Walker, 2006).

Sorensen et al. van examinar l'eficàcia dels tractaments més habituals per l'abús de drogues en la prevenció de la sida (Sorensen & Copeland, 2000). Entre els tractaments revisats s'hi incloïen: tractaments amb metadona, teràpia amb naltrexona, tractament per alcoholisme, assessorament individual 1-3 vegades per setmana, i desintoxicació. Els resultats van indicar que hi ha evidència molt clara que el tractament amb metadona redueix l'intercanvi de xeringues i la infecció per la sida.

#### 4.4.3.1.4. Sales de venipunció

Les sales de venipunció són centres supervisats per personal sanitari on els usuaris de drogues per via parenteral es poden injectar les drogues que han obtingut prèviament en un ambient més protegit, més higiènic i menys estressant que altres llocs públics o privats. Solen formar part d'un pla de reducció de danys i prevenció més general, i els objectius principals són reduir la mortalitat aguda i la morbiditat associades als comportaments de risc entre els usuaris de drogues per via parenteral; posar en contacte aquests usuaris amb els serveis socials, de salut i de tractament, i reduir els problemes d'ordre públic relacionats amb la injecció de drogues per via intravenosa, com ara el consum de drogues en els espais públics, i les xeringues utilitzades i llençades. Actualment, les sales de venipunció operen a 39 ciutats de

quatre països europeus (Alemanya, Holanda, Suïssa i Espanya), a Sidney (Austràlia) i a Vancouver (Canadà).

No s'ha trobat cap revisió sistemàtica o metaanàlisi sobre l'efectivitat de les sales de venipunció, però sí que hi ha publicades les avaluacions individuals d'alguns dels centres establerts arreu del món (Weber et al., 1998; Van Beek, 2000; MSIC Evaluation Committee, 2003; Hendrich, 2004; Wood et al., 2004a; Wood et al., 2004b; Wood et al., 2004c; Kerr et al., 2006).

Tot i que l'evidència de l'impacte de les sales de venipunció és incompleta, assenyala que els objectius pels quals s'havien establert s'estan complint. S'aconsegueix accedir a una població d'usuaris de drogues per via parenteral difícil d'arribar, i en la qual –de forma crònica– s'hi troben problemes greus socials i de salut. Els usuaris dels centres de venipunció utilitzen pràctiques d'injecció de drogues més segures, i així es redueix la transmissió de malalties infeccioses com la sida, i les hepatitis B i C (Weber & Schneider, 1998; Wood et al., 2005; Tyndall et al., 2006; Stoltz et al., 2007). S'observa una disminució significativa del nombre de morts relacionades amb la injecció de drogues, especialment de morts per sobredosi, en tots els centres avaluats (Wood et al., 2007). Finalment, s'aconsegueix millorar l'estat general de salut dels usuaris de drogues que hi acudeixen de manera regular.

A més, en cap de les avaluacions es troba que augmentin els problemes d'ordre públic a causa de l'atracció potencial d'usuaris i traficants (Wood et al., 2003; Wood et al., 2004a,b,c; Freeman et al., 2005; Wood et al., 2006b).

L'evidència assenyala que els beneficis de les sales de venipunció controlada superen els riscos, però és important tenir en compte que com a intervencions de reducció de risc només són efectives si formen part d'un pla de prevenció del consum de drogues més ampli, i si resulten del consens i de la cooperació activa entre tots els actors implicats (treballadors sanitaris, policia, autoritats i comunitat).

### PREVENCIÓ DETERMINADA PER REDUIR EL DANY PRODUÏT PEL CONSUM DE DROGUES. QUÈ ÉS EFECTIU?

- > Hi ha evidència molt sòlida que demostra que els programes d'intercanvi de xeringues són efectius i cost-eficaços per reduir els danys produïts pel consum de drogues per via parenteral.
- > Els programes de manteniment amb metadona redueixen la mortalitat de la població tractada, els comportaments de risc relacionats amb la transmissió de la sida i les taxes de delinqüència.
- > Les sales de venipunció també són efectives com a estratègia de reducció de danys.
- > L'evidència de què es disposa actualment és bastant reduïda sobre altres tàctiques, com ara les vies d'administració no injectables i les intervencions breus.

### ALTRES DROGUES: QUÈ CALDRIA SABER-NE?

- > Caldria avaluar l'efectivitat de programes i les actuacions adreçats a poblacions especialment vulnerables amb les quals es detecten dificultats arribar.
- > Cal dur a terme una revisió sistemàtica de l'efectivitat de les sales de venipunció a partir de les avaluacions dels diferents centres que operen a Europa, Austràlia i el Canadà.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

## A

Abdullah AS, Mak YW, Loke AY, Lam TH. Smoking cessation intervention in parents of young children: A randomised controlled trial. *Addiction* 2005 nov; 100 (11): 1731-1740.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III, 2003. <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp> [Data de consulta: 10 maig 2007]

Albrecht SA, Maloni JA, Thomas KK, Jones R, Halleran J, Osborne J. Smoking cessation counseling for pregnant women who smoke: Scientific basis for practice for AWHONN's SUCCESS project. *J Obstet, Gynecol Neonatal Nurs* 2004 maig-juny; 33 (3): 298-305.

Allen JP, Columbus M, eds. Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Treatment Handbook Series 4. (NIH Pub No 95-3745). Bethesda, MD: the Institute, 1995.

Alonso C, del Barrio V. Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. *Rev Psicol Gen Aplic* 1997; 50 (2): 223-241.

Alonso C, del Barrio V. Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Anál Modific Conduct* 1998; 24 (97): 679-701.

Altisent R, Córdoba R, Delgado, MT, Pico MV, Melus E, Aranguren F et al. Multicenter study on the efficacy of advice for the prevention of alcoholism in primary health care. [Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA)] *Med Clin (Barc)* 1997; 109 (4): 121-124.

Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Data System Rev* 2004a; (4): CD005031. [En línia].

Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Data System Rev* 2004b; (4): CD004147. [En línia].

Amato L, Davoli, M, Perucci C, Ferri M, Faggiano F, Mattick R. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28 (4): 321-329.

American Academy of Pediatrics. Environmental tobacco smoke: A hazard to children. American Academy of Pediatrics Committee on Environmental Health. *Pediatrics* 1997; 99 (4): 639-642.



Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: A public health perspective. Londres: Institute of Alcohol Studies. European Commission, 2006. [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf) [Data de consulta: 5 juny 2007].

Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2005. <http://www.cehi.org.uk/clinical%20guidelines%20part%20I.pdf> [Data de consulta: 10 maig 2007].

Anton Martín A, Martínez Higuera I, Salvador Llivina T. Catálogo de programas de prevención del abuso de drogas. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad, 2000.

Ariza C, Nebot M, Jané M, Tomás Z, Valmayor S, De Vries H. El Proyecto ESFA en Barcelona: Un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. *Prev Tab* 2001; 3 (2): 70-77.

Australian Drug Foundation. Peer education and drug prevention. *DrugInfo Clearinghouse* 2006 març; 4 (3).

Ayuntamiento de Madrid. Plan Municipal contra las drogas: Memoria 2002. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad, 2003. [http://www-1.munimadrid.es/Principal/ayuntamiento/ServMuni/servsociales/estadisticas/Memoria2002\\_07.pdf](http://www-1.munimadrid.es/Principal/ayuntamiento/ServMuni/servsociales/estadisticas/Memoria2002_07.pdf). [Data de consulta: 28 abril 2007].

## B

Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: Current status and future directions. *Tob Control* 2003; 12 (4 supl.): IV46-IV53.

Balcells M & Gual A. Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. nuevos fármacos, nuevos conceptos. *Adicciones* 2002; 14 (Supl. 1): 439-448.

Ballesteros J, Arino J, González-Pinto A, Querejeta I. Effectiveness of medical advice for reducing excessive alcohol consumption: Meta-analysis of Spanish studies in primary care. [Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria]. *Gac Sanit/SESPAS* 2003; 17 (2): 116-122.

Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction* 2004 gen; 99 (1): 103-108.

Barnett NP, Read JP. Mandatory alcohol intervention for alcohol-abusing college students: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2005; 29: 147-158.

Batista O, Lluch, A, Batlle E et al. Tercer informe anual. Mataró: Observatori Municipal de Consum de Drogues, 2004.

Bauer UE, Johnson TM, Hopkins RS, Brooks RG. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program: Findings from the Florida Youth Tobacco Survey, 1998-2000. *JAMA* 2000; 284 (6): 723-728.

Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2003; 327 (741): 536-542.

Bellis MA, Hughes K. Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones* 2003; 15 (2): 289-305. [http://www.irefrea.org/pdf/consumo\\_recre.pdf](http://www.irefrea.org/pdf/consumo_recre.pdf) [Data de consulta: 4 maig 2007].

Bellis MA, Hughes K, Lowey H. Healthy nightclubs and recreational substance use. From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addict Behav* 2002; 27 (6): 1025-1035.

Benschop A, Rabes M, Korf D. Pill testing, ecstasy and prevention: A scientific evaluation in three European cities. Amsterdam: Rozenberg, 2002.

Berglund M, Andreasson S, Franck J, Fridell M, Hakanson I, Johansson B-A et al. (2001). Treatment of alcohol and drug abuse: An evidence-based review. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), 2001; informe núm. 156/1 (vol. I); 156/2 (vol. II): 850. <http://www.sbu.se/www/Report.asp?ReportID=266&from=Subpage.asp?CatID%3D28%26PageID%3D111&typeID=1>. [Data de consulta: 24 abril 2007]

Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165: 986-995.

Biener L, Nyman AL. Effect of workplace smoking policies on smoking cessation: Results of a longitudinal study. *J Occup Environ Med* 1999; 41 (12): 1121-1127.

Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 1995; 56 (4): 423-432.

Bonomo Y, Bowes G. Putting harm reduction into an adolescent context. *J Paediatr Child Health* 2001; 37 (1): 5-8.

Bottlender M, Kohler J, Soyka M. The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence: A review. *Fortschri Neurol Psychiatr* 2006; 74: 19-31.

Botvin GJ. Prevention of adolescent substance abuse through the development of personal and social competence. *NIDA Research Monograph* 1983; 47: 115-140.

Bueno Ortiz JM, Auba Llambrich J, Altaba Barceló A, Boneu Castells M, Cabaco Reverte C, Manzano Sarciada A et al. A multicenter primary care study on alcohol consumption. [Estudio multicéntrico sobre el abordaje del consumo de alcohol en atención primaria]. *Aten Primaria* 1997; 19 (2): 80-83.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 843-861.

Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL. Adolescent substance use: Brief interventions by emergency care providers. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21 (11): 770-776.

Burkhart G, Crusellas L. Comparison of school-based prevention programmes in Europe: An analysis of the EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) Database. EMCDDA, 2002. <http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/> [Data de consulta: 7 maig 2007].

Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanco TL, Aronson MD. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med* 1987; 82 (2): 231-235.

## C

Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2000.

Calafat A, Amengual M, Mejías G, Borrás M, Palmer A. Evaluación del programa de prevención escolar Tú decides. *Adicciones* 1989; 1 (2): 96-111.

Calafat A, Amengual Munar M, Guimerans C, Rodríguez-Martos A, Ruiz R. Tú decides: 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones* 1995; 7 (4): 509-526.

Calafat A, Fernández C, Juan M, Anttila A, Arias R, Bellis MA et al. Enjoying the nightlife in Europe: The role of moderation. Palma de Mallorca: Irefrea, 2003.

Calafat A, Juan M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones* 2003; 15 (2 supl.): 261-287.

Carmona, M, Steward K. A review of alternative activities and alternative programs in youth-oriented prevention CSAP Technical Report 13; DHHS Pub. No. [SMA]96-31 17. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, 1996.

Carreras Castellet JM, Fletes Doniga I, Quesada Laborda M, Sánchez Torrecilla B, Sánchez Agudo L. Design and early results of a proactive telephone-based smoking cessation treatment compared with face-to-face group sessions. [Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar]. *Med Clin (Barc)* 2007; 128 (7): 247-250.

Causa A, Faura R. Recerca avaluativa del material Que ruli... Manual per a mans properes al cànnabis. [S.l.]: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Spora, 2005. <http://www.spora.ws/galeria/informes> [Data de consulta: 11 maig 2007].

Celebucki C, Biener L, Koh HK. Evaluation: Methods and strategy for evaluation—Massachusetts. *Cancer* 1998; 83 (12 supl. Robert): 2760-2765.

- Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ* 1997; 16(3): 359-373.
- Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *Am J Public Health* 1999; 89: 1018-1023.
- Chasnoff IJ, McGourty R. Commentary: Screening as a tool for engagement. *J Perinatol* 2006; 26 (4): 261.
- Chasnoff IJ, McGourty RF, Bailey GW, Hutchins E, Lightfoot SO, Pawson LL et al. The 4P's plus screen for substance use in pregnancy: Clinical application and outcomes. *J Perinatol* 2005; 25 (6): 368-374.
- Christakis DA, Garrison MM, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: A systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 25: 358-362.
- Chung T, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Spirito A, Monti PM. Screening adolescents for problem drinking: Performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol* 2000; 61 (4): 579-587.
- Clark N, Lintzeris N, Gijsbers A, Whelan G, Dunlop A, Ritter A et al. LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. *Cochrane Data System Rev* 2002; (2): CD002210. [En línia].
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid: CNPT, 2007. <http://www.cnpt.es> [Data de consulta: 27 maig 2007].
- Connock M, Juárez-García A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ et al. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2007; 11 (9). <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1109.pdf>. [Data de consulta: 5 juny 2007].
- Cook PJ, Moore MJ. The economics of alcohol abuse and alcohol-control policies. *Health Affairs* 2002; 21 (2): 120-133.
- Copenhagen MM; Johnson BT, Lee IC, Harman JJ, Carey MP. Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. *J Subst Abuse Treat* 2006; 31: 163-171.
- Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): A Spanish multi-centre study. *Fam Prac* 1998; 15 (6): 562-568.
- Crawford MJ, Patton R, Touquet R, Drummond C, Byford S, Barrett B et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergen-

cy department: A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364 (9442): 1334-1339.

Cuijpers, P. Peer-led and adult-led school drug prevention: A meta-analytic comparison. *J Drug Educ* 2002; 32: 107-119.

Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: A meta-analysis. *Addiction* 2004; 99 (7): 839-845.

Cutler RB, Fishbain DA. Are alcoholism treatments effective? The project MATCH data. *BMC Public Health* 2005; 5: 75.

## D

Dawe S, Rees VW, Mattick R, Sitharthan T, Heather N. Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70 (4): 1045-1050.

De la Rosa A. (1995). La prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar: Una experiencia práctica evaluada. [Tesi doctoral].

De Ruiter W, Faulkner G. Tobacco harm reduction strategies: The case for physical activity. *Nicotine Tobacco Res* 2006; 8 (2): 157-168.

Dino G, Horn K, Goldcamp J, Fernandes A, Kalsekar I, Massey C. A 2-year efficacy study of not on tobacco in Florida: An overview of program successes in changing teen smoking behavior. *Prev Med* 2001; 33 (6): 600-605.

Ditter SM, Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Compton R, Nichols JL. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: A systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 28 (5): 280-287.

Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction* 2003; 98 (2): 153-158.

D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 627-638.

Duran-Vinyeta A, Larriba Montull J, Suelves Joanxich JM. Alcohol, coge tu punto: Programa aplicado de reducción de riesgos entre estudiantes universitarios. *Trast Adict* 2002; 4 (1): 39-43.

## E

EDEX. Evaluación de la aplicación en diez países de Iberoamérica del programa de educación sobre drogas La aventura de la vida. [S.l.]: [s. n.], 2002. <http://www>.

laaventuradelavida.net/comun/descargas/ evaluacion\_2002.pdf [Data de consulta: 17 maig 2007].

Elder JP, Edwards CC, Conway TL, Kenney E, Johnson CA, Bennett ED. Independent evaluation of the California Tobacco Education Program. *Public Health Rep* 1996; 111 (4): 353-358.

Elder RW, Nichols JL, Shults RA, Sleet DA, Barrios LC, Compton R. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: A systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 28 (5): 288-304.

Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Thompson RS, Rajab W et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: A systematic review. *Am J Prev Med* 2004; 27 (1): 57-65.

El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. *Psychiatr Serv* 2002; 53 (12): 1617-1622.

Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: Systematic review. *BMJ* 2004; 328 (7435): 318.

Ennett ST, Ringwalt CL, Thorne J, Rohrbach LA, Vincus A, Simons-Rudolph A et al. A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. *Prev Sci* 2003; 4 (1): 1-14.

Erickson PG. Reducing the harm of adolescent substance use. *CMAJ* 1997; 156 (10): 1397-1399.

European Commission. Tobacco or health in the European Union: Past, present and future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

Evans WD, Price S, Blahut S, Hersey J, Niederdeppe J, Ray S. Social imagery, tobacco independence, and the truthSM campaign. *J Health Commun* 2004; 9 (5): 425-441.

## F

Fabregat Cuesta A. El uso de las nuevas tecnologías (trabajo en red) en el diseño y aplicación de estrategias en el ámbito de la prevención de drogas, desde la perspectiva de la reducción de riesgos, 2004. [Informe no publicat].

Fager JH, Melnyk BM. The effectiveness of intervention studies to decrease alcohol use in college undergraduate students: An integrative analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1 (2): 102-119.

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Data System Rev* 2003; (3): CD002208. [En línia].

Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Data System Rev* 2005; (2): CD003020. [En línia].

Faixedas M, Vilà E, Vidal L et al. Avaluació de l'efectivitat d'un programa d'intervenció, basat en activitats educatives en l'entorn de l'ensenyament secundari obligatori, com a mètode de prevenció del consum d'alcohol en els adolescents, 2003. [Memòria de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica, no publicada].

Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, Hartsock SA, Hartmann KE, Helton M et al. Smoking cessation in pregnancy: A review of postpartum relapse prevention strategies. *J Am Board Fam Med* 2004; 17: 264-275.

Farrelly MC, Davis KC, Haviland ML, Messeri P, Healton CG. Evidence of a dose-response relationship between truth antismoking ads and youth smoking prevalence. *Am J Public Health* 2005; 95 (3): 425-431.

Farrelly MC, Healton CG, Davis KC, Messeri P, Hersey JC, Haviland ML. Getting to the truth: Evaluating national tobacco countermarketing campaigns. *Am J Public Health* 2002; 92 (6): 901-907.

Faura R, García N, Caussa A, Sampietro H, Balasch M, Sánchez V. Oci nocturn i substàncies psicoactives: Avaluació de les polítiques i intervencions de salut pública amb adolescents i joves en espais d'oci nocturn a Catalunya. Barcelona: Spora Sinergies, 2007. [http://www.spora.ws/galeria/informes/oci\\_nocturn\\_i\\_substancies.pdf](http://www.spora.ws/galeria/informes/oci_nocturn_i_substancies.pdf) [Data de consulta: 8 maig 2007].

Fernández García JA, Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J et al. Effectiveness of medical counseling for alcoholic patients and patients with excessive alcohol consumption seen in primary care. [Efectividad del consejo médico en pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria]. *Aten Primaria* 2003; 31 (3): 146-153.

Fernández San Martín MI, Bermejo Caja CJ, Alonso Pérez M, Herreros Taberneros B, Nieto Cadenas M, Novoa A et al. Effectiveness of brief medical counseling to reduce drinkers' alcohol consumption. [Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores] *Aten Primaria* 1997; 19 (3): 127-132.

Fernández S, Nebot M, Jane M. The evaluation of effectiveness of scholastic programs in the prevention of consumption of tobacco, alcohol and cannabis: What do meta-analyses tell us? *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 175-187.

Ferrer X. La formación de padres para la prevención del abuso de drogas. Barcelona: Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad de Barcelona, 1993. [Tesi doctoral].

Ferrer X, Espana RM. La formación de padres para la prevención del abuso de drogas. *Boletín IDEA-Prevención* 1995 gen-juny; 10: 47.

Ferreres V, coord. Arqués X, Barrios Ch, Fandos M, Jiménez B, Jiménez C, Ponce C, Soler A, Vives M. Prevención de drogodependencias en la educación secundaria. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili-Ajuntament de Reus, 2003.

Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Data System Rev* 2006; 3: CD005032. [En línia].

Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: Systematic review. *Br Med J* 2002a; 325 (7357): 188.

Fichtenberg CM, Glantz SA. Youth access interventions do not affect youth smoking. *Pediatrics* 2002b; 109 (6): 1088-1092.

Fidler W, Lambert TW. A prescription for health: A primary care based intervention to maintain the non-smoking status of young people. *Tob Control* 2001; 10 (1): 23-26.

Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: An introduction to the US public health service clinical practice guideline. *Respir Care* 2000; 45 (10): 1196-1199.

Flynn BS, Worden JK, Bunn JY, Dorwaldt AL, Dana GS, Callas PW. Mass media and community interventions to reduce alcohol use by early adolescents. *J Stud Alcohol* 2006; 67 (1): 66-74.

Foote A, Erfurt JC. Effects of EAP follow-up on prevention of relapse among substance abuse clients. *J Stud Alcohol* 1991; 52 (3): 241-248.

Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: Cochrane systematic review. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 758-759.

France EK, Glasgow RE, Marcus AC. Smoking cessation interventions among hospitalized patients: What have we learned? *Prev Med* 2001; 32 (4): 376-388.

Freeman K, Jones CG, Weatherburn DJ, Rutter S, Spooner CJ, Donnelly N. The impact of the Sydney medically supervised injecting centre (MSIC) on crime. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24 (2): 173-184.

Friend K, Levy DT. Reductions in smoking prevalence and cigarette consumption associated with mass-media campaigns. *Health Education Res* 2002; 17 (1): 85-98.



**G**

Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Smoking cessation interventions for adolescents: A systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 25 (4): 363-367.

Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Data System Rev* 2006; 1: CD005030. [En línia].

Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: A cost benefit analysis. *Ann Surg* 2005; 241 (4): 541-550.

Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999; 230 (4): 473-480, 483.

Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 2001 jul 27; 15 (11): 1329-1341.

Glanz K, Maddock JE, Shigaki D, Sorensen CA. Preventing underage drinking: A roll of the dice. *Addict Behav* 2003; 28 (1): 29-38.

Gold DR, Wang X, Wypij D, Speizer FE, Ware JH, Dockery DW. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Engl J Med* 1996; 335 (13): 931-937.

Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *JAMA* 1998; 279 (10): 772-777.

Gottfredson DC, Wilson DB. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci* 2003; 4: 27-38.

Gowing LR, Ali RL, White JM. Opioid antagonists and adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Data System Rev* 2000; (2): CD002021. [En línia].

Gowing LR, Farrell M, Ali RL, White JM. Alpha2-adrenergic agonists in opioid withdrawal. *Addiction* 2002 gen; 97 (1): 49-58.

Gray J. Operating needle exchange programmes in the hills of Thailand. *AIDS Care* 1995; 7 (4): 489-499.

Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Data System Rev* 2006; (4): CD003289. [En línia].

Gual A. Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. *Adicciones* 2002; 14 (Supl. 1): 405-408.

Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. El ISCA (interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos): Un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 685-689.

Gual A, Monrás M, & Ortega Ll. Eficacia de tiapride en el mantenimiento de la abstinencia en alcohólicos desintoxicados. Resultados de un ensayo clínico a doble ciego frente a placebo. *Adicciones* 2002; 14 (3): 321-326.

## H, I

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2005: CD003999. [En línea].

Hall W. Methadone maintenance treatment as a crime control measure. *Crime Justice Bull* 1996; 29: 1-12.

Hedrich D. European report on drug consumption rooms. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004.

Herrero García de Osma FJ, Moreno Arnedillo JJ, Vázquez Peris M. Programa de tratamiento de la dependencia alcohólica: Beber no es vivir. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1998.

Hill D. Why we should tackle adult smoking first. *Tob Control* 1999; 8: 333-335.

Hollis JF, Polen MR, Lichtenstein E, Whitlock EP. Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care. *Am J Health Promot* 2003; 17 (4): 231-239.

Hughes JR, Carpenter MJ. The feasibility of smoking reduction: An update. *Addiction* 2005; 100 (8): 1074-1089.

Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Londres: Forward Thinking on Drugs, 2003.

Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infections. *Lancet* 1997; 349: 1797-1800.

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2004; 83: 1-1438.

International Labour Organisation. Model workplace substance abuse prevention programmes in India. 2007a. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/modind.htm>. [Data de consulta: 30 maig 2007].

International Labour Organisation. Model workplace substance abuse prevention programmes in Malaysia. 2007b. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/modmys.htm>. [Data de consulta: 30 maig 2007].

International Labour Organisation. Model workplace substance abuse prevention programmes in Slovenia. 2007c. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/modslv.htm>. [Data de consulta: 30 maig 2007].

Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 563-570.

## J, K

Jha P, Chaloupka FJ. The economics of global tobacco control. *Br Med J* 2000; 321 (7257): 358-361.

Jha P, Chaloupka FJ, Corrao M, Jacob B. Reducing the burden of smoking worldwide: Effectiveness of interventions and their coverage. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25 (6): 597-609.

Kerr T, Stoltz JA, Tyndall M, Li K, Zhang R, Montaner J, Wood E. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: A before and after study. *Br Med J* 2006; 332: 220-222.

Kienast T, Heinz A. Therapy and supportive care of alcoholics: Guidelines for practitioners. *Digest Dis* 2005; 23 (3-4): 304-309.

Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. *Pediatrics* 2000; 105 (4 part 2): 948-953.

Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol, Clin Exp Res* 2003; 27 (1): 67-73.

Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002a; 156 (6): 607-614.

Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002b; 156 (6): 607-614.

Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153 (6): 591-596.

Kodl M, Fu SS, Joseph AM. Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: When is the best time? *Alcohol Res Health* 2006; 29 (3), 203-207.

Krowchuk HV. Effectiveness of adolescent smoking prevention strategies. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005;30(6):366-372.

Ksobiech K. Beyond needle sharing: Meta-analyses of social context risk behaviors of injection drug users attending needle exchange programs. *Subst Use Misuse* 2006; 41 (10-12): 1379-1394.

Kypri K, Saunders JB, Williams SM, McGee RO, Langley JD, Cashell-Smith ML et al. Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: A double-blind randomized controlled trial. *Addiction* 2004; 99 (11): 1410-1417.

## L

Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking: A systematic review of trials. *Arch Intern Med* 2006; 166: 828-835.

Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2004; (4): CD000165. [En línia].

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2005a; (2): CD001292. [En línia].

Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2005b; (3): CD001118. [En línia].

Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J et al. Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control* 2000; 9: 47-63.

Larimer ME, Cronce JM. Identification, prevention and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *J Stud Alcohol* 2002; 14 (14): 148-163.

Larriba Montull J, Duran-Vinyeta A, Suelves Joanxich JM. Protego: Entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Lefebvre-Naré F, Krason A, Perrin B, Devaugermé F. Evaluation process for the commission tobacco prevention media campaign, 2003. [Informe a la Comissió Europea núm. ref. R3160A\_e). [http://www.google.es/search?hl=es&q=R3160A\\_e++%22Feel+Free+to+Say+No%22+Campaign+Evaluation+Report++Dec.+15%2C+2003&meta=](http://www.google.es/search?hl=es&q=R3160A_e++%22Feel+Free+to+Say+No%22+Campaign+Evaluation+Report++Dec.+15%2C+2003&meta=) [Data de consulta: 24 maig 2007].

Les històries de Max. *Revista IDEA-Prevençió* 2000 juny; 20.

Levi GC, Vitoria MA. Fighting against AIDS: The Brazilian experience. *AIDS* 2002; 16 (18): 2373-2383.

Levy S, Vaughan BL, Knight JR. Office-based intervention for adolescent substance abuse. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49 (2): 329-343.

Lind B, Chen S, Weatherburn D, Mattick R. The effectiveness of methadone maintenance treatment in controlling crime: An aggregate-level analysis. Sydney: NSW Bureau of Crime Statistics and Research, 2004. [http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll\\_bocsar.nsf/vwFiles/BB24.pdf/\\$file/BB24.pdf](http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll_bocsar.nsf/vwFiles/BB24.pdf/$file/BB24.pdf). [Data de consulta: 11 juny 2007]

Lloyd C. Risk factor for problem drug use: Identifying vulnerable groups. *Drugs: education, prevention and policy* 1998; 5 (3): 217-232.

Lowden K, Powney J. Drug education context and approaches. A review of the literature. Edinburg: Scottish Council for Research in Education, 2000. <http://www.scre.ac.uk/scot-research/lowdendrug/index.html>

Longabaugh R, Woolard RE, Nirenberg TD, Minugh AP, Becker B, Clifford PR et al. Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *J Stud Alcohol* 2001; 62 (6): 806-816.

López-Marina V, Pizarro Romero G, Alcolea García R, Beato Fernández P, Galindo Montane E, Montella Jordana N. Screening and effectiveness evaluation of a brief intervention in risk drinkers seen in primary health care. [Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria]. *Aten Primaria* 2005; 36 (5): 261-268.

Luengo MA, Romero E, Gómez JA, Garra A, Lence M. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Informe sobre la implantación y la evaluación del programa de entrenamiento en habilidades de la vida. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 2000.

Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Data System Rev* 2004; (4): CD001055. [En línia].

Lund KE, Scheffels J, Sanner T. How to reduce illegal sales of tobacco to minors? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119 (2): 3756-3760.

## M

Maggs JL, Frome PM, Eccles JS, Barber BL. Psychosocial resources, adolescent risk behaviour and young adult adjustment: Is risk taking more dangerous for some than others? *J Adolesc* 1997; 20 (1): 103-119.

Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav* 2002; 27 (6): 867-886.

Martín González E, Moncada Bueno S. Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones* 2003; 15 (supl. 2): 327-346.

Martín C, Córdoba R, Jane C, Nebot M, Galán S, Aliaga M. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.

Martinet Y, Bohadana A, Fagerstrom K. Would alternate tobacco products use be better than smoking? *Lung Cancer* 2006; 53 (1): 1-4.

Martínez Higuera I, Garrido Gutiérrez I. Evaluación de los cambios producidos tras la aplicación del programa de prevención sobre drogas de edad temprana En la huerta con mis amigos. Primer premio de investigación en prevención del abuso de drogas de la Agencia Antidrogas. Madrid: Agencia Antidrogas, 2000. [Document inédit].

Martínez Higuera I, Salvador Llivina T. Catálogo de programas de prevención del abuso de drogas. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad, 1999.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Data System Rev* 2003; (2): CD002209. [En línea].

Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Data System Rev* 2004; (3): CD002207. [En línea].

May S, West R. Do social support interventions (buddy systems) aid smoking cessation: A review. *Tob Control* 2000; 9 (4): 415-422.

McBride N. A systematic review of school drug education. *Health Educ Res* 2003; 18: 729-742.

McBride N, Farrington F, Midford R, Meuleners L, Phillips M. Harm minimization in school drug education: Final results of the school health and alcohol harm reduction project (SHAHRP). *Addiction* 2004; 99 (3): 278-291.

McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 2004; 99 (1): 39-52.

McKnight AJ. Factors influencing the effectiveness of server-intervention education. *J Stud Alcohol* 1991; 52 (5): 389-397.

Megías E, Méndez S, Medina JA. Memoria y tú, ¿qué piensas?: 1997-2001. Madrid: Fundación de ayuda a la drogadicción, 2002.

Melero JC, Flores R, Pérez Onate I. Evaluación del programa de prevención del tabaquismo en educación secundaria obligatoria. *Itaca* 1999; 4 (2): 7-28.

Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP Jr, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: A review of the evidence. *Tob Control* 2000; 9 (supl. 3): III80-III84.

Mermelstein R. Teen smoking cessation. *Tob Control* 2003; 12 (supl. 1): i25-34.

Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse* 1998; 10 (3): 291-308.

Midford R, McBride N, Munro G. Harm reduction in school drug education: Developing an Australian approach. *Drug Alcohol Rev* 1998; 17 (3): 319-327.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: MSC, 2008.

Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2005; (2): CD003440. [En línia].

Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67 (6): 989-994.

Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa Quit & Win) para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13: 456-461.

Morehouse E, Tobler NS. Preventing and reducing substance use among institutionalized adolescents. *Adolesc* 2000; 35 (137): 1-28.

Moyer A, Finney JW. Outcomes for untreated individuals involved in randomized trials of alcohol treatment. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23 (3): 247-252.

Moyer A, Finney JW, Elworth JT, Kraemer HC. Can methodological features account for patient-treatment matching findings in the alcohol field? *J Stud Alcohol* 2001; 62 (1): 62-73.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE. Methodological characteristics and quality of alcohol treatment outcome studies, 1970-98: An expanded evaluation. *Addiction* 2002; 97 (3): 253-263.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97 (3): 279-292.

MSIC Evaluation Committee. Final report on the evaluation report of the Sydney medically supervised centre. Sydney: MSIC Evaluation Committee, 2003.

Murphy-Hoefer R, Griffith R, Pederson LL, Crosssett L, Iyer SR, Hiller MD. A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities. *Am J Prev Med* 2005; 28 (2): 188-200.

## N, O, P

National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors. Report on Alcohol and Other Drug Treatment Effectiveness - A Review of State Outcome Studies. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment, 2001.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. <http://guidance.nice.org.uk/PHI4> [Data de consulta: 3 maig 2007].

National Institutes of Health. National institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: Tobacco use: Prevention, cessation, and control. *Ann Intern Med* 2006; 145 (1): 839-844.

Newburn T. Drug prevention and drug justice. *Br J Criminol* 1999; 39 (4): 609-624.

NIAAA. (2002). Changing the culture of campus drinking. *Alcohol Alert* 2002 oct; 58.

Niederdeppe J, Farrelly MC, Haviland ML. Confirming truth: More evidence of a successful tobacco countermarketing campaign in Florida. *Am J Public Health* 2004; 94 (2): 255-257.

Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare: A systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2006 març; 24 (1): 5-15.

Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, (en prensa).

Olds D, Henderson CRJr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D et al. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280 (14): 1238-1244.

Park E. School-based smoking prevention programs for adolescents in South Korea: A systematic review. *Health Educ Res* 2006; 21: 407-415.

Park E. A meta-analysis of the effects of smoking prevention programs in Korea. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004 oct; 34 (6): 1004-1013.

Park EW, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2004; (3): CD002928. [En línia].

Park EW, Tudiver F, Schultz JK, Campbell T. Does enhancing partner support and interaction improve smoking cessation? A meta-analysis. *Ann Fam Med* 2004; 2 (2): 170-174.



Patten CA, Croghan IT, Meis TM, Decker PA, Pingree S, Colligan RC et al. Randomized clinical trial of an Internet-based versus brief office intervention for adolescent smoking cessation. *Pat Educ Counsel* 2006; 64 (1-3): 249-258.

Pentz MA. Effective prevention programs for tobacco use. *Nicotine Tobacco Res* 1999; 1 (supl. 2): S99-107.

Pentz MA. Evidence-based prevention: Characteristics, impact, and future direction. *J Psych Drugs* 2003; 35 (supl. 1): 143-152.

Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, White MM, Rosbrook B, Berry CC et al. Has the California tobacco control program reduced smoking? *JAMA* 1998; 280 (10): 893-899.

Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: A meta-analysis. *Prev Med* 1999; 28: 503-509.

Polanska K, Hanke W. Effectiveness of smoking cessation interventions for pregnant women: Meta-analyses of randomized trials and description of the study performed in Poland. *Ginekol Polska* 2006; 77: 422-428.

Polanska K, Hanke W, Sobala W. Meta-analysis of prenatal smoking cessation interventions. *Przegl Epidemiol* 2003; 57 (4): 683-692.

Poulin C, Elliott D. Alcohol, tobacco and cannabis use among Nova Scotia adolescents: Implications for prevention and harm reduction. *CMAJ* 1997; 156 (10): 1387-1393.

Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (6): 1144-1156.

Programa Beveu Menys. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/alcohol/bvms01.htm>

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *J Stud Alcohol* 1998; 59 (6): 631-639.

## R

Rahdert ER, ed. The adolescent assessment/referral system manual. Núm. de publicació del DHHS (ADM) 91-1735. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, ADAMHA, National Institute on Drug Abuse, 1991.

Return on investment on needle and syringe programs in Australia (2002). Summary Report. <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-document-metadata-roireport.htm>. [Data de consulta: 4 juny 2007].

Reid DJ, McNeill AD, Glynn TJ. Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: An international review. *Tob Control* 1995; 4: 266-277.

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2004; (1): CD001188. [En línia].

Rich JD, Wolf FA, Macalino G. Strategies to improve access to sterile syringes for injection drug users. *AIDS Read* 2002; 12 (12): 527-535.

Richardson R, Sowden A. Preventing the uptake of smoking in young people. *Nurs Times* 2000 mar 2-8; 96 (9): 43-44.

Richmond R, Kehoe L, Heather N, Wodak A. Evaluation of workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: The workscreen project. *Prev Med* 2000; 30 (10): 51-63.

Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MF, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Data System Rev* 2003; (1): CD001837. [En línia].

Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25 (6): 611-624.

Rodríguez-Martos Dauer, A, García-Fuentes C, Duran-Vinyeta A. Evaluación de un programa piloto de formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas. *Trast Adict* 2004; 6 (4): 240-247. [En línia]. [Data de consulta: 19 abril 2007].

Rodríguez-Martos Dauer A, Torralba-Novella L. La reducción de daños relacionados con el alcohol desde una perspectiva municipal: La estrategia de Barcelona. *Trast Adict* 2002; 4 (1): 28-38. [En línia]. [Data de consulta: 19 abril 2007].

Rodríguez-Martos, A, Santamaría, E, Torralba, L, Escayola M, Martí J, Plasència A. Efectividad a corto plazo de las intervenciones breves realizadas en pacientes lesionados por accidente de tráfico con alcoholemia positiva. *Gac Sanit* 2005; 19 (1): 45-49.

Rodríguez-Martos A, Castellano Y, Salmerón JM, Domingo G. Simple advice for injured hazardous drinkers: An implementation study. [Acceptat i pendent de publicació a *Alcohol & Alcoholism*]. [En premsa].

Roman PM, Blum TC. The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Res Health* 2002; 26 (1): 49-57.

Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Data System Rev* 2003; (3): CD001746. [En línia].

Rubio G, Bernejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 1 (198): 11-14.

Russ NW, Geller ES. Training bar personnel to prevent drunken driving: A field evaluation. *Am J Public Health* 1987; 77 (8): 952-954.

## S

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction* 1993; 88 (6): 791-804.

Salvador Llivina T, Oñorbe de Torre M, González Alonso J. Impacto sanitario y económico de la regulación del tabaquismo en el medio laboral: Revisión de la evidencia. A: Baroja Benlliure J, Salvador Llivina, T. Córdoba García R, Villalbí Hereter JR, eds. *Espacios laborales libres de humo*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2006: 49-86.

Secades Villa, R. Diseño y aplicación de un procedimiento de evaluación de programas de prevención comunitaria de drogodependencias que desarrollan actividades alternativas de ocio en población de riesgo (*Abierto hasta el amanecer*), 2003. [No publicat].

Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Data System Rev* 2002; (3): CD001745. [En línia].

Segura García L, Gual Sole A, Montserrat Mestre O, Bueno Belmonte A, Colom Farran J. Detection and handling of alcohol problems in primary care in Catalonia. [Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña]. *Aten Primaria* 2006; 37 (9): 484-488.

Semaan S, Des JDC, Sogolow E, Johnson WD, Hedges LV, Ramírez G et al. A meta-analysis of the effect of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30 (supl. 1): S73-S93.

Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *Cochrane Data System Rev* 2000; (3): CD001294. [En línia].

Shiner M. *Doing it for themselves: An evaluation of peer approaches to drug prevention*. Londres: UK Home Office Drug Prevention Advisory Service, 2000.

Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med* 2003; 37 (5): 451-474.

Sly DF, Heald GR, Ray S. The Florida truth anti-tobacco media evaluation: Design, first year results, and implications for planning future state media evaluations. *Tob Control* 2001; 10 (1): 9-15.

Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida truth campaign. *Am J Public Health* 2001; 91 (2): 233-238.

Smith AJ, Hodgson RJ, Bridgeman K, Shepherd JP. A randomized controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction* 2003; 98 (1): 43-52.

Smith AJ, Shepherd JP, Hodgson RJ. Brief interventions for patients with alcohol-related trauma. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 1998; 36 (6): 408-415.

Soderstrom CA, Smith GS, Kufera JA, Dischinger PC, Hebel JR, McDuff DR et al. The accuracy of the CAGE, the brief Michigan alcoholism screening test, and the alcohol use disorders identification test in screening trauma center patients for alcoholism. *J Trauma* 1997; 43 (6): 962-969.

Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: A review. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59 (1): 17-31.

Sowden A, Arblaster L, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Data System Rev* 2003; (1): CD001291. [En línia].

Sowden AJ, Arblaster L. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Data System Rev* 2000; (2): CD001006. [En línia].

Spoth RL, Redmond C, Shin C. Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (4): 627-642.

Spoth RL, Redmond C, Trudeau L, Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychol Addict Behav* 2002; 16 (2): 129-134.

Spoth RL, Gyll M, Day SX. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *J Stud Alcohol* 2002; 63 (2): 219-228.

Spoth R, Redmond C, Shin C, Azevedo K. Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (3): 535-542.

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database System Rev* 2005; (2): CD001007. [En línia].

Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Data System Rev* 2006; (3): CD002850. [En línia].

Stoltz JA, Wood E, Small W, Li K, Tyndall M, Montaner J et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health* 2007; 29 (1): 35-39.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US. Department of Health and Human Services: Model Program, 2003. <http://www.modelprograms.samhsa.gov/pdfs/model/Healthy.pdf> [Data de consulta: 4 juny 2007].

Sussman S. Tobacco industry youth tobacco prevention programming: A review. *Prev Sci* 2002; 3 (1): 57-67.

Sussman S, Dent CW, Lichtman KL. Project EX: Outcomes of a teen smoking cessation program. *Addict Behav* 2001; 26 (3): 425-438.

### T, U, V

Taurus JA. Public policy and smoking cessation among young adults in the United States. *Health Pol* 2004; 68 (3): 321-332.

Teenage Research Unlimited. Counter-tobacco advertising exploratory: Summary report January-March. Northbrook, Illinois: Teenage Research Unlimited, 1999. [Preparat per a les campanyes de salut pública dels mitjans de comunicació contra el tabac dels estats d'Arizona, Califòrnia i Massachusetts]. <http://www.tobaccofreekids.org/reports/smokescreen/study.shtml> [Data de consulta: 15 maig 2007].

Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Data System Rev* 2006; (3): CD001293. [En línia].

Thompson F, Fagerstrom K. Current trends in international tobacco control. *Clin Occup Environ Med* 2006; 5 (1): 101-116, 9.

Tobler NS. Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: Results of the 1993 meta-analysis. *NIDA Res Monogr* 1997; 170: 5-68.

Tobler NS. Adolescents respond best to interactive drug prevention programs. [S.l.]: Robert Wood Johnson Foundation, 2002.

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev* 2000; 20: 275-336.

Toomey TL, Wagenaar AC, Gehan JP, Kilian G, Murray DM, Perry CL. Project ARM: Alcohol risk management to prevent sales to underage and intoxicated patrons. *Health Educ Behav* 2001; 28 (2): 186-199.

Tyndall MW, Kerr T, Zhang R, King E, Montaner JG, Wood E. Attendance, drug use patterns, and referrals made from north America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83 (3): 193-198.

Tresidder J, McDonald D. Peer education: Popular but not proven? *Of Substance* 2005 jul; 3 (3): 26-27.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNDCP). Drug abuse prevention in the workplace. [S.l.]: [s. n.], 1997. [http://www.unodc.org/unodc/newsletter\\_2000-11-01\\_1\\_page005.html](http://www.unodc.org/unodc/newsletter_2000-11-01_1_page005.html). [Data de consulta: 30 maig 2007].

Ussher MH, Taylor AH, West R, McEwen A. Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction* 2000; 95: 199-208.

Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M. Evaluación de una intervención de prevención de tabaquismo en el entorno escolar. *Prev Tab* 2004; 6 (1):18-25

Valverde Gefaell C, Pi González J, Colom i Farran J. Programas de reducción de daños en uso/abuso de drogas recreativas. *Adicciones* 2003; 15 (2): 353-359.

Van Ameijden EJ, Coutinho RA. Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users. *AIDS* 1998; 12 (6): 625-633.

Van Beek I. Approaches to injecting drug use in Kings Cross: A review of the last 10 years. *NSW Public Health Bull* 2000; 11 (4): 54-55.

Vicari JR. Primary prevention and the workplace. *J Prim Prev* 1994; 15 (2): 99-103.

Villalbí Hereter JR, Aubá Llambrich J, García González A. Evaluación de un proyecto de prevención primaria del tabaquismo: El proyecto piloto PASE de Barcelona. *Rev San Hig Pub* 1992; 66 (2): 143-148.

Villalbí JR, Ballestin M, Nebot M, Brugal T, Diez E. The prevention of substance abuse in schools: A process evaluation of the adoption of a standardised education module. *Promot Educ* 1997; 4 (1): 15-19.

## W

Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol* 2002; S14 (14): 206-225.

Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: Effects of enforcement and training interventions. *Alcohol, Clin Exp Res* 2005; 29 (2): 255-262.

Waldron HB, Kern-Jones S, Turner CW, Peterson TR, Ozechowski TJ. Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2007; 32 (2): 133-142.

Wallin E, Gripenberg J, Andreasson S. Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. *Addiction* 2002; 97 (7): 901-907.

Walsh DC, Hingson RW, Merrigan DM, Levenson SM, Cupples LA, Heeren T et al. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *N Engl J Med* 1991; 325 (11): 775-782.

Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behav Ther* 2000; 31 (1): 135-149.

Warmenhoven NE, Wychgel H. Verslavingspreventie bij instellingen voor verslavingszorg en GGD'en. Utercht: Trimbos-Instituut, 1998.

Weber U, Schneider W. Syringe exchange in Germany. *Subst Use Misuse* 1998; 33 (5): 1093-1112.

Weintraub JM, Hamilton WL. Trends in prevalence of current smoking, Massachusetts and states without tobacco control programmes, 1990 to 1999. *Tob Control* 2002; 11 (supl. 2): ii8-13.

White D, Buckley E, Hassan J. Literature review on the role of external contributors in school drug, alcohol and tobacco education. Nottingham: Department for Education and Skills, 2004: 63.

White D, Pitts M. Educating young people about drugs: A systematic review. *Addiction* 1998a; 93 (10): 1475-1487.

White D, Pitts M. Educating young people about drugs: A systematic review. *Addiction* 1998b; 93 (1): 1475-1487.

Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the US preventive services task force. *Ann Intern Med* 2004; 140: 557-568.

Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adolesc Health* 2005; 36: 162-169.

Wiggers LC, Smets EM, de Haes JC, Peters RJ, Legemate DA. Smoking cessation interventions in cardiovascular patients. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003; 26: 467-475.

Williams N. Problem drug use. *Br Med J* 2006; 333 (7569): 639.

Winstock AR, Wolff K, Ramsey J. Ecstasy pill testing: Harm minimization gone too far? *Addiction* 2001; 96 (8): 1139-1148.

Winters KC, Leitten W, Wagner E, O'leary Tevyaw T. Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *J Sch Health* 2007; 77 (4): 196-206.

Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* 2006; 41 (6-7): 777-813.

Wood E, Kerr T, Spittal PM, Li K, Small W, Tyndall MW et al. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: Evidence from a cohort of injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 32 (1): 2-8.

Wood E, Kerr T, Lloyd-Smith E, Buchner C, Marsh DC, Montaner JS et al. Methodology for evaluating insight: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduct J* 2004a; 1 (1): 9. [En línia].

Wood E, Kerr T, Montaner JS, Strathdee SA, Wodak A, Hankins CA et al. Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet Infect Dis* 2004b; 4 (5): 301-306.

Wood E, Kerr T, Small W, Li K, Marsh DC, Montaner JS et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ* 2004c; 171 (7): 731-734.

Wood E, Kerr T, Stoltz J, Qui Z, Zhang R, Montaner JS et al. Prevalence and correlates of hepatitis C infection among users of North America's first medically supervised safer injection facility. *Public Health* 2005; 119 (12): 1111-1115.

Wood E, Shakeshaft A, Gilmour S, Sanson-Fisher R. A systematic review of school-based studies involving alcohol and the community. *Aust NZ J Public Health* 2006; 30: 541-549.

Wood E, Tyndall M. W, Lai C, Montaner JS, Kerr T. Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Subst Abuse Treat, Prev Policy* 2006 ; 1: 13-17. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/1/1/13>. [Data de consulta: 7 de juny de 2007].

Wood E, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JS, Kerr T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction* 2007; 102 (6): 916-919.

World Bank. *Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC. The International Bank for Reconstruction and Development, 1999.

World Health Organization Regional Office for Europe. *The European report on tobacco control policy. Review of implementation of the Third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2002.

Wright NM, Walker J. Homelessness and drug use: A narrative systematic review of interventions to promote sexual health. *AIDS Care* 2006; 18: 467-478.

Wright NM, Tompkins. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Red J* 2006; 3: 27-36.

## Y, Z

Yoast R, Williams MA, Deitchman SD, Champion HC. Report of the Council on Scientific Affairs: Methadone maintenance and needle-exchange programs to reduce the medical and public health consequences of drug abuse. *J Addict Dis* 2001; 20 (2): 15-40.



Zarkin GA, Bray JW, Davis KL, Babor TF, Higgins-Biddle JC. The costs of screening and brief intervention for risky alcohol use. *J Stud Alcohol* 2003; 64 (6): 849-857.

Zwerling C, Jones MP. Evaluation of the effectiveness of low blood alcohol concentration laws for younger drivers. *Am J Prev Med* 1999; 16 (1 supl.): 76-80.



PART II:

ESTRATÈGIA NACIONAL  
DE PREVENCIÓ:  
CONSUM DE DROGUES  
I PROBLEMES ASSOCIATS

01

PRINCIPIIS RECTORS,  
ASPECTES CONCEPTUALS  
I OPERACIONALS

DENOMINACIÓ

# 01.1

## DENOMINACIÓ

Amb la denominació Estratègia nacional de prevenció: consum de drogues i problemes associats, s'inclou la proposta desenvolupada per professionals, experts, representants d'institucions i representants d'altres sectors implicats en totes les actuacions adreçades a prevenir o disminuir el consum global de drogues al nostre país, així com les conductes d'abús, i els riscos i problemes associats al consum de drogues, tal com queda clarament definit en els objectius generals de l'Estratègia, exposats al punt 1.3. d'aquest capítol.

Per tant, dins aquesta denominació s'inclouen, en el sentit més ampli possible, totes les actuacions estratègiques, programes i activitats anticipants a situacions potencialment millorables en relació amb les drogues. En aquest sentit, l'Estratègia de prevenció "busca com a efecte, l'evitació de l'inici al consum de drogues (legals o il·legals), la progressió cap al consum més freqüent o regular i també evitar o reduir els riscos i/o danys associats al consum".

01.2

PRINCIPIIS RECTORS,  
ASPECTES CONCEPTUALS  
I OPERACIONALS

FITES I MÈTODE DE TREBALL  
ADOPTAT PER LA DEFINICIÓ DE L'ESTRATÈGIA  
NACIONAL DE PREVENCIÓ

## 01.2

### FITES I MÈTODE DE TREBALL ADOPTAT PER A LA DEFINICIÓ DE L'ESTRATÈGIA NACIONAL DE PREVENCIÓ

-

#### 1.2.1. FITES DE L'ESTRATÈGIA

Partint del marc legal i institucional descrit a la primera part d'aquest *Llibre blanc*, i tenint especialment en compte els reptes que plantegen, la reforma de la salut pública a Catalunya i el desenvolupament del Pla director de salut mental i addiccions, el Departament de Salut de la Generalitat va encarregar a la Subdirecció General de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública l'organització d'un procés que donés un impuls nou als reptes que planteja el consum de les diferents substàncies psicoactives a Catalunya.

Així, el gener de 2006 es va iniciar el disseny i la planificació d'un procés participatiu que permetés **revisar, ordenar, orientar, promoure, reforçar, coordinar i avaluar les accions preventives tendents a disminuir la prevalença del consum de drogues i la incidència de les problemàtiques associades en la població general catalana i especialment entre els grups poblacionals que estan en situacions de vulnerabilitat especial per desenvolupar problemes amb les drogues, o que ja estan patint aquests problemes.**

Per acomplir aquestes fites, es va considerar que primer calia fer un exercici de diagnòstic tenint en compte els diferents àmbits d'acció des dels quals es desenvolupen les activitats preventives a Catalunya.

-

#### 1.2.2. MÈTODE DE TREBALL ADOPTAT PER A LA DEFINICIÓ DE L'ESTRATÈGIA

Per tal de garantir la representativitat de tots els actors (polítics, tècnics, experts, agents socials) que treballen en l'àmbit de la prevenció es planificà un procés de consulta amb diferents nivells:

- [+] Es va configurar l'equip de projecte de la Subdirecció General de Drogodependències del Departament de Salut, amb el suport d'un assessor extern, encarregat de planificar i dinamitzar el procés d'elaboració de l'Estratègia de prevenció, coordinar els grups de treball i garantir l'existència de la documentació basal i la definitiva.
- [+] Es va crear el Consell Director de l'Estratègia amb les funcions de validar regularment les propostes de treball, comprovar la coherència de les propostes amb el context sociopolític, aportar a l'equip del projecte propostes relacionades amb la reflexió estratègica i, finalment, participar en la projecció i la presentació externa de l'Estratègia per garantir el suport tècnic, social i polític.

[+] Es van organitzar grups de treball per a cadascun dels àmbits considerats clau en prevenció (comunitari, educatiu, familiar, laboral, lleure, mitjans de comunicació social i serveis de salut). Cadascun d'aquests grups havia d'elaborar les propostes segons unes línies estratègiques definides pel Departament de Salut (definides en el punt 1.6 d'aquest capítol), per a cada un d'aquests àmbits de treball prioritzats.

[+] Es va preveure la realització de jornades tècniques de consulta obertes a tots els professionals.

Per tal d'assegurar l'homogeneïtat màxima en el mètode de treball a emprar pels grups a l'hora de desenvolupar cadascuna de les tasques proposades, com també per definir cada pas a complir per aconseguir els resultats esperats, es van fer una sèrie d'indicacions i suggeriments sobre com formular objectius, com definir les poblacions diana per a cada actuació, quins criteris utilitzar per proposar les prioritats, etc. En aquesta fase, es va prendre com a referència la metodologia per al desenvolupament de programes, implantació i avaluació de la prevenció i promoció de la salut mental, impulsada des de l'Oficina Regional Europea de l'OMS, a través de la xarxa IMHPA.

Cadascun dels set grups de treball estaven formats per unes deu persones, totes elles amb coneixement profund de l'àmbit corresponent i representatives dels diferents sectors implicats en cada àmbit, tant en el sentit sectorial com en el territorial. També es va intentar que tots els grups estiguessin integrats per professionals que treballen en les administracions públiques (ajuntaments, agències, departaments de la Generalitat, etc.); experts en prevenció, i representants de la societat civil organitzada. En cada grup una persona de la Subdirecció General de Drogodependències va assumir la responsabilitat d'assegurar, coordinar i dinamitzar el treball de l'equip per arribar a completar la tasca esperada, i va comptar amb la col·laboració de dos membres del grup, que es responsabilitzaren de recollir i bolcar els continguts sorgits en les sessions de treball en els documents finals per a cada àmbit.

Les tasques comunes que es varen encomanar a cada grup es van definir inicialment com:

[+] Analitzar l'estat actual de la prevenció en l'àmbit corresponent, tenint en compte cada una de les línies estratègiques presentades pel Departament de Salut.

[+] Identificar els diferents actors o parts implicades per a cada àmbit.

[+] Definir els objectius preventius per àmbit, tant els generals com els específics.

[+] Proposar accions a desenvolupar.

[+] Fer una proposta de prioritzar objectius i accions.

Els grups van treballar a fons i es van reunir una mitjana de dotze vegades, per tal d'arribar a propostes consensuades, tant pel que fa al diagnòstic de situació com pel que fa a la definició d'objectius i propostes preventives, segons les línies estratègiques per a cada un dels àmbits de treball prioritzats.



Paral·lelament a la constitució dels grups de treball, la Subdirecció General de Drogodependències va impulsar la creació del Consell Director de l'Estratègia, integrat per 43 representants institucionals i experts en prevenció, que des de diferents administracions públiques, entitats i associacions de la societat civil organitzada, compten amb una experiència àmplia i llarga en aquest camp. Les funcions del Consell Director varen ser:

- [+] Validar regularment les propostes produïdes pels grups de treball.
- [+] Comprovar la coherència de les propostes amb el context sociopolític.
- [+] Aportar a l'equip del projecte suggeriments i propostes relacionats amb la reflexió estratègica.
- [+] Participar en la projecció i presentació externa de l'Estratègia per garantir el suport tècnic, social i polític.

Tant les propostes dels grups de treball com els suggeriments aportats pel Consell Director, han quedat recollides en el document marc de l'Estratègia, que inclou el diagnòstic de situació de cada àmbit i les propostes d'objectius i actuacions realitzades per cada grup de treball. Tot aquest material és el que es presenta a continuació, així com en els capítols 2 i 3 d'aquesta segona part del *Llibre blanc*.

Globalment, el procés consultiu, iniciat al mes de març de 2006, ha tingut una durada total de deu mesos, i ha facilitat la consulta als diferents professionals involucrats en tots els àmbits preventius ja esmentats,<sup>1</sup> per aprofitar la seva experiència i els seus coneixements de les necessitats de cada àmbit i de cada territori.

1. Comunitari, educatiu, familiar, laboral, del lleure, dels mitjans de comunicació social i dels serveis de salut.

01.3

PRINCIPIIS RECTORS,  
ASPECTES CONCEPTUALS

OBJECTIUS GENERALS  
DE L'ESTRATÈGIA

## 01.3

### OBJECTIUS GENERALS DE L'ESTRATÈGIA

D'acord amb l'evidència derivada de la investigació en drogodependències, s'han adoptat com a objectius generals de l'Estratègia les fites assolibles mitjançant l'adopció d'estratègies, programes i actuacions preventives.

- [+] Reduir la prevalença de consum de les diferents substàncies psicoactives.
- [+] Retardar l'edat d'inici a aquest consum.
- [+] Reduir riscos i efectes adversos sanitaris i psicosocials per als consumidors experimentals, ocasionals i habituals.
- [+] Minimitzar els danys associats a l'addicció.

01.4

PRINCIPIIS RECTORS,  
ASPECTES CONCEPTUALS  
I OPERACIONALS

PRINCIPIIS RECTORS  
DE L'ESTRATÈGIA

## 01.4

### PRINCIPIS RECTORS DE L'ESTRATÈGIA

Com ja s'ha expressat en la introducció d'aquest *Llibre blanc*, l'increment dels problemes relacionats amb les drogues durant la segona meitat del segle passat no és casual sinó que respon a factors de caràcter econòmic i de mercat, reforçats per la capacitat addictiva i disruptiva de les diverses drogues.

L'anàlisi de l'evolució dels diversos indicadors, revisada al capítol 1 de la primera part d'aquest *Llibre blanc*, així com l'avaluació de l'efectivitat de les diverses opcions preventives, sintetitzada al capítol 4 d'aquesta mateixa primera part, indiquen que per assolir els objectius marcats, cal adoptar un enfocament que reuneixi les característiques següents: que sigui global, que sigui multisectorial, que estigui basat en l'experiència professional i institucional acumulada a Catalunya després de més de 25 anys d'intervencions preventives, que tingui en compte l'evidència entre les administracions públiques i la societat civil organitzada. Només incorporant totes aquestes consideracions es pot aspirar a la construcció d'una societat menys condicionada per les dinàmiques dictades pels interessos de mercat pel que fa a les drogues: una societat que garanteixi la protecció del dret constitucional a la salut, afegint qualitat de vida als anys viscuts; una societat que protegeixi el dret a la llibertat d'elecció d'estil de vida de cada persona i que garanteixi el dret a la informació veraç i no mediatitzada per interessos econòmics sectorials de vegades allunyats dels interessos legítims de la població.

En aquest marc, els principis rectors que sustenten l'Estratègia responen als models conceptuals de salut pública i de promoció de la salut de base comunitària, ja que en la definició i el desenvolupament de l'Estratègia han de poder participar tots els agents implicats en l'àmbit de la reducció de la demanda de drogues. Per això, l'Estratègia s'ha plantejat considerant els principis següents:

#### **Universalitat**

L'Estratègia ha d'estar inspirada en els principis generals que defineixen la responsabilitat de protegir la salut pública, promoure la salut mental i la prevenció dels problemes relacionats amb el consum de drogues. Per tant, cal que les actuacions previstes assegurin una cobertura universal als problemes relacionats amb les drogues, i alhora una resposta adequada per a cada necessitat plantejada.

#### **Intersectorialitat**

L'Estratègia ha d'articular-se considerant la contribució dels diversos sectors implicats en la millora de la salut i el benestar de la població catalana, a través del foment i l'enfortiment dels factors de protecció davant dels potencials

desencadenants de problemes relacionats amb les drogues. I per tant, en la definició de l'Estratègia han d'estar presents totes les institucions que representen tant les diferents administracions públiques com les entitats i xarxes de la societat civil organitzada.

### **Transversalitat**

L'Estratègia servirà com a eix integrador dels diversos àmbits del coneixement actualment disponible sobre prevenció del consum de drogues i els problemes associats. I possibilitarà que les actuacions i els programes previstos tinguin igualment en compte el desenvolupament de dinàmiques i eines de treball que actuïn com a elements de cohesió i cooperació entre els diferents àmbits del coneixement, i aportin un marc comú de referència per a les actuacions desenvolupades des de cada sector.

### **Interdisciplinarietat**

L'Estratègia ha de promoure i facilitar l'adopció d'un enfocament interdisciplinari que permeti l'actuació pautaada, coordinada i complementària entre els diferents àmbits del coneixement i sectors professionals.

### **Participació**

L'Estratègia ha d'impulsar i facilitar la participació dels diversos sectors professionals i ciutadans en l'anàlisi dels problemes relacionats amb les drogues, en la definició dels objectius preventius i en el desenvolupament de les actuacions. En aquest vessant participatiu, l'Estratègia farà atenció especial a la participació territorial local.

### **Perspectiva de gènere**

Cal entendre i incorporar la perspectiva de gènere en l'anàlisi dels factors de risc i protecció relacionats amb el consum de drogues, com també en el desplegament operatiu de l'Estratègia, és a dir, en la definició del Pla de prevenció, dels programes i de les activitats que l'integrin.

### **Multiculturalitat**

L'Estratègia ha de ser sensible i respondre adequadament a les diverses necessitats d'integració preventiva que plantegen les realitats culturals múltiples que conformen el teixit social actual de la societat catalana.

### **Avaluació**

Formaran part integral de l'Estratègia tots els recursos i els procediments de control i seguiment que permetin determinar de manera sistemàtica i objectiva la rellevància, l'eficàcia, l'efectivitat, l'eficiència i l'impacte dels programes i actuacions engegades, tenint en compte els objectius que s'hagin definit inicialment.

### **Qualitat**

L'Estratègia ha d'integrar propostes que garanteixin la inclusió dels criteris següents: prioritat socio sanitària; coherència lògica i conceptual entre la realitat en què es vol intervenir (necessitats existents) i la proposta realitzada per afrontar-la; evidència d'efectivitat; coherència interna entre els objectius marcats, les actuacions proposades, el pla d'implantació previst; els recursos (humans, temporals i econòmics) disponibles i, el pla d'avaluació dissenyat, inclosos els indicadors elegits per avaluar-ne els resultats.

01.5

PRINCIPIIS RECTORS,  
ASPECTES CONCEPTUALS  
I OPERACIONALS

NIVELLS D'ACTUACIÓ  
PREVENTIVA



## 01.5

### NIVELLS D'ACTUACIÓ PREVENTIVA

Malgrat que la necessitat i la vàlua de la prevenció per evitar l'aparició de problemes de salut és un concepte molt arrelat en la nostra cultura ja des d'Hipòcrates, és a dir, fa quasi 2.500 anys, en l'àmbit de la prevenció del consum de drogues i problemes associats és un concepte relativament nou, que, a més, en pocs anys ha evolucionat sensiblement, a mesura que s'ha anat disposant d'una evidència més gran sobre els factors consistentment associats a l'inici i el manteniment del consum de drogues.

Fa trenta anys, es va prendre com a referència el model sanitari que considerava els tres nivells clàssics de prevenció en relació amb la malaltia. Segons aquest model, hi havia tres nivells de prevenció:

- [+] Prevenció primària, que consisteix a intervenir per evitar que s'origini la causa biològica que genera una malaltia.
- [+] Prevenció secundària, que consisteix en la detecció i el diagnòstic precoç de la malaltia, i en l'aplicació d'un tractament abans que generi sofriment o discapacitat.
- [+] Prevenció terciària, centrada a tractar el deteriorament produït per la malaltia, per tal d'aconseguir la recuperació.

Aquest model està bàsicament centrat en l'origen biològic que condiciona la malaltia, també considerada com un trastorn biològic. Per tant, no respon a les característiques que conformen el fenomen del consum de drogues i els problemes associats, que ni és un trastorn biològic, ni s'origina per una causa biològica determinada. Es tracta, doncs, d'un model que no permet considerar la complexitat etiològica d'un fenomen (Causa i Faura, 2005), que addicionalment no és una malaltia, sinó que comença sent una conducta i pot, o no, acabar sent un trastorn comportamental addictiu amb conseqüències que poden anar –i generalment van– més enllà de problemes de morbiditat i mortalitat. Un fenomen que, consegüentment, requereix identificar i treballar diferents factors de risc i protecció que s'hi presenten associats; que implica la formulació d'objectius preventius diversos (tal com ja s'ha exposat al punt 1.2. d'aquest capítol); que comporta respondre a necessitats en evolució constant i molt diverses, i que, per tant, requereix estratègies i mètodes d'actuació múltiples, multisectorials i multidisciplinàries, com es veurà a continuació.

La necessitat de trobar un model preventiu més ajustat a les característiques dels fenòmens del consum de drogues i dels problemes associats, juntament amb el coneixement progressiu dels factors de risc i protecció que es presenten associats al desenvolupament de problemes relacionats amb les drogues, ha permès identificar una nova proposta d'actuacions preventives, que planteja la necessitat d'establir diversos nivells d'actuació preventiva des d'un model diferent del sanitari (Gordon, 1983; NIDA, 1997; Departamento de Vivienda y Servicios Sociales, 2004; Alonso Sanz et al., 2004). Aquests nivells són la prevenció universal, la prevenció selectiva, la prevenció indicada, la prevenció determinada.

### 1.5.1. PREVENCIÓ UNIVERSAL

S'adreça a tota la població amb programes, actuacions o missatges que tenen com a objectiu prevenir l'inici del consum, retardar l'edat d'inici del consum i l'abús, o reduir la prevalença global del consum d'alcohol, tabac i altres drogues. La missió d'aquest tipus de prevenció és aturar l'inici de l'abús de substàncies, i facilitar als individus la informació i les habilitats necessàries per prevenir el problema. Aquests programes s'adrecen a grans grups poblacionals sense un cribratge previ de l'exposició a potencials factors de risc d'abús de substàncies psicoactives. És a dir, es planifiquen considerant que tots els membres de la població destinatària comparteixen el mateix nivell de risc, encara que, de fet, l'exposició als factors de risc variï entre els individus.

Els programes i les actuacions desenvolupats en aquest nivell preventiu poden engegar-se des de qualsevol àmbit d'intervenció: comunitari, educatiu, familiar, laboral, del lleure, dels mitjans de comunicació social o dels serveis de salut. La relació cost/audiència és la més baixa en comparació de la dels altres nivells de prevenció, ja que requereixen menys inversió, tant en termes de temps de dedicació com en la implicació de recursos humans per persona beneficiària. Poden dur a terme programes i actuacions d'àmbit universal, professionals no especialitzats en prevenció, sota la supervisió d'especialistes o rebent una formació bàsica en prevenció.

-

### 1.5.2. PREVENCIÓ SELECTIVA

S'adreça a subgrups de la població que es consideren exposats a certs factors de risc associats al consum de drogues, i per tant en risc d'abús, tenint en compte la seva pertinença a un segment determinat de la població que presenta conductes potencialment associades al desenvolupament de problemes relacionats amb les drogues, per exemple, joves infractors, joves que presenten problemes d'inadaptació a l'escola o d'absentisme i fracàs escolar. Tenen com a objectiu prevenir l'inici del consum, retardar-lo en el temps, i també prevenir els possibles problemes relacionats amb els consums (intoxicacions, conductes sexuals de risc, cops de calor, accidents de trànsit, conductes violentes, etc).

Aquests grups en situació de risc més alt que la població general es poden identificar tenint en compte factors de risc biològics, psicològics, socials o ambientals coneguts per estar associats a l'inici de comportaments d'abús de substàncies psicoactives. Per la seva identificació cal definir indicadors com l'edat, el gènere, la història familiar, el lloc de residència, etc. El coneixement i la consideració de tots aquests aspectes permet el disseny d'actuacions específicament adreçades a afrontar-los de forma preventiva i no estigmatitzant. Aquest tipus de prevenció s'adreça generalment a tot el subgrup, sense tenir en compte el grau de vulnerabilitat de cada individu del grup, considerant que és el conjunt del grup el que es troba exposat a un nombre més gran de factors de risc en relació amb les drogues que la població general. El coneixement d'aquests factors permet dissenyar intervencions més específiques

per a les necessitats del grup. Per això, els programes i les actuacions engegades en aquest nivell estan més relacionades amb l'estil de vida i els aspectes quotidians de cada grup, i per tant són més específics que les intervencions de nivell universal. Generalment, impliquen la participació de professionals amb formació específica en prevenció i en el treball amb joves, famílies o grups comunitaris amb necessitats especials. També requereixen més temps de dedicació i més cost per persona beneficiària.

### 1.5.3. PREVENCIÓ INDICADA

Els programes i les actuacions indicades es despleguen a partir de la identificació d'individus que presenten signes inicials de problemes greus associats als consums de substàncies psicoactives (però no criteris de dependència del DSM-IV), així com altres problemes de conducta. La població diana de la prevenció indicada presenta trastorns per abús o dependència de substàncies a un nivell subclínic que sovint encara està sotmès a les variacions del comportament adolescent.

Un cop identificades aquestes persones, cal adreçar-les a aquest nivell d'intervencions preventives, especialment dissenyades per respondre a les seves necessitats personals.

Els indicadors de l'exposició a un risc individual més gran poden ser fracàs escolar, consum d'alcohol i altres drogues, trastorns de conducta, desvinculació afectiva de la família, de l'escola, de grups d'iguals positius, etc.

Els programes i les actuacions preventius de nivell indicat tenen com a finalitat aturar el consum esporàdic o l'abús de drogues, i afrontar principalment, i de manera personalitzada, els factors de risc associats.

En aquest cas, es requereixen activitats preventives individualitzades i innovadores diferents de les disponibles als serveis de tractament de les addiccions que sovint no estan preparats per respondre a les necessitats dels adolescents experimentadors.

Cal que siguin intensos i –en general– perllongats en el temps, i requereixen professionals amb formació preventiva específica per treballar en contextos personals i familiars sovint multiproblemàtics. Els costos per persona atesa són més alts que en els nivells precedents.

### 1.5.4. PREVENCIÓ DETERMINADA

Es tracta d'actuacions preventives, adreçades als individus i grups de persones consumidores de drogues amb diagnòstic de drogodependència i altres trastorns de salut relacionats.

La finalitat dels programes i actuacions desenvolupades en aquest nivell és reduir la morbimortalitat associada als consums de drogues i prevenir situacions d'exclusió social de l'individu i del seu entorn. Cal la intervenció de professionals amb coneixements preventius i experiència clínica.

01.6

PRINCIPIIS RECTORS,  
ASPECTES CONCEPTUALS  
I OPERACIONALS

LÍNIES ESTRATÈGIQUES

## 01.6

### LÍNIES ESTRATÈGIQUES

Les línies estratègiques defineixen l'aproximació que s'adoptarà per concretar la política preventiva a Catalunya a partir de la proposta de continguts de l'Estratègia nacional de prevenció. Per tant, les línies estratègiques són els instruments que assenyalen els enfocaments bàsics que han d'orientar els continguts globals i la direcció cap a on ha d'avançar l'Estratègia per poder ser operativa. És, doncs, la formulació concreta d'una sèrie d'enfocaments i principis, l'execució dels quals es considera imprescindible per poder afrontar els problemes sanitaris i socials relacionats amb les drogues. En aquest marc, les característiques bàsiques de les actuacions polítiques globals en matèria de prevenció a Catalunya hauran de:

- [+] Promoure el desenvolupament d'actuacions preventives universals, adreçades als diferents grups d'edat (infants, adolescents, adults), i des dels diferents àmbits de treball en prevenció dels consums i les problemàtiques associades al consum de drogues.
- [+] Promoure el desenvolupament d'actuacions preventives selectives de qualitat adreçades als grups que estan en circumstàncies de risc especial.
- [+] Promoure el desenvolupament de mètodes de detecció precoç dels factors de risc i la utilització de protocols d'intervenció per identificar els individus que exhibeixen signes inicials d'abús de substàncies i altres problemes de conducta i adreçar-los intervencions especialitzades (prevenció indicada).
- [+] Promoure el desenvolupament d'actuacions preventives determinades de qualitat, adreçades als individus i grups de consumidors, drogodependents i persones que presenten altres trastorns de salut relacionats, per tal de reduir la morbimortalitat associada als consums de drogues i prevenir situacions d'exclusió social de l'individu i del seu entorn.
- [+] Potenciar la cultura de l'avaluació per a la millora de la qualitat de les actuacions preventives, i el desenvolupament autòcton de la recerca bàsica, epidemiològica i clínica rellevant en prevenció del consum de drogues i problemàtiques associades.
- [+] Fomentar la formació continuada i de nivell científic alt en prevenció de la problemàtica associada al consum de drogues als diferents agents socials establint mecanismes d'acreditació de la qualitat de les propostes preventives, els programes docents i de la formació contínua.
- [+] Fomentar la implicació i la participació activa dels ciutadans en general, i especialment dels joves, els pares i les mares, les persones drogodependents, i dels professionals dels àmbits de l'educació, la salut i dels mitjans de comunicació social, en les intervencions en prevenció del consum de drogues i problemàtiques associades.
- [+] Estimular la cooperació amb els països de la Unió Europea i dels organismes internacionals relacionats amb la promoció de la salut i la prevenció del consum de drogues i problemàtiques associades.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

### A

Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JM, Jiménez García-Pascual R, Martínez Higuera I. Prevención de la A a la Z. Glosario de prevención del abuso de drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2004.

### C

Caussa A, Faura R. Recerca avaluativa del material Que Ruli... manual per a mans properes al cànnabis. Barcelona: SPORA, 2005. [www.spora.ws/galeria/informes/avaluació\\_que\\_ruli.pdf](http://www.spora.ws/galeria/informes/avaluació_que_ruli.pdf). [Consulta: 14 abril 2007]

### D

Departamento de Vivienda y Servicios Sociales. V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2004-2008. Vitòria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2004.

### G

Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep 1983; 98 (2): 107-109.

### N

NIDA. Drug abuse prevention: What works. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1997.w

02

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ



## 02.0

### ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA PREVENCIÓ

Com a part del procés participatiu per elaborar la proposta d'Estratègia nacional de prevenció, els grups de treball creats per cada àmbit van començar la seva tasca realitzant una anàlisi de la situació actual que defineix el seu àmbit de treball. El mètode utilitzat per a la realització d'aquesta **anàlisi (DAFO)** va ser comú, tot i que va ser utilitzat de manera diferent segons cada grup. L'anàlisi DAFO és un mètode d'estudi d'una situació per determinar les seves característiques positives i negatives. Les debilitats i fortaleces són elements interns de la mateixa situació. Les amenaces i les oportunitats són elements que formen part de l'entorn i que la poden influenciar. Aquest capítol presenta un resum dels aspectes més rellevants presentats per cada grup de treball.

02.1

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ

ÀMBIT COMUNITARI

RESPONSABLES

ROSA LÓPEZ TEJERO

XAVIER MAJÓ RACO

COORDINADORS

CARME INIESTA TORRES

ASSUMPTA LLUCH CORNELLAS

COL·LABORADORS

ANNA GUITART GARCIA

ANTONI DURÁN VINYETA

BEGOÑA SURIOL ALONSO

LAURA VEGA MOTGER

LLUÍS CAMINO VALLHONRAT

MARITA RAMÍREZ <ROCA

RAFAEL CARMONA FERNÁNDEZ

XESCO MONTAÑEZ ZARCERO

## 02.1

### ÀMBIT COMUNITARI

El grup de treball de l'àmbit comunitari planteja una anàlisi de la situació actual considerant tres eixos que constitueixen estratègies transversals: l'eix de la planificació i la coordinació; l'eix de la sensibilització, la informació i la participació, i l'eix de la formació, l'avaluació i la recerca.

Partint d'aquesta perspectiva, planteja una visió on es fan palesos els avenços aconseguits a Catalunya gràcies a la llarga i sòlida tradició d'actuacions comunitàries, tant des de les administracions públiques com des de les múltiples xarxes en què s'organitza la societat civil catalana. Tot això sense deixar de banda els vessants de la realitat de la intervenció comunitària en prevenció on poden identificar-se més mancances o aspectes clarament susceptibles de millora. Planteja una reflexió final en forma de conclusió d'aquesta anàlisi de la realitat comunitària pel que fa a la prevenció del consum de drogues i problemes associats.



#### 2.1.1. FORTALESES I OPORTUNITATS MÉS DESTACABLES

D'acord amb aquesta anàlisi, i començant per les principals forteses de la prevenció en l'àmbit comunitari, el grup de treball destaca diversos aspectes:

##### **Planificació i coordinació**

Una fita important és el fet de disposar de competències autonòmiques en salut, educació, serveis socials i seguretat, com també l'existència d'alguns plans comunitaris locals de prevenció en el camp de les drogues i els problemes associats.

En aquest sentit, no es parteix de zero, gràcies a la llarga tradició municipalista catalana i a l'existència d'una estructura territorial ben segmentada de Catalunya que ha propiciat l'existència d'aquests plans locals de prevenció de drogodependències que, tot i això, no haurien estat possibles sense l'existència d'una voluntat política clara per part d'alguns municipis catalans.

Aquests desenvolupaments en l'àmbit comunitari han fet possible un dels principals actius de la prevenció a casa nostra: actualment disposem d'un important bagatge d'experiència professional, i també de la motivació necessària per treballar de molts professionals i entitats clau de la prevenció.

Es planteja igualment l'existència d'espais, oportunitats i plataformes de coordinació, com són una bona disposició per a la coordinació tècnica per part de la Subdirecció General de Drogodependències, el plantejament d'un marc autonòmic de reflexió i planificació de les propostes, com el procés ara obert amb

l'inici de la definició de l'Estratègia nacional de prevenció; la taula d'acords per a una política consensuada de drogodependències; o altres espais de coordinació territorial, com ara la Xarxa Local de Prevenció de les Drogodependències de la Diputació de Barcelona. Tots aquests espais poden representar una oportunitat de millora pel que fa a l'avenç de la prevenció.

Addicionalment, la disponibilitat de referents teòrics i pràctics derivats de l'avaluació de diverses estratègies de prevenció comunitària que han obtingut bons resultats en contextos propers a la nostra realitat social i cultural, proporciona una base per impulsar l'avaluació dels nostres programes en aquest àmbit.

L'existència d'elements necessaris per desenvolupar els mètodes propis de les estratègies comunitàries és una de les altres fortaleses per afegir al bagatge d'aspectes positius dels quals es disposa. Entre d'altres destaquen diverses fonts i sistemes d'informació de qualitat alta com són l'Observatori Europeu de les Drogues i Toxicomànies (OEDT), el Sistema Estatal de Informació Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD), el Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (SIDC), el Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), l'Observatori de Nous Consums Juvenils, i diversos observatoris locals o territorials.

### **Sensibilització, informació i participació**

En aquest aspecte també tenim prou actius per considerar. Entre d'altres destaquen la motivació alta dels professionals que treballen en l'àmbit comunitari i que disposen d'una experiència i d'un bagatge molt important; la possibilitat de poder implicar els diferents elements d'un teixit social plural i consolidat; tant com la disponibilitat d'un catàleg ampli de programes i serveis d'atenció a les persones i l'existència de programes integrals d'alternativa a la sanció administrativa.

Pel que fa als continguts preventius, una fita molt important per destacar és la superació de discursos preventius reduccionistes i moralitzants, que van impregnar algunes de les intervencions inicials, ara fa més de trenta anys. Quant als continguts, cal destacar no solament la necessitat, sinó també el reconeixement de la necessitat d'adequar el discurs preventiu a noves perspectives, com per exemple la intercultural, de gènere, etc. En relació amb les característiques dels programes disponibles, és també un notable avenç la pluralitat d'instruments i programes específics al nostre abast (universals, selectius i indicats).

A més, els avenços ràpids i desenvolupaments nous que s'estan produint en l'àmbit de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), poden contribuir molt positivament a respondre a les necessitats de les intervencions comunitàries de sensibilització, informació i participació. Aquest fet ve reforçat per l'increment exponencial de l'accés de la població a les TIC.

També pel que fa a les necessitats pròpies de les actuacions d'informació, sensibilització i participació ciutadana, és molt important poder comptar amb un marc polític nou que

vol propiciar aquests aspectes, tant des de la reforma de la salut pública a Catalunya, com des dels principis que inspiren el Pla integral de salut mental i addicions.

Finalment, cal considerar com un actiu clau per assolir una resposta global i coordinada en aquest àmbit, la preocupació sensible de la ciutadania pel que fa a la necessitat de fer prevenció adreçada als joves i la percepció ciutadana de la necessitat que es produeixi un canvi en aquest sentit.

### **Formació, avaluació i recerca**

En aquestes dimensions, que podem considerar de capacitació i de base en l'evidència, novament cal esmentar la disponibilitat d'una experiència professional i docent àmplia, com també la disponibilitat de programes formatius de qualitat.

Com a fita important assolida en l'àmbit comunitari, cal destacar que s'han consolidat pràctiques d'abordatge preventiu interdisciplinàries que, malgrat la dificultat evident que comporten, cal aprofitar i potenciar mitjançant una política adient de formació en aquest àmbit.

Finalment, cal destacar la disponibilitat de programes i actuacions comunitaris suficientment sòlids perquè puguin ser avaluats.

-

## **2.1.2. REPTES ACTUALS: DEBILITATS I AMENACES**

Tot seguint amb l'anàlisi pel que fa a les debilitats o amenaces que determinen l'àmbit de la intervenció comunitària, el grup de treball assenyala:

### **Planificació i coordinació**

Una feblesa bàsica que cal afrontar com el repte principal pel que fa a la planificació i la coordinació dels programes i les actuacions empreses des de l'àmbit comunitari, és la manca d'un marc de referència que guiï totes les intervencions preventives i sigui l'eix coordinador de les diferents institucions implicades. La disponibilitat d'aquest marc facilitaria i donaria resposta a la necessitat actual de coordinació, tant a escala local com interinstitucional, i també aportaria coherència a una certa confusió actual en relació amb les intervencions per aplicar. La ja comentada creació de la Xarxa Local de Prevenció de les Drogodependències de la Diputació de Barcelona podria ser una resposta a aquesta necessitat, però caldria definir quin és el seu paper en aquest marc rector.

La manca d'aquest marc de referència global que promogui la coordinació a tot Catalunya, el treball transversal i la planificació de recursos condicionen l'actual carència de sistemes de coordinació (tant a escala local-municipal com autonòmica i també interinstitucional), la poca adequació dels recursos a la realitat territorial; la manca d'una estructura de serveis que possibiliti el treball transver-

sal; la discontinuïtat dels tècnics, i la possibilitat de fer un seguiment i contrast efectius de les dades obtingudes.

En aquest marc, tampoc s'ha d'ocultar la manca actual de recursos econòmics i humans, que està agreujada per la discontinuïtat de les polítiques i pels sistemes de gestió i finançament indirectes dels serveis públics a les entitats que intervenen en prevenció. Aquest factor pot estar també relacionat amb l'existència d'un nombre insuficient de plans municipals i/o comarcals de prevenció.

Cal tenir molt present que si aprofundim en les estratègies preventives d'àmbit comunitari és necessari fer-ho des d'una perspectiva global, coordinant les accions dirigides a limitar l'oferta i a reduir la demanda, i establint mecanismes de cooperació amb els agents dels dos vessants, assumint que les polítiques de control de l'oferta són una via efectiva per prevenir el consum de drogues i els problemes associats.

Un altre aspecte que cal destacar és la necessitat de normalitzar els recursos de reducció de danys i evitar l'estigmatització social d'alguns col·lectius de consumidors, i entendre les estratègies de reducció de danys com a mesures preventives indicades i necessàries.

### **Sensibilització, informació i participació**

En aquest eix es fan palesos diversos reptes, el primer dels quals té a veure amb la percepció política de la prevenció, com també amb una certa confusió pel que fa a diversos aspectes clau en relació amb la reducció de l'oferta i de la demanda. En l'àmbit polític, s'observa igualment una manca de sensibilitat general vers la prevenció, per manca de confiança pel que fa als resultats, poca atenció a les dades reals del consum i als problemes associats i una certa tendència electoralista a atendre més a situacions puntuals d'alarmisme social.

El segon repte que cal afrontar en aquesta dimensió de la sensibilització social vers els consums de drogues i els problemes associats és el fet que durant els darrers anys s'ha produït una disminució sensible de la percepció del risc associat al consum de drogues. Això comporta la banalització social de tot el que es relaciona amb el consum de substàncies psicoactives i una tolerància social àmplia vers aquesta problemàtica que no contribueix a reduir ni el consum ni els problemes associats. Estretament relacionat amb aquesta situació, hi ha també una certa confusió social que associa les estratègies de protecció destinades a reduir les pressions fortes per consumir promogudes des dels mercats de les drogues (estratègies de control de l'oferta) amb estratègies limitadores de les llibertats individuals.

Paral·lelament a aquesta banalització, que no s'hauria de confondre amb la normalització necessària de la gestió social dels problemes relacionats amb les drogues, persisteix encara una manca d'acceptació social de la drogodependència com a malaltia biopsicosocial. Persisteix també una consegüent manca d'acceptació de determinats col·lectius consumidors de drogues, tant com un cert rebuig als recursos d'atenció, no solament per part de la ciutadania, sinó també per part d'alguns professionals i polítics.

Totes aquestes febleses poden derivar-se d'una manca de lideratge i de referent estructural autonòmic en prevenció, que també explicaria altres punts dèbils com ara la manca de control i seguiment sobre el compliment de la legislació vigent (Llei 1/1992), fet que augmenta els riscos relacionats amb el consum de substàncies il·legals, la infrautilització preventiva dels mitjans de comunicació, la incapacitat tècnica per explicar més adequadament la lògica de les propostes preventives i l'existència de missatges preventius contradictoris entre els tècnics de prevenció mateixos (confusió conceptual i terminològica, per exemple, entre la dinamització social, els programes inespecífics, el lleure alternatiu i la prevenció de drogodependències).

Els mitjans de comunicació social, potser per aquesta manca de lideratge des de la prevenció, no han contribuït a millorar aquestes percepcions poc objectives. Fins i tot, alguns han ofert, des de la “sobreinformació”, un tractament distorsionat i alarmista de tot el que es relaciona amb les drogues.

Finalment, pel que fa a la participació social i ciutadana, una feblesa que cal afrontar és un cert envelliment del teixit associatiu.

### **Formació, avaluació i recerca**

S'observa una manca de programes formatius adequats a les necessitats determinades i una manca de formació continuada de determinats col·lectius que estan intervenint activament. Això comporta inseguretat i desorientació en les actuacions que es duen a terme. Potser per això no es produeix una implicació real de tècnics d'altres àmbits en actuacions preventives on seria molt necessària aquesta implicació. També s'observa manca de continguts sobre prevenció de les drogodependències en els plans d'estudi universitaris de primer i segon cicle, mentre hi ha manca de reconeixement de la formació de tercer cicle.

Pel que fa a l'avaluació, tot i que Catalunya té un sistema d'informació epidemiològica de qualitat, es constata l'absència d'un sistema d'avaluació sistemàtica de les intervencions preventives fetes que permeti obtenir dades contrastades i fer un seguiment del fenomen per millorar el disseny de les estratègies que ens allunyi dels biaixos ideològics o dels discursos alarmistes. En general, no s'avalua la consecució dels objectius de les intervencions i dels programes, i es constata una manca important de suport a la recerca en l'àmbit preventiu. Aquestes mancances dificulten la revisió necessària i l'adequació de les eines de treball per tal d'adaptar les intervencions als canvis socials que es van produint.

Aquesta situació reforça la desconfiança en la prevenció i la manca d'interès polític per potenciar les polítiques preventives comunitàries. Afavoreix determinats posicionaments ideològics que tendeixen a normalitzar i idealitzar el consum.

El grup considera que s'haurien de poder definir i recollir indicadors rellevants per a la prevenció, explorant quins d'aquests indicadors es poden obtenir ja des dels recursos

d'informació científica disponibles, com són l'Observatori Europeu de les Drogues i Toxicomanies (OEDT), el Sistema Estatal de Informació Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD), el Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (SIDC), el Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), l'Observatori de Nous Consums Juvenils i diversos observatoris locals o territorials. Un cop identificats els indicadors ja disponibles, caldria definir els que manquen, i també explorar quins recursos i quins instruments calen per assegurar la disponibilitat d'aquesta informació clau.

-

### 2.1.3. PARTS IMPLICADES

Es considera que, actualment, per intervenir i avançar el treball preventiu en l'àmbit comunitari d'acord amb els principis que orienten l'Estratègia, pel que fa a l'impuls i la coordinació cal comptar amb la Subdirecció General de Drogodependències com a eix clau per liderar i promoure la participació dels sectors següents:

- [+] Responsables polítics i tècnics de plans municipals, comarcals i autonòmics.
- [+] Responsables d'associacions, organitzacions de consumidors o exconsumidors de drogues i /o alcohol.
- [+] Experts en processos participatius.
- [+] Investigadors i professionals de la docència.
- [+] Professionals de serveis vinculats a l'atenció a les persones (salut, educació, serveis socials, seguretat, etc.)
- [+] Responsables de minories culturals/immigrants o d'organitzacions que treballen des de la perspectiva de gènere.
- [+] Periodistes i generadors d'informació, tant als mitjans tradicionals (especialment d'àmbit local), com en les noves tecnologies de la comunicació (Internet, telefonia mòbil, etc.).

-

### 2.1.4. CONCLUSIONS

Es fa palesa la necessitat de plantejar un marc de referència global que contribueixi a millorar de forma significativa la planificació, la coordinació i l'orientació de la confusió actual o desorientació d'una bona part dels professionals que treballen en el camp de la prevenció.

És a dir, manca un Pla català de prevenció pel que fa a les drogues i els problemes associats, aprovat i dotat pel Parlament de Catalunya i liderat per la Subdirecció General de Drogodependències. La disponibilitat d'aquest marc permetria aclarir els objectius, els mètodes i els instruments d'eficàcia provada, com també coordinar i donar coherència global a tot el que fa referència a la prevenció d'un fenomen tan complex com és el constituït pels consums de drogues i els problemes associats a aquests consums.



02.2

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ

ÀMBIT EDUCATIU

RESPONSABLE

LOURDES BASSA REQUENA

COORDINADORS

ANNA PRIETO SORIA

CARLES ARIZA CARDENAL

COL·LABORADORS

CARLES SEDÓ LUZURIAGA

ESTER CASTEJÓN CORONADO

EULÀLIA SOT RAHOLA

EVA LÓPEZ DE LA PLAZA

EVA MASSÓ TAMAYO

ISABEL MATAS SALLA

JORDI CAMPS MARTÍ

MARGARITA COLL FALGÀS

MARIA JOSÉ MORCILLO BUSCATÓ

TERESA PEÑAFIEL RAMÍREZ

XESCA ARQUÉS SENDRA

## 02.2

### ÀMBIT EDUCATIU

El grup de treball de l'àmbit educatiu presenta una síntesi qualitativa de la situació actual en l'àmbit de l'educació formal, basada en la realització d'una anàlisi DAFO. A través de la percepció dels membres del grup de quines són les debilitats, amenaces, fortaleeses i oportunitats presents actualment a Catalunya, pel que fa a la prevenció del consum de drogues i altres problemes associats, el grup presenta una sèrie de propostes de millora com a conclusions del seu treball.

-

#### 2.2.1. FORTALESES

Un dels àmbits més desenvolupats en prevenció és l'educatiu, on molts educadors fa anys que treballen com a agents de salut. Malgrat que hi ha moltes coses per fer, cal recollir i remarcar com a fortaleesa principal tota la feina que s'ha fet i s'està fent actualment, atès que l'anàlisi del que hem après i ara tenim és un punt de partida per definir tot allò que cal millorar.

#### Programes universals

L'experiència és la fortaleesa principal en aquest àmbit. Fa més de dues dècades que s'està treballant en prevenció des de l'àmbit educatiu. Aquest bagatge en el desenvolupament d'experiències i programes fa que actualment es disposi d'un nombre considerable de bons professionals i d'un recull d'experiències institucionals derivades de tot aquest camí recorregut.

En aquest marc, cal esmentar alguns programes duts a terme des dels departaments d'Educació i de Salut, com ara el Programa de salut a l'escola; les activitats que es duen a terme des de les tutories; programes que organitzen entitats amb el suport de l'Administració, com "l'Aventura de la vida", o els programes comunitaris que funcionen en xarxa com el model interdisciplinari de Mataró. Igualment, cal destacar la feina desenvolupada des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, que des de principi dels anys noranta promou i aplica programes de prevenció de drogodependències a l'escola secundària, dissenyats amb població escolar de Barcelona, en estret contacte amb les escoles: el programa "PASE.bcn" en el primer cicle de l'etapa i el programa "Decideix!" en el segon.

Tots aquests exemples permetrien elaborar un model general en el marc de l'Estratègia on es valorés la complementarietat de la feina entre diferents àmbits professionals i serveis, on té cabuda la col·laboració de molts professionals.

Així mateix, el projecte dels departaments d'Educació i de Salut, "Salut i Escola", sembla un pas endavant per a la prevenció, sobretot pel que fa a la figura de l'infermer o infermera des del moment que pot homogeneïtzar a escala estructural les intervencions en el territori i enfortir-les qualitativament.

### Programes selectius i indicats

A Catalunya hi ha també una experiència sòlida d'atenció a col·lectius en situació de risc pel que fa al consum de drogues.

En recursos generals cal remarcar l'experiència del Servei d'Orientació en Drogodependències (SOD) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, que, des de 1999 s'ofereix com un recurs de prevenció selectiva o indicada, segons la necessitat de cada cas, per als joves que presenten conductes de risc en relació amb les drogues i per les seves famílies. Aquest servei respon a situacions a què no poden arribar els programes universals. Per tant, és un element complementari bàsic per a la resta d'intervencions, com ara els programes escolars universals o els lligats a l'àmbit del lleure.

En el marc del projecte nou de prevenció universal "Salut i Escola", la figura de l'infermer o infermera als IES pot tenir un paper clau per a la detecció precoç d'adolescents en situació de risc, i pot fer una tasca de derivació a serveis com el SOD, que disposen de l'experiència i la capacitat per iniciar processos de prevenció selectiva i indicada.

-

### 2.2.2. DEBILITATS

#### Programes universals

Una de les principals debilitats de la prevenció a l'àmbit educatiu és que, ara com ara, el seu desenvolupament depèn d'una actuació voluntària, és a dir, de la implicació i professionalitat dels tècnics municipals, dels professionals dels CAS, etc. i de la bona voluntat i motivació de mestres o professors que, a més, poden canviar de centre, i amb la seva marxa pot truncar-se l'aplicació de les iniciatives. Això, i els canvis de sensibilitat en la política municipal, provoquen sovint manca de continuïtat dels programes i per tant inestabilitat en els projectes o intervencions.

Una altra debilitat bàsica és la manca d'un marc global que doni coherència teòrica i pràctica a tot el conjunt de la prevenció en l'àmbit educatiu. No estan clarament identificats els objectius que s'ajustin a les possibilitats d'actuació de les escoles i dels centres educatius. No hi ha una idea clara de si cal fer prevenció, de quan cal fer-la, de quina manera cal fer-la, de qui l'ha de fer, i quin temps s'hi ha de destinar. Paral·lelament a aquesta mancança, es disposa de molts materials preventius dissenyats amb disparitat de criteris. Addicionalment, hi ha una tendència a fer prevenció en etapes vitals on el consum crea alarma social, sobretot en l'adolescència, on se situa l'inici del consum de les diverses substàncies. Mentrestant s'oblida intervenir en altres edats, per exemple en secundària postobligatòria o bé a la universitat.

Pel que fa a la formació, una debilitat important és conseqüència de la multisectorialitat dels professionals que intervenen en prevenció (psicòlegs, mestres, professors de secundària de diferents especialitats, infermeres, etc.), tots amb formacions d'origen divers i amb poca formació específica en prevenció. Aquesta realitat, que té aspectes molt positius, dificulta, però, l'aplicació d'un enfocament preventiu on els conceptes, els objectius, els mètodes i les activitats siguin homogenis i coherents.

Relacionada amb els dos punts anteriors, un altra debilitat d'aquest àmbit és la manca de rigor d'alguns materials i accions preventives que s'apliquen. Hi ha una gran heterogeneïtat pel que fa a la qualitat de les propostes de prevenció. Malgrat ser un dels àmbits preventius que disposa de més evidència sòlida sobre mètodes efectius, sovint els educadors desconeixen la validesa del que fan.

Alguns municipis o territoris on s'ha prioritzat la incorporació de la prevenció en l'àmbit educatiu coincideixen en el fet que la majoria d'agents educatius implicats desconeixen la xarxa comunitària relacionada amb la resta de serveis que poden contribuir al desenvolupament dels programes preventius en col·laboració amb l'escola (salut, serveis socials, etc.).

Hi ha poques oportunitats de participació ciutadana. No es té prou en compte l'opinió o el criteri de la població i, en general, s'ofereixen poques oportunitats de participar en les decisions relacionades amb la seva salut. Concretament en aquest àmbit s'implica poc els principals agents de prevenció, els pares i les mares, com a agents de salut i com a transmissors de valors per a una salut mental futura millor.

Un aspecte que pot explicar totes les debilitats anteriorment exposades és que no està clarament identificada quina administració o institució lidera la prevenció a tot Catalunya i a cadascun dels territoris comarcals i locals. Estretament lligat a aquesta indefinició, s'observa també un problema de manca de dotació pressupostària sòlida que permeti donar continuïtat als programes preventius que es considerin necessaris.

Finalment, es fa poca difusió dels programes i recursos existents i dels bons resultats que s'estan obtenint. Això no ajuda a difondre la idea que la prevenció és necessària i efectiva.

### **Programes selectius i indicats**

Una debilitat en aquests nivells d'intervenció preventiva és que, com que donen prioritat als programes universals adreçats a població general, es redueix la inversió en les actuacions preventives destinades a treballar amb col·lectius i grups en situacions de risc.

Manquen estratègies per detectar aquests col·lectius en situacions que poden significar riscos greus per a la salut integral dels nois i les noies. També manquen protocols clars de detecció precoç, actuació i derivació cap a recursos especialment preparats per treballar amb diferents grups segons les seves característiques i relacions que mantenen amb les drogues. Hi ha molts joves que abandonen els estudis abans dels 16 anys i aquests no seguiran atesos si no es disposa d'una resposta socioeducativa comunitària.

En aquest sentit, com ja s'ha comentat, si bé Barcelona i altres localitats disposin d'un servei d'atenció a aquests col·lectius en situació de risc, en moltes altres poblacions i territoris no hi ha recursos equivalents. Per tant, es pot detectar una mancança en el desenvolupament d'intervencions selectives i indicades en el territori de Catalunya.

Finalment, s'observa que tampoc hi ha formació específica per a aquells professionals que han de treballar amb grups en situacions de risc especials, que els permeti afrontar millor cada cas i articular més bé possibles derivacions.

-

### 2.2.3. AMENACES

#### Programes universals

Algunes accions i intervencions poden ser vistes com a neutres i en canvi poden representar amenaces si no es gestionen bé. Fins i tot algunes accions poden ser alhora fortaleses i amenaces. Aquest és el cas del nou projecte "Salut i Escola", que malgrat que pot representar una fortalesa per al sistema en general, també podria significar una amenaça si no s'integra a la xarxa d'una manera racional.

La saturació d'ofertes de programes preventius és una amenaça ja palesa a molts territoris. Hi ha tantes opcions on triar que no se sap quina és la millor o la més adequada. L'arrel d'aquest problema és que manca cohesió i organització global. Això pot ocasionar problemes potencials de descoordinació, duplicitats i malbaratament de recursos.

Les diferències de criteri sobre què és la prevenció, i la confusió consegüent que comporta per als professionals als qui se'ls delega la decisió de portar a terme les accions (mestres, professors) du a situacions que poden ser considerades com potencialment amenaçadores. Per exemple, el fet d'aplicar accions de prevenció indicada en contextos on és més adient aplicar prevenció universal o bé al contrari.

#### Programes selectius i indicats

En el cas dels col·lectius especials, i en el dels menors tutelats a centres tant de la DGAIA com de menors acollits a les mesures previstes per la DGJJ, es detecten més situacions de risc pel que fa a les drogues. En canvi, no s'ofereixen més actuacions preventives. Calen recursos adequats que prevegin la diversitat i especificitat de les diverses situacions, tenint en compte que són nens i joves amb els quals no sempre es pot comptar amb el suport familiar, o aquest suport per part de les famílies pot ser més difícil d'obtenir.

Una amenaça (entesa com a novetat que cal afrontar adequadament) és el nombre creixent de menors estrangers indocumentats i no acompanyats. Més del 70% dels quals no són a cap institució i als quals és molt difícil accedir. En aquests casos, les actuacions són encara més complexes i, ara com ara, no s'estan donant respostes efectives.

El tractament mediàtic dels temes relacionats amb les drogues i les poblacions en situacions de risc, sovint centrat en els aspectes més negatius, sense mostrar l'efectivitat de les actuacions educatives i de prevenció, representa també una amenaça que caldria corregir.

#### 2.2.4. OPORTUNITATS

El marc escolar constitueix un context amb moltes oportunitats per fer prevenció. L'escola disposa de tots els elements per ser una bona eina preventiva, però calen mesures específiques de suport perquè pugui respondre amb qualitat a aquesta funció potencial.

##### Programes universals

En primer lloc, el treball des del centre escolar permet accedir fàcilment a l'alumnat i a les famílies. L'àmbit educatiu facilita la transmissió d'un enfocament institucional preventiu que tant alumnes com pares i mares esperen, i fer-ho, a més, d'una forma universal, és a dir, arribant a tots els alumnes i les famílies.

Ja dins l'escola, l'organització normal de les àrees acadèmiques permet un possible abordatge transversal de la prevenció del consum de drogues i problemes associats. De fet, una de les fites per aconseguir és que s'integri de forma normalitzada en el funcionament habitual dels centres, bé en el currículum d'una forma generalitzada, bé en diverses àrees, o dins l'espai de la tutoria. Aquest espai ara com ara sembla el lloc escollit de forma natural pels centres que volen treballar la prevenció. És evident que als tutors els manca temps a l'hora de preparar materials específics, de caire transversal i d'educació en valors (drogues, prevenció del VIH, prevenció de la violència, altres aspectes de promoció de la salut, d'educació per al consum, etc.), però en canvi és també palesa la preocupació i la predisposició que hi ha per part de les tutories per millorar i aprendre en prevenció de drogodependències.

També dins del marc escolar una altra oportunitat clau és la possibilitat de formar els educadors i les educadores. Cal aprofitar aquesta oportunitat per promoure la formació específica del professorat i també per donar orientació i suport a l'acció tutorial. En aquesta formació cal incloure tota la informació sobre els recursos existents –sobretot en el territori– ja sigui des del Departament de Salut com des del mateix Departament d'Educació. Ja hi ha moltes experiències positives de formació mitjançant l'assessorament a centres. També l'Agència de Salut Pública de Barcelona ha fet formació en relació amb els seus programes durant els darrers quinze anys.

Addicionalment, l'àmbit escolar permet desenvolupar la intervenció preventiva des dels estadis inicials. De fet, a molts municipis on es comença a treballar és a l'escola bressol, on mestres i famílies estan molt motivats per l'educació integral dels més petits. És un bon moment, perquè tots els aprenentatges en límits i valors estan en l'estadi més primerenc.

Així mateix, l'escola està immersa en una comunitat, en una societat, per tant, a l'hora de fer prevenció pot aprofitar el potencial de tots els agents socioeducatius existents i treballar d'una forma coordinada. El programa "Salut i Escola" neix amb aquest esperit. El seu objectiu principal és apropar els recursos de salut als centres educatius i pot ser una oportunitat per atendre les necessitats de la prevenció.

Un tractament adequat de la informació objectiva disponible és també una bona oportunitat per a la prevenció. Disposem de sistemes d'informació i d'observatoris de drogues que generen dades i informació quantitativa i qualitativa valuosa. Si aquesta oportunitat se sap aprofitar per col·laborar amb els mitjans de comunicació, es podria generar un tractament mediàtic positiu dels temes relacionats amb les drogues. Alguns precedents, com la bona difusió de programes, mostren que aquesta opció és viable i caldria explorar-la més a fons.

Finalment cal assenyalar que Catalunya disposa de diverses xarxes socioeducatives de qualitat alta. Caldria aprofitar aquest fet per ordenar i desenvolupar un mapa de recursos existents i compartir-lo amb tots els agents implicats.

### **Programes selectius i indicats**

Cal aprofitar la feina feta i l'experiència acumulada derivada de la feina amb poblacions en situació de risc o col·lectius amb condicions especials, per millorar la prevenció dirigida a grups d'immigrants, per incloure intervencions selectives en l'atenció que es fa amb l'alumnat nouvingut.

Als centres de la DGAIA i la DGJJ es disposa d'accés directe a la població infantil, adolescent i jove en situacions de risc. Cal aprofitar aquest fet per facilitar les actuacions selectives i indicades, ja que permet treballar de manera conjunta amb diferents professionals i programar les intervencions més adequades. En medi obert, cal promoure l'aplicació dels programes de mediació i reparació que hagin estat efectius.

Experiències com la que proporciona el SOD podrien ser ampliades i exportades per a moltes altres situacions. Cal aprofitar la feina feta i fer participar els professionals que la duen a terme.

-

### **2.2.5. PARTS IMPLICADES**

El grup considera que, actualment, per intervenir i avançar el treball preventiu en l'àmbit educatiu d'acord amb els principis que orienten l'Estratègia, cal comptar amb la participació de diversos sectors professionals:

#### **Àmbit escolar**

- [+] Mestres d'escola bressol
- [+] Mestres d'educació infantil i primària
- [+] Professorat d'educació secundària
- [+] Professionals de l'EAP
- [+] Altres psicòlegs o psicòlogues, psicopedagogs o psicopedagogues i pedagogs o pedagogues

### Àmbit local/comunitari

- [+] Tècnics municipals de joventut, salut, educació, etc
- [+] Tècnics de prevenció del consum de drogues i altres problemes associats
- [+] Treballadors socials
- [+] Treballadors familiars
- [+] Educadors socials
- [+] Professionals que treballen als centres de justícia juvenil i DGAIA
- [+] Pares i mares
- [+] Periodistes i altres comunicadors

### Àmbit sanitari

- [+] Agents de salut d'altres àmbits
- [+] Infermers
- [+] Metges d'atenció primària i pediatres
- [+] Psiquiatres i psicòlegs dels CSMIJ
- [+] Personal dels CAS
- [+] Personal dels serveis de salut pública i comunitària

-

## 2.2.6. CONCLUSIONS

Encara hi ha centres educatius a Catalunya que no disposen de cap activitat de prevenció de drogodependències al llarg de l'escolaritat d'una forma sistemàtica. Això no és conseqüent amb les pressions fortes que promouen el consum tant de les drogues legals com il·legals entre la població general, i en especial entre els grups de menors d'edat. La promoció i l'educació per a la salut (i la prevenció universal dins d'aquest) no pot continuar depenent de la motivació d'algunes escoles o docents. És a dir, actualment les actuacions engegades són totalment voluntàries. Mentre es mantinguin sobre la base del voluntarisme, mai arribaran a tenir cobertura universal. **Cal que la promoció i l'educació per a la salut s'ofereixi i exigeixi a tots els centres educatius.** Per això, cal regular aquest àmbit en el currículum escolar, mitjançant una normativa definida.

Per aquest motiu, **cal disposar d'un marc institucional, legal i competencial global** que permeti ordenar l'àmbit educatiu tot definint el marc teòric de referència, els aspectes operacionals i de mètode, la necessitat d'avaluació dels programes, els continguts formatius mínims i les dotacions pressupostàries necessàries per assegurar la dotació dels recursos humans i materials necessaris. La disponibilitat d'aquest marc permetria aclarir els objectius, els mètodes i difondre els instruments d'eficàcia provada, pel que fa a la prevenció d'un fenomen tan complex com el dels consums de drogues i els problemes que hi són associats.



02.3

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ

ÀMBIT FAMILIAR

RESPONSABLE

NORMA GARRIGA GARRIGA

COORDINADORS

ROSA SUÁREZ VÁZQUEZ

XAVIER PEDRÓS CORTASA

COL·LABORADORS

AMPARO JUNQUERO VALLE

CRISTINA BRULLET TENAS

JAUME LARRIBA MONTULL

JOSEP MARIA SUELVES JOANXICH

MARIONA CORBELLA VIRÓS

MÍRIAM SÁNCHEZ PELLISÉ

QUIM CABRA SOLER

ROSER BATLLE SUÑER

ROSER ORRIOLS GUILLEMAS

## 02.3

### ÀMBIT FAMILIAR

El grup de treball de l'àmbit familiar analitza de forma qualitativa la situació actual en l'àmbit de l'educació formal utilitzant l'anàlisi DAFO organitzat en cinc eixos d'anàlisi: aspectes que conformen aquest àmbit pel que fa als canvis socials ràpids que s'han produït en les últimes dècades, quant a les relacions amb els fills, pel que fa a les relacions de les famílies amb l'escola, en relació amb les relacions amb la comunitat, i finalment, pel que fa a les polítiques d'intervenció preventiva en l'àmbit familiar.

-

#### 2.3.1. FORTALESES I OPORTUNITATS MÉS DESTACABLES

##### Canvis socials

Un actiu molt important que cal considerar pel que fa a com les famílies afronten els profunds canvis socials que s'han produït al nostre país en les darreres dècades, és que l'entitat familiar constitueix un dels agents socials amb més capacitat d'anticipació per preveure els nous riscos que van apareixent.

Actualment, els pares i les mares disposen de més formació personal, i mostren també més interès per aprendre i capacitar-se de forma adequada per afrontar els nous reptes que planteja una realitat en situació de canvi constant.

També hi ha una sensibilitat social important respecte al valor educatiu de la família. Caldria donar-hi suport i contribuir a aprofundir des de l'àmbit de la prevenció familiar.

En el marc de l'assimilació lenta però progressiva del repartiment més igualitari de responsabilitats i funcions familiars entre pares i mares, s'observa com una oportunitat per aprofitar la potenciació incipient del paper del pare com a figura emergent en la cura quotidiana dels fills.

##### Relacions amb els fills

Actualment, els adolescents valoren positivament el paper de la família com a entorn on poden trobar suport afectiu, moral i material. Aquest fet és altament rellevant en prevenció, ja que l'establiment de vincles afectius forts entre els membres de la família és un factor protector, no solament davant l'aparició de problemes en relació amb les drogues, sinó també davant d'altres situacions de risc. En coherència amb el punt anterior, cal assenyalar que una millora en la dinàmica familiar comporta una millora en els problemes dels fills.

Pel que fa a les relacions familiars com a element clau en prevenció, cal considerar com un actiu important els altres models de famílies novingudes al nostre país. D'acord amb les seves tradicions culturals d'origen, prestigien el paper de la família.

Quant a les famílies en situació de risc, cal tenir en compte els resultats positius de programes de formació d'habilitats parentals desenvolupats a Catalunya; per exemple, el programa "Protego", per assegurar que arribin a totes les famílies que a Catalunya estan en una situació més gran de vulnerabilitat.

### **Relacions de les famílies amb l'escola**

Una oportunitat que cal considerar i reforçar és que l'escola ofereix accés a la formació de pares i mares, tant com a espais de debat per facilitar la capacitació familiar davant les noves realitats que afecten nens i adolescents.

A més, cal valorar diversos mecanismes de participació familiar que s'estan produint en l'àmbit educatiu: la figura dels delegats de pares i mares, les AMPA, etc.

### **Relacions amb la comunitat**

L'àmbit familiar pot comptar amb el suport i la complementarietat de funcions ofertes des dels diversos espais de participació que conformen el teixit social a casa nostra: xarxes de barri, iniciatives de veïnatge, recursos derivats del moviment associatiu, etc.

L'oferta d'activitats de lleure pot constituir un element de reforç, que si bé en si mateix no és necessàriament preventiu, combinat amb altres elements de caràcter preventiu, sí que pot constituir un element protector complementari al de la família.

### **Les polítiques d'intervenció en l'àmbit familiar**

Des del marc de les polítiques públiques, cal valorar com un pas endavant vers el reforç del paper de la família, l'aprovació i el desenvolupament de la Llei 18/2003, de 4 de juliol, de suport a les famílies. Aquesta Llei té com a finalitat establir les bases i engegar les mesures concretes per desplegar una política de suport i protecció a la família, entesa com a eix vertebrador de les relacions entre els seus membres i com a àmbit de protecció davant dels diversos reptes, riscos i problemes que els afecten.

Aquesta Llei es fa ressò d'una sensibilitat social creixent pel que fa al valor educatiu i, per tant, també preventiu de la família. A més, les polítiques públiques també estan donant suport a les funcions educadores i prosocials de les famílies, mitjançant el disseny de projectes educatius de ciutat. Aquests projectes s'estan impulsant des de molts municipis catalans.

-

## **2.3.2. REPTES: DEBILITATS I AMENACES**

### **Els canvis socials**

Actualment, la família ha de respondre a una realitat social que es caracteritza per l'absència d'un sistema de valors clars. Això afecta les dinàmiques familiars tant com altres sistemes d'integració social. S'han viscut grans canvis en el nostre país durant els darrers quaranta anys. Aquests canvis inclouen, entre d'altres, la modificació de la percepció social vers el fenomen de les drogues i de la seva importància.

En aspectes de gestió familiar es rebutgen models anteriors quan encara no s'han definit clarament nous models. Per això, una altra debilitat derivada dels reptes als quals ha de respondre la família davant d'una realitat en transformació permanent, és que, potser com a reacció mal orientada davant models ja fa temps superats, sovint persisteix una confusió entre l'exercici necessari de l'autoritat (en forma de pautes coherents de gestió familiar) i l'autoritarisme.

Una altra amenaça important en aquest eix dels canvis socials és la derivada de les demandes creixents que comporta l'existència d'un mercat laboral altament competitiu i exigent –en esforç esmerçat i en horaris– per a pares i mares, sense que s'hagin desenvolupat suficientment prou oportunitats de conciliació entre la vida familiar i la vida professional.

La funció preventiva de les famílies vers alguns dels factors de risc pel que fa a desenvolupar problemes amb les drogues o en relació amb altres amenaces a la salut física, mental i emocional dels fills, pot estar condicionada per les expectatives socials imperants. Aquestes expectatives actualment situen la competitivitat i l'obtenció d'objectius individuals, cada cop més exigents, per sobre d'altres valors com la solidaritat, el compromís amb altri i la recerca del bé comú. En aquest context, el valor de l'educació integral i equilibrada de les persones pot veure's desplaçat per les exigències d'assolir una formació sectorial d'alta exigència, on la consecució d'un grau desitjable de salut mental no és necessàriament una prioritat.

Finalment, les dificultats d'emancipació dels joves per problemes de precarietat laboral poden situar-se igualment sota la perspectiva de les amenaces relacionades amb els canvis socials.

### **Les relacions amb els fills**

Les famílies han de gestionar les pautes d'actuació dels fills en un moment en què manca un model educatiu clarament definit. Un marc on vessants com la disciplina i l'establiment de límits són desprestigiats. Aquesta manca de referències dificulta sensiblement la transmissió de missatges coherents als fills.

L'augment del poder adquisitiu de sectors importants de la població, la fragmentació dels vincles familiars, la manca de temps per dedicar al desenvolupament d'activitats familiars conjuntes, i el desig dels pares i mares que els fills disposin de més recursos dels que ells van tenir a la seva edat, propicia la satisfacció immediata dels desitjos filials, l'increment general del poder adquisitiu dels adolescents, i la tendència a delegar les responsabilitats educatives en terceres persones.

En aquest context no només manquen suficients oportunitats de capacitació en el rol parental sinó que, addicionalment, quan es donen aquestes oportunitats, molt sovint no s'aprofiten adequadament a causa dels condicionants que conformen la vida diària dels pares i les mares (exigències laborals diverses, manca de temps, cansament, etc.).

### **Les relacions de les famílies amb l'escola**

Durant els darrers anys moltes famílies han incrementat les expectatives vers les funcions inherents als recursos educatius. Han exigint que l'escola supleixi determinades tasques educatives pròpies de les responsabilitats familiars. També estan augmentant els episodis d'enfrontament entre alguns pares i els educadors dels seus fills. A més, manca suficient oferta de formació específica del professorat en el tractament de les relacions amb la família.

### **Les relacions amb la comunitat**

L'acció preventiva de les famílies no es desenvolupa en un terreny neutre. Li toca competir amb sofisticades estratègies de comercialització i promoció del consum, tant de drogues legals com il·legals. Estratègies econòmiques d'expansió de mercats que mai es presenten com a tals als grups diana (joves i adolescents), sinó sota discursos atractius que apel·len a suposades opcions d'expansió dels espais de llibertat i enriquiment de les oportunitats de gaudir de l'oci.

La força i la multiplicitat d'aquests mercats, que en certa manera han agafat desprevinguda la nostra societat, han fet que les mesures de control de l'oferta —és a dir, de control del mercat— es presentessin com a mesures restrictives de les llibertats individuals. S'ha propiciat, així, una banalització del discurs social en relació amb les drogues. Es desestimen dades objectives de consum i l'impacte negatiu del consum en l'evolució de determinats indicadors (episodis d'embriaguesa en adolescents, increment de les urgències hospitalàries, etc.). Tots aquests factors dificulten la funció preventiva que li correspon a la família, que mostra una certa sensació d'impotència per gestionar les pautes del fills en un context gens favorable a la prevenció.

### **Les polítiques d'intervenció en l'àmbit familiar**

L'actuació depenent de l'alarma social ha estat una feblesa de les actuacions públiques en aquest àmbit, és a dir, el desplegament d'accions mancades d'una planificació prèvia, que incloguessin les previsions necessàries a curt, mitjà i llarg termini. Aquesta realitat explica igualment la manca de rigor en algunes intervencions i una certa confusió en la presentació dels missatges, que han resultat canviants i fins i tot contradictoris pel que fa als temes relacionats amb les drogues.

S'evidencia igualment una inversió escassa en recursos humans i materials per desenvolupar polítiques de prevenció familiar.

Finalment es palesen insuficiències significatives en les polítiques socials globals, tot i que el grup considera que qualsevol acció inespecífica no es necessàriament també preventiva.

### 2.3.3. PARTS IMPLICADES

El grup considera que, d'acord amb els principis que orienten l'Estratègia, els principals interlocutors que cal tenir en compte per intervenir i avançar el treball preventiu en l'àmbit familiar són:

- [+] Centres educatius, equips docents, AMPA
- [+] Els ajuntaments com a impulsors dels programes comunitaris de prevenció
- [+] Entitats i associacions que intervenen en programes comunitaris i d'educació en el lleure
- [+] Entitats i associacions que treballen per a la integració de la població en risc de marginació, amb població immigrada
- [+] Professionals de la salut, en especial les especialitats de pediatria, infermeria i atenció primària
- [+] Serveis socials
- [+] Àmbit de la justícia: cossos policials, presons, medi obert, justícia juvenil
- [+] Centres maternoinfantils
- [+] Centres d'atenció i seguiment de drogodependències
- [+] Formadors de mares i pares
- [+] Tècnics de prevenció, serveis socials o educació
- [+] Personal dels serveis de salut pública i comunitària
- [+] Professionals de la psicopedagogia
- [+] Monitors esportius d'activitats extraescolars
- [+] Autoritats i/o líders religiosos
- [+] Empreses i/o associacions d'empresaris d'oci nocturn

-

### 2.3.4. CONCLUSIONS

L'Estratègia nacional de prevenció s'ha d'articular a través d'un marc vinculant, que inclogui elements d'acreditació i homologació de compliment obligat, capaç de garantir la qualitat i l'efectivitat de tota intervenció sustentada amb recursos públics.

En aquest sentit, el grup demana l'establiment d'un marc polític clar i sòlid que afavoreixi el desenvolupament i la implantació de l'estratègia nacional.

A més a més, es proposen les recomanacions següents:

- [+] **Desplegar la Llei de famílies** pel que fa al reforç dels aspectes favorables a la prevenció de problemes relacionats amb les drogues. Potenciar polítiques transversals de participació social àmplia, perquè l'educació dels fills afecta tots els teixits socials.

- [+] **Afavorir la coresponsabilitat dels diferents agents educatius** que actuen al territori. Incrementar la coordinació i l'acció conjunta dels recursos que es posen en marxa per atendre les famílies. Considerar les diversitats culturals en la planificació.
- [+] **Donar suport a intervencions basades en l'evidència.** Malgrat que a Catalunya s'han avaluat poques intervencions preventives en l'àmbit familiar, en contextos propers al nostre sí que es disposa de més informació derivada de la investigació experimental sobre l'efectivitat de programes familiars.
- [+] **Promoure un discurs social favorable a la salut** definint un sistema de valors clars. Tractar el tema del consum de drogues amb objectivitat, evitar difondre missatges que puguin crear confusió respecte de la seva importància, però a la vegada evitar caure en l'alarmisme. En aquest sentit, cal transmetre igualment missatges orientats a destacar l'impacte emocional que per als fills té el consum de drogues en la família.
- [+] **Combinar les mesures d'abordatge inespecífic i d'abordatge específic.** A banda intervencions inespecífiques (espais socialitzadors per als joves, inversions en recursos i infraestructures per a la joventut, etc.), també cal promoure el desenvolupament de programes específics de prevenció de drogues. Seria insuficient un enfocament que desatengui intervencions específiques en drogo-dependències.
- [+] **Promoure xarxes informals de famílies.** Cal potenciar les xarxes d'amistat, veïnatge, associacions, etc. per augmentar els espais socialitzadors. Cal donar valor a aquestes relacions i compensar les situacions de risc en què es troben les famílies més vulnerables (fragmentació, formes de gestió familiar inconsistents, etc.).
- [+] **Reforçar intervencions orientades a aprofundir en les relacions familiars** més que a la informació. És a dir, impulsar mesures que reforcin el vincle afectiu en les famílies, potenciar la cultura de lleure amb els fills (realització conjunta de tasques familiars i activitats de lleure) i impulsar l'esport i lleure en família. Hi ha molts recursos que es poden aprofitar: turisme rural, acampades, etc.
- [+] **Redefinir mecanismes de participació familiar a les escoles.** Potenciar el pacte nacional per l'educació. Enfortir el vincle entre família i escola com un eix de referència clau del nen i l'adolescent. Analitzar a fons quines són les necessitats i les demandes de les famílies, i a partir d'aquí explorar noves vies de participació de la família a l'escola, que serveixin per incrementar les competències de gestió familiar. Donar suport a les AMPA, reforçant el paper dels tutors i estimulant l'exercici dels drets i deures dels pares i les mares pel que fa a l'educació dels fills des d'etapes primerenques.
- [+] **Potenciar la participació puntual o ocasional dels pares** en els programes escolars dels fills.

- [+] **Assegurar que l'educació sobre drogues a l'escola parteix de l'educació en valors, actituds i comportaments saludables** generals, abans de tractar el tema drogues.
- [+] **Promoure la innovació en els programes de prevenció**, emfasitzant la necessitat de seguiment i avaluació de les noves experiències que es vulguin implantar. Això sense oblidar que els resultats de les intervencions preventives s'han d'avaluar a curt, mitjà i llarg termini.



02.4

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ

ÀMBIT LABORAL

RESPONSABLES

LÍDIA SEGURA GARCIA

JOAQUIM MARIA SOLÉ MONTSERRAT

COORDINADORS

RAMONA GARCIA MACIÀ

ESTEVE SALTÓ CERZUELA

COL·LABORADORS

ÀNGELS CAMACHO ALCALDE

CÉSAR SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

JAUME DE MONTSERRAT NONÓ

M. CARMEN MÁRQUEZ GARCIA

MIQUEL VILA SABATÉ

MONTSE GASCÓN MACIAS

PERE PLANA ALMUNÍ

XAVIER TRALLERO VILAR

XAVIER ORPELLA GARCIA

## 02.4

### ÀMBIT LABORAL

En les societats industrials avançades, el consum de drogues és causa de preocupació social important i comporta problemes de salut, tant en l'àmbit individual com comunitari. Els problemes que es deriven del consum estan arribant a nivells que mereixen per part de tots una presa de consciència i un esforç seriós per evitar-los, reduir-los i, si més no, identificar-los precoçment i tractar-los de manera efectiva.

Les empreses, com qualsevol organització social, no són alienes a aquesta realitat, són un reflex del medi on estan inserides i reproduïxen els patrons de comportament social. En l'entorn laboral, com en tots els àmbits, les opcions personals, pel que fa al consum de drogues, tenen repercussions sobre la salut, les relacions interpersonals i el rendiment. En el treballador pot ocasionar pèrdua de la salut, deteriorament de les relacions, pèrdua de la feina i problemes familiars, legals i financers. En l'àmbit de l'empresa es relaciona de vegades amb accidents, absentisme i pèrdua de productivitat i representa enormes costos socials i econòmics per a la indústria i la comunitat.

Tanmateix en l'àmbit laboral s'estan encunyant termes com *empresa saludable*, aquella que aconsegueix els seus objectius de forma eficient, tot satisfent les expectatives dels clients, dels accionistes, dels treballadors i del medi ambient. Els treballadors poden utilitzar tot el seu potencial, i la salut, la seguretat i el benestar estan integrats com a part dels objectius de l'empresa. En aquest marc, en els darrers anys s'està debatent força sobre la idoneïtat de l'àmbit laboral per dur a terme activitats de promoció de la salut i de prevenció del consum i dels problemes generats pel consum d'alcohol i altres drogues. Els qui hi estan en contra esgrimeixen que el teixit empresarial català és poc homogeni, i està constituït, en aproximadament el 97%, per petites i mitjanes empreses, fet que dificulta molt dur a terme accions de promoció i prevenció que puguin arribar a tots els treballadors. Hi ha qui el considera, en canvi, un espai adequat ja que ofereix una oportunitat d'accedir al segment de població més actiu de la societat amb un missatge preventiu similar i fer-ne un seguiment personalitzat. A més, és un espai regulador d'hàbits i de convivència de gran importància per a la vida de la persona i que en alguns casos pot actuar com un factor coadjuvant en la motivació. Les veus favorables afegeixen també que invertir en formació i detecció precoç és important per a la prevenció dels problemes relacionats amb les drogues en el món laboral perquè les persones hi entren quan són joves, moment en què la probabilitat de consumir substàncies és més alta, i la vulnerabilitat cap als seus efectes més gran.

Més enllà de la controvèrsia i atenent que en la salut laboral hi ha molts actors que hi tenen responsabilitat, l'objectiu d'aquest grup de treball ha estat exclusivament intentar descriure la situació actual de la prevenció del consum de drogues i pro-

blesmes associats en l'àmbit laboral i establir de forma consensuada alguns objectius i accions en el marc de les estratègies de promoció i prevenció.

El grup de treball ha partit de les premisses següents:

- [+] El risc que representa per a la salut del treballador el consum de substàncies psicoactives no està directament relacionat amb les condicions materials de treball que ha de garantir l'empresari, i per tant no estaria dins del marc de responsabilitats, de drets i deures que marca la Llei 31/95 de prevenció de riscos laborals.
- [+] No obstant això, els efectes que pot tenir sobre la salut el consum de drogues per part d'alguns treballadors té rellevància laboral quan:
  - [-] Expressament així ho determini una norma específica de prevenció de riscos.
  - [-] Quan s'associïn d'altres factors de risc, que determinin la potenciació o l'agreujament dels riscos laborals preexistents.
  - [-] Quan sorgeixin nous riscos derivats de la interacció.
  - [-] Quan afecti treballadors que es troben en estats o situacions transitòries, que puguin posar en perill terceres persones, en els termes previstos a l'article 25.1 de la Llei de prevenció de riscos laborals.

En aquest sentit, l'empresari, els treballadors i els representants legals d'aquests han de disposar d'informació i formació suficient per poder intervenir en l'àmbit de les seves competències.

Les actuacions des de l'àmbit laboral hauran de realitzar-se des de la racionalitat i l'objectivitat, evitar accions discriminatòries i qualsevol actuació haurà de respectar els drets d'intimitat i de confidencialitat que disposa l'article 22 de la Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals.

A Catalunya, l'abordatge del consum de drogues i els problemes associats dins de l'àmbit laboral té les línies estratègiques ja definides en el Conveni per a la prevenció i el tractament de les drogodependències en l'àmbit laboral, signat el 4 de març de 2002 entre el Departament de Salut, el Departament de Treball, Foment del Treball Nacional, Pimecsefes, Comissió Obrera Nacional de Catalunya i Unió General de Treballadors de Catalunya. Aquest acord de mínims per part de tots els interlocutors és el marc de referència de consens de l'Administració pública i els agents socials. En el conveni es posa de manifest que davant de la complexitat de la problemàtica, tots els agents han de fer esforços cohesionats, s'han d'aclarir els rols i que tots els agents tenen voluntat de seguir treballant junts en el desplegament d'activitats preventives i de promoció de la salut laboral. Aquestes activitats es desenvoluparan d'acord amb el que la Llei estatal 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals, l'actual Pla de Govern per a la prevenció de riscos laborals (2005-2008), el Pla de salut de Catalunya (2002-2010) i el Pla de prevenció de drogodependències de Catalunya recullen com a intervencions i accions prioritàries.

### **Segons el Pla de drogodependències, les actuacions en aquest àmbit:**

- [+] S'han de caracteritzar per criteris de prevenció primària, secundària i terciària.
- [+] S'han de dirigir tant a la reducció de la demanda com al control de l'oferta.
- [+] Han de ser sostingudes i incloure tant l'avaluació del problema com la formulació de polítiques i programes.
- [+] Han de tenir en compte les circumstàncies especials de cada situació, especialment els diferents factors culturals, socials i econòmics.
- [+] Han de poder relacionar-se amb altres esforços encaminats a millorar la seguretat i la salut laboral.
- [+] S'han de dirigir a tots els treballadors amb l'objectiu d'afavorir els hàbits saludables i de modificar les actituds i els comportaments de risc.

Així és imprescindible que es desenvolupin programes de promoció de la salut i prevenció universal prestant especial atenció a les accions de sensibilització dels sectors mitjançant la provisió d'informació, formació i instruments d'autoavaluació. Aquestes accions s'han d'harmonitzar amb les polítiques sanitàries i laborals nacionals i les iniciatives i serveis comunitaris ja que la seva efectivitat augmenta si es duen a terme en un marc polític apropiat en què els rols i les responsabilitats estiguin delimitats i en el qual els objectius de les accions i els recursos disponibles estiguin especificats.

Finalment, les accions han de ser sensibles a les preocupacions de tots els sectors (reducció de l'impacte negatiu en el desenvolupament econòmic, costos socials i seguretat pública per part dels governs; seguretat, productivitat i competitivitat per part dels empresaris i protecció de la salut, benestar i seguretat laboral per part dels representants dels treballadors).

**Els aspectes més significatius discutits en el marc del grup de treball sobre la situació actual s'organitzen en quatre grans apartats:**

#### **Marc normatiu**

Hi ha directrius internacionals i europees que creen un marc conceptual de treball però que resulta insuficient a l'hora d'aplicar-lo al nostre context.

En l'Estatut dels treballadors hi ha només un article que es relaciona directament amb aquest tema i té, més aviat, un enfocament punitiu envers el treballador. Article 22 i article 25.

#### **Estratègia**

No es disposa de polítiques i criteris d'actuació clars i definits sobre el consum d'alcohol i altres drogues, i sobre les seves conseqüències en l'àmbit laboral.

Hi ha pocs exemples disponibles sobre polítiques de prevenció posades en marxa en l'àmbit laboral, llevat de les de prevenció i control del tabaquisme. Les que hi ha són d'aplicació massa recent per poder-ne extreure conclusions fiables.

### **Cultura**

El consum de drogues i en concret d'alcohol és un problema determinant en l'àmbit de salut pública.

- [+] Manquen estudis específics que explicitin en el nostre context la importància del consum de substàncies i el seu impacte en aquest àmbit.
- [+] Es percep també una manca de sensibilització social que dificulta encara més l'abordatge en l'àmbit laboral. Així, la cultura de tolerància social del consum, en concret de l'alcohol –accessibilitat de punts de venda, publicitat– dificulta establir programes que creïn sensibilitat vers els hàbits lliures de tòxics.
- [+] Sovint es defineix el consum de tòxics com un problema punible i individual de la persona que el pateix. Això pot provocar sensació de discriminació en els treballadors que participin poc en els programes i adoptin actituds defensives davant qualsevol acció preventiva. Que ho visquin més com una amenaça al seu lloc de treball que com una oportunitat de resoldre un problema de salut.
- [+] En la societat preval una certa minimització de la problemàtica del consum d'alcohol i altres drogues a tots els nivells, en comptes de l'afrontament global, preventiu i de detecció precoç.

### **Característiques idiosincràtiques de l'àmbit laboral**

Hi ha poca coordinació dels recursos tècnics existents dins de l'àmbit laboral i poca delimitació dels rols dels diferents agents.

- [+] La manca de normativa específica determina la poca estructuració del que han de fer els comitès de seguretat i de salut, els serveis de prevenció i les mútues. Tampoc queda clar qui ho ha de fer.
- [+] No hi ha protocols clars sobre la matèria, ni tampoc instruments d'identificació validats que siguin útils. Els treballadors, a diferència del que fan en altres problemes de salut, acostumen a amagar el consum de drogues i els problemes associats.
- [+] Sovint no s'implica els treballadors en la decisió sobre què cal fer en aquests casos. No és identificat com un problema individual que afecta tot el col·lectiu d'una empresa i/o organització, sinó un problema personal que ha de resoldre la persona afectada.
- [+] Els professionals sanitaris que treballen en l'àmbit laboral i dels serveis de prevenció (metges i infermers del treball) tenen poca formació específica sobre l'abordatge del problema.

- [+] Determinades condicions de la vinculació laboral (temporalitat, etc.) dels treballadors en alguns casos dificulten les actuacions i la implantació a llarg termini dels programes.
- [+] S'han de dissenyar estratègies i recursos diferents per adaptar-los a les diferents necessitats i realitats empresarials i personals.
- [+] Hi ha poca coordinació dels recursos laborals amb els recursos comunitaris (atenció primària, hospitals, serveis especialitzats).
- [+] A Catalunya predomina un teixit empresarial amb moltes micro, petites i mitjanes empreses (97%), teixit sovint poc homogeni, amb molta variabilitat i subjecte a molts moviments laborals.
- [+] Hi ha pocs estudis específics sobre l'existència de grups de risc i mínima evidència científica acumulada.
- [+] Mala utilització, quan s'apliquen, de les proves de determinació i detecció. Sovint es fan proves aïllades, individuals, en situacions de diagnòstic i d'intoxicació, i amb finalitats més aviat punitives que de salut.

La major part de les intervencions que es fan són puntuals, directes i úniques, dirigides només a les persones que han presentat problemes d'intoxicació amb conseqüències sobre el desenvolupament de les seves tasques. En aquest sentit, representen problemes ètics, d'invasió de la intimitat i discriminatoris. A més, s'explicita que aquestes són les actuacions més freqüents. Habitualment es duen a terme sense implicar els treballadors i els seus representants en les decisions, sense informació específica prèvia i sense consens amb totes les persones que formen part de l'empresa. S'apliquen només per resoldre el problema puntual.

-

#### 2.4.2. PARTS IMPLICADES

##### Agents preventius

- [+] **Empresari.** L'empresari és agent preventiu si l'empresa té menys de sis treballadors i quan aquests desenvolupin la seva activitat en el lloc de treball i no desenvolupin les activitats de l'annex i del Reglament de serveis de prevenció.
- [+] **Delegats de prevenció** (article 35.1 de la Llei de prevenció de riscos laborals - LPRL). Representants dels treballadors amb funcions específiques en matèria de prevenció de riscos en el treball, designats per i entre els representants de personal, el nombre dels quals depèn dels treballadors que tingui l'empresa. Competències: col·laborar amb la direcció de l'empresa en la millora de l'acció preventiva, promoure i fomentar la cooperació dels treballadors en l'execució de la normativa sobre prevenció de riscos laborals, ser consultats per l'empresari.

sari previ a la realització de les accions sobre les decisions que es refereixin a l'article 33 de la LPRL, exercir una feina de vigilància i control sobre el compliment de la normativa de prevenció de riscos laborals.

- [+] **Comitè de seguretat i salut.** Es constitueix a les empreses o centres de treball amb cinquanta o més treballadors. És paritari i està format pels delegats de prevenció i l'empresari i/o els seus representants. Hi participen, amb veu però sense vot, delegats sindicals, tècnics de l'empresa, treballadors especialment qualificats i tècnics aliens a l'empresa a proposta de les parts. Competències: participar en l'elaboració, aplicació i avaluació dels plans i programes de prevenció, promoure iniciatives, mètodes i procediments per a la prevenció de riscos, conèixer la situació relativa a la prevenció de riscos al centre de treball, conèixer els documents i informes relatius a les condicions de treball, conèixer i analitzar els danys produïts a la salut o a la integritat física dels treballadors per valorar-ne les causes i promoure'n solucions. Conèixer i informar la memòria i programació anual dels serveis de prevenció.
- [+] **Treballadors designats.** Quan l'empresari no hagi assumit les tasques de prevenció o quan no hagi recorregut a un servei propi o aliè haurà de designar uns treballadors com a agents preventius.
- [+] **Serveis de prevenció propis** (dotats de recursos humans i tècnics interns de l'organització) o aliens (prestats per una entitat especialitzada concertada). Conjunt de mitjans humans i materials necessaris per dur a terme les activitats preventives a fi de garantir la protecció adequada de la seguretat i la salut dels treballadors. Des d'aquests serveis s'assessora i s'assisteix l'empresari, els treballadors i els seus representants. Competències: *a)* assessorar i donar suport, *b)* dissenyar, implantar i aplicar el pla de prevenció de riscos laborals, *c)* avaluar els factors de risc que puguin afectar la seguretat i salut dels treballadors en els termes previstos a la Llei, *d)* determinar les prioritats en l'adopció de les mesures preventives adequades i la vigilància de l'eficàcia, *e)* informar i formar els treballadors, *f)* prestar els primers auxilis i plans d'emergència, *g)* vigilar la salut dels treballadors en relació amb els riscos derivats del treball.
- [+] **Altres recursos preventius** són les mútues d'accidents en el treball i malalties professionals. Associacions d'empresaris, sense ànim de lucre, supervisats i tutelats pel Ministeri de Treball i Assumptes Socials. El seu objectiu és col·laborar en la gestió de les contingències d'accidents de treball i malalties professionals. Tenen responsabilitat mancomunada dels seus membres i són entitats col·laboradores de la Seguretat Social. Prestacions: gestió d'accidents de treball i malalties professionals, activitats de prevenció, recuperació i aquelles previstes a la Llei general de la Seguretat Social, prestació econòmica per incapacitat laboral temporal derivada de contingències comunes.

### 2.4.3. SERVEIS EXISTENTS

El grup considera que cal tenir en compte:

- [+] Serveis de prevenció de riscos laborals
- [+] Tècnics d'ergonomia i psicopsicologia, metges i metgesses del treball, infermers o infermeres del treball. Portal temàtic d'ergonomia i psicopsicologia del treball  
[www.mtas.es/insht/psier/index.htm](http://www.mtas.es/insht/psier/index.htm)
- [+] Associació d'especialistes en prevenció i salut laboral (AEPSAL)  
[www.aepsal.com](http://www.aepsal.com)
- [+] Comitès de salut i seguretat–delegats de prevenció
- [+] Personal delegat (designat) per a la prevenció de riscos laborals
- [+] Cercador de serveis de prevenció aliens acreditats  
[www10.gencat.net/treball\\_scst/AppJava/0210\\_CercaServeisPrevencio.jsp.html](http://www10.gencat.net/treball_scst/AppJava/0210_CercaServeisPrevencio.jsp.html)
- [+] Metges avaluadors (ICAM)
- [+] Professionals de la salut pública i salut laboral
- [+] Professionals de recursos humans
- [+] Delegació a Catalunya de l'Associació Espanyola de Direcció i desenvolupament d'Empreses De-  
[www.aedipecatalunya.com/](http://www.aedipecatalunya.com/)
- [+] Professionals de l'atenció primària de salut–medicina i infermeria familiar i comunitària. Assistents socials
- [+] Professionals de la salut mental– especialistes en psiquiatria, psicòlegs
- [+] Professionals d'addiccions–especialistes de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD)  
[www.gencat.net/salut](http://www.gencat.net/salut)

#### Societats científiques

- [+] Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball  
[www.scsmt.cat](http://www.scsmt.cat)
- [+] Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària  
[www.camfic.org](http://www.camfic.org)

#### Col·legis professionals

- [+] Consell Català de Col·legis de Metges i organització mèdica col·legial
- [+] Programa d'atenció integral al metge malalt (PAIMM)

#### Representants dels treballadors

- [+] Comissions Obreres de Catalunya (CCOO)  
[www.ccoo.cat](http://www.ccoo.cat)



- [+] Institut Sindical de Treball, Ambient i Salut (ISTAS)  
[www.istas.net](http://www.istas.net)
- [+] Web de Salut Laboral  
[www.conc.es/slaboral](http://www.conc.es/slaboral)
- [+] Acció d'assessorament per l'ocupació
- [+] Unió General de Treballadors de Catalunya (UGT)  
[www.ugt.cat](http://www.ugt.cat)
- [+] Xarxa de Servei d'Informació Social de la UGT de Catalunya (SIS)
- [+] Confederación Estatal de Médicos y Sindicatos de Ayudantes
- [+] Candidatura Autònoma de Treballadors i Treballadores de l'Administració de Catalunya (CATAC)  
[www.catac.org](http://www.catac.org)

### **Organitzacions empresarials**

- [+] Foment del Treball Nacional (FOMENT)  
[www.foment.com](http://www.foment.com)
- [+] Micro, petita i mitjana empresa de Catalunya (PIMEC)  
[www.pimec.es](http://www.pimec.es)
- [+] Mútues d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social (MATMPSS)
- [+] Asepeyo, MATT, Universal, MC Mutual, Museba, Fimac, Fremap, Fraternidad
- [+] Associació Catalana de Mútues d'Accidents del Treball (ACMAT)  
[www.acmat.es](http://www.acmat.es)
- [+] Associació per a la Prevenció d'Accidents  
[www.apa.es](http://www.apa.es)

### **Administració autonòmica**

- [+] Departament de Salut–salut laboral  
[www.gencat.net/salut](http://www.gencat.net/salut)
- [-] Xarxa d'unitats de salut laboral (USL)
  - Unitat de Salut Laboral de Barcelona
  - Unitat de Salut Laboral de Girona
  - Unitat de Salut Laboral de la Costa de Ponent
  - Unitat de Salut Laboral de Lleida
  - Unitat de Salut Laboral de Tarragona-Reus
  - Unitat de Salut Laboral del Barcelonès Nord-Maresme
  - Unitat de Salut Laboral del Sector Sanitari de Sabadell

- 
- 
- 
- [-] Subdirecció General de Drogodependències
- [-] Institut d'Estudis de la Salut (IES)
- [+] Departament de Treball i Indústria
  - [www.gencat.net/treballiindustria](http://www.gencat.net/treballiindustria)
- [-] Direcció General de Relacions Laborals
  - [www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions\\_laborals/index.html](http://www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions_laborals/index.html)
- [-] Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral
  - [www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions\\_laborals/seguretatisalut](http://www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions_laborals/seguretatisalut)
- [-] Consulta interactiva sobre convenis col·lectius
  - [www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions\\_laborals/convenis/especialitzada/index.html](http://www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions_laborals/convenis/especialitzada/index.html)
- [-] Consulta interactiva sobre negociació col·lectiva
  - [www.gencat.cat/treballiindustria/departament/activitat/observatorigeneral/treball/dadest34/ci\\_negociacio/index.html](http://www.gencat.cat/treballiindustria/departament/activitat/observatorigeneral/treball/dadest34/ci_negociacio/index.html)
- [-] Consulta interactiva sobre sinistralitat laboral
  - [www.gencat.cat/treballiindustria/departament/activitat/observatorigeneral/treball/dadest32/ci\\_sinistralitat/index.html](http://www.gencat.cat/treballiindustria/departament/activitat/observatorigeneral/treball/dadest32/ci_sinistralitat/index.html)
- [-] Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball CSCST de Barcelona, Girona, Tarragona i Lleida
  - [www10.gencat.net/treball\\_scst/AppJava/0133\\_LlistatCentresSeguretat.jsp](http://www10.gencat.net/treball_scst/AppJava/0133_LlistatCentresSeguretat.jsp)
- [-] Directori territorial de centres d'inspecció de treball i de Seguretat Social
  - [www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions\\_laborals/inspeccio/index](http://www.gencat.cat/treballiindustria/ambits/relacions_laborals/inspeccio/index)

### **Administració local**

- [+] Ajuntaments
- [+] Diputació de Barcelona
  - [www.diba.es](http://www.diba.es)

### **Administració estatal**

- [+] Ministeri de Sanitat i Consum
  - Delegació del Govern per al Plan Nacional sobre Drogas
  - [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)
- [+] Ministeri de Treball i Assumptes Socials
  - [www.mtas.es](http://www.mtas.es)
- [+] La Comissió Nacional de Seguretat i Salut en el Treball
  - [www.mtas.es/insht/cnsst/index.htm](http://www.mtas.es/insht/cnsst/index.htm)
- [+] Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (FPRL)
  - [www.funprl.es](http://www.funprl.es)

- [+] Institut Nacional de Seguretat i Higiene en el Treball (INSHT)  
[www.mtas.es/insht](http://www.mtas.es/insht)
- [+] Inspecció de Treball i Salut Laboral (ITSS)  
[info.mtas.es/itss/index.html](http://info.mtas.es/itss/index.html)
- [+] Cercador de serveis de prevenció aliens acreditats  
[www10.gencat.net/treball\\_scst/AppJava/0210\\_CercaServeisPrevencio.jsp](http://www10.gencat.net/treball_scst/AppJava/0210_CercaServeisPrevencio.jsp)
- [+] Unitats docents de medicina del treball
- [+] Universitat de Barcelona (UB)  
Escola Professional de Medicina del Treball  
[www.ub.es/spublica/epmt/mtreball.html](http://www.ub.es/spublica/epmt/mtreball.html)
- [+] Universitat Pompeu Fabra (UPF)  
[www.upf.edu](http://www.upf.edu)
- [+] Càtedra Mutual Cyclops en Medicina del Treball
- [+] Unitat de Recerca en Salut Laboral  
[www.upf.edu/cexs/recerca/ursl/index.htm](http://www.upf.edu/cexs/recerca/ursl/index.htm)
- [+] Observatori de Salut Laboral  
[www.osl.upf.edu/](http://www.osl.upf.edu/)

#### **Centres de recerca**

- [+] Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM)

#### **Altres institucions o fundacions**

- [+] Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)  
[www.fad.es](http://www.fad.es)
- [+] Institut d'Estudis de la Seguretat-Fundació Privada (IDES)  
[www.seguretat.org/](http://www.seguretat.org/)
- [+] BDN Training  
[www.bdntraining.com](http://www.bdntraining.com)

#### **Organitzacions internacionals**

- [+] Organització Internacional del Treball  
[www.ilo.org](http://www.ilo.org)
- [+] Observatori del Consum de Drogues en l'Àmbit Laboral  
[www.dol.gov/asp/programs/drugs/workingpartners/stats/wi.asp](http://www.dol.gov/asp/programs/drugs/workingpartners/stats/wi.asp)
- [+] Agència Europea per la Seguretat i la Salut en el Treball  
<http://osha.europa.eu/OSHA>
- [+] Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i de Treball  
[www.eurofound.eu.int/index.htm](http://www.eurofound.eu.int/index.htm)

- [+] Institut Nacional de Seguretat i Salut en el Treball (EUA) (NIOSH)  
[www.cdc.gov/niosh](http://www.cdc.gov/niosh)
- [+] Asociación Nacional de Entidades Preventivas Acreditadas (ANEPA)  
[www.anepa.net/index.asp](http://www.anepa.net/index.asp)
- [+] Federació de Serveis de Prevenió Aliens (ASPA)  
[www.aspaprevencion.com](http://www.aspaprevencion.com)
- [+] 29 ASP a l'Associació Catalana (ASPCAT)
- [+] La Red Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (RedSST)  
<http://es.osha.eu.int/>

02.5

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ

ÀMBIT DEL LLEURE

RESPONSABLE

STEPHANE LECLERCQ

COORDINADORS

LLUÏSA JIMÉNEZ GUSI

NÚRIA CALZADA ÀLVAREZ

PATRÍCIA ROS GARCIA

COL·LABORADORS

ASUN PIÉ BALAGUER

ESTER MARTÍNEZ NÚÑEZ

FIDEL GONZÁLEZ PÉREZ

FRANÇOIS F. JOSÉ PEDREGOSA ALCALDE

GUILLELMO CANALES SAGARMINAGA

LINA ABELLANAS MOLLEVÍ

NÚRIA GÓMEZ CAMPRUBÍ

## 02.5

### ÀMBIT DEL LLEURE

El grup de treball de l'àmbit del lleure presenta una síntesi qualitativa de la situació actual organitzada d'acord amb els eixos d'anàlisi següents: les actuacions preventives universals, les actuacions preventives selectives, les actuacions preventives indicades (incloent-hi mètodes de detecció precoç dels factors de risc i protocols d'intervenció), avaluació, recerca i formació, implicació i participació activa de la ciutadania, i cooperació internacional. En aquest exercici d'anàlisi, cada eix inclou no solament una síntesi de la situació actual, sinó també propostes per optimitzar els recursos i aprofitar les oportunitats descrites.

-

#### 2.5.1. PROGRAMES I ACTUACIONS DE PREVENCIÓ UNIVERSAL

En l'àmbit del lleure, les actuacions de prevenció universal, adreçades a tota la població amb missatges i programes que tenen com a objectiu prevenir o retardar el consum d'alcohol, el tabac i altres drogues han experimentat en els darrers anys un augment considerable. La causa ha estat la conscienciació de polítics, dirigents d'associacions i la sensibilització de l'opinió pública sobre la necessitat de treballar els objectius preventius també des d'aquest àmbit.

Els catalans tenen una intensa tradició associativa que configura un dels eixos integradors de la societat civil. Aquest teixit associatiu, malgrat la percepció que ha disminuït, s'ha diversificat. Això ha permès crear xarxes comunitàries on la circulació de la informació és més viable que mai.

La motivació alta dels professionals que treballen en l'àmbit de la prevenció ha permès desplegar un ventall ampli de materials i programes que de vegades donen lloc al desenvolupament d'accions preventives contradictòries. És per això que cal insistir en la necessitat que les actuacions de les diferents administracions, institucions i col·lectius que intervenen en un mateix territori haurien d'estar plenament coordinades per un pla rector global que permetés dur a terme intervencions complementàries. En aquest sentit, continua sent bàsic prioritzar, políticament i de forma clara, quins són els objectius per aconseguir i els riscos per evitar.

Pel que fa a les campanyes preventives, les dirigides als joves en general, malgrat ser les majoritàries, encara són escasses i mancades del pressupost òptim. Els recursos econòmics esmerçats en prevenció es troben en desavantatge clar, tenint en compte que la pressió promotora del consum de les indústries de l'alcohol i del tabac és cada vegada més forta, sobretot vers el col·lectiu juvenil, i que la potent i creixent indústria de l'oci desplega cada vegada més la seva oferta.

Malgrat aquestes qüestions hi ha un consens generalitzat que la informació és necessària però no suficient. L'important és donar responsabilitat i capacitar —em-

*powerment*– els joves mitjançant els joves mateixos. S’ha demostrat l’eficàcia de la comunicació entre iguals, i també la importància que els joves participin en la gestió, organització i desenvolupament dels programes que s’hi adrecen.

S’haurien de fomentar els canals artístics i la producció d’iniciatives teatrals i musicals, amb continguts de prevenció i promoció de la salut, anant amb compte d’utilitzar models de persones més pròximes al perfil del ciutadà mitjà i no els models de persones súper sanes, i per tant, irreal, que sovint utilitzen els mitjans de comunicació.

En aquest context, és important formar els mediadors, que alhora són també destinataris de les actuacions preventives per al desplegament d’accions educatives i preventives atès que fins ara no es perceben o associaven els participants d’aquests tipus de lleure organitzat com a població susceptible de consumir drogues. En l’àmbit de l’esport, tradicionalment utilitzat com a eina preventiva, l’espectacle associat i la professionalització creixent han portat a la pèrdua de certs valors i l’aparició de consums de substàncies anabolitzants i esteroides, amb els riscos associats que comporten.

S’estan desenvolupant accions formatives adreçades a tots els agents socials implicats (cambrers, personal d’accés als locals d’oci, cossos de seguretat, propietaris de locals, etc.), encara que no sempre estan definits els protocols d’actuació posterior, ni les xarxes comunitàries presents i coordinades a cada territori. Malgrat això, els mecanismes de coordinació entre els diferents departaments (salut, afers socials, jocs i espectacles, interior, trànsit, educació, cultura, joventut, etc.) conjuntament amb l’aposta pel treball en xarxa dels professionals, i la sensibilització vers l’augment del consum del cànnabis i la cocaïna, fan que aquests tipus d’intervencions preventives tinguin bones oportunitats per al seu desenvolupament i es puguin establir com a imprescindibles dins les actuacions i programes del lleure no formal.

-

### 2.5.2. PROGRAMES I ACTUACIONS DE PREVENCIÓ SELECTIVA I INDICADA

Les actuacions i els programes de prevenció selectiva, és a dir, adreçats a grups en situació de risc per desenvolupar problemes relacionats amb el consum de drogues, poden suportar-se en les prestacions ofertes a aquests grups per part de la xarxa d’atenció comunitària. A més, compten amb una motivació alta dels professionals que hi treballen, malgrat que es tracta d’iniciatives escasses i que encara plantegen dubtes sobre els resultats i l’eficàcia de les engegades fins ara.

Aquestes actuacions han de respondre a diversos reptes, entre els quals destaquen:

- [+] **Per una banda, el poder adquisitiu creixent dels joves.** La societat actual afavoreix la disponibilitat de diners dels joves i potencia el sector de l’oci com un bé de consum social. Cal considerar aquest fenomen com un repte nou pel que fa a la prevenció dels problemes relacionats amb el consum de drogues.
- [+] **D’altra banda, Catalunya viu una segona onada migratòria** a principi dels anys noranta, fenomen que amb l’entrada del nou segle agafa més força, de manera

que des de 1992 a 2004 la població augmenta fins a prop dels 7 milions d'habitants<sup>1</sup>. Així, ens trobem amb una població procedent de diferents territoris del món (Europa, Àfrica, Iberoamèrica i Àsia), amb cultures, tradicions diverses i consums de drogues diferents. En els darrers anys s'ha produït una sensibilització de la societat davant d'aquesta situació i s'ha fet palesa la necessitat d'estudiar la població immigrada i iniciar programes selectius adaptats a les seves realitats.

[+] **Pel que fa als consums**, l'expansió i la consolidació del consum del cànnabis com a substància il·legal més consumida en la població general i l'augment preocupant del consum de cocaïna, ofereixen l'oportunitat de crear actuacions específiques amb col·lectius en situació de risc.

Es valora positivament l'existència d'un teixit associatiu en el lleure formal, que introdueix afeccions creatives i saludables, facilita la integració i crea identitat. Les actuacions preventives en aquest àmbit permeten l'adaptació del mètode educatiu a l'especificitat dels destinataris, afavorint la transmissió de valors, el sentiment de pertànyer a un grup i la creació de vincles afectius prosocials, a més d'oferir la possibilitat d'apropar les persones que ho necessitin als recursos de la xarxa (actuacions de prevenció indicada).

La proximitat més gran dels mediadors amb els joves fa que aquests estiguin familiaritzats amb les realitats existents. En aquest sentit, es dona una dificultat per gestionar la dicotomia monitor-mediador-educador / jove-adolescent. D'una banda, es dona una proximitat més gran dels mediadors amb els joves que facilita una relació educativa oberta i des de la confiança i, de l'altra, aquesta proximitat fa que sovint els límits siguin excessivament difosos entre uns i altres. Tradicionalment no s'han identificat els agents mediadors que formen part de les entitats de lleure com a població diana d'actuacions selectives, però caldria incorporar actuacions de formació específiques dirigides a aquest col·lectiu, a més d'introduir materials per treballar el consum de drogues en l'associacionisme educatiu.

Cal fer esment que actualment en l'àmbit del lleure formal, els programes amb un calendari determinat i rígid dificulten la seva aplicació en el marc de la programació de les entitats.

Des de l'àmbit del lleure formal, sovint hi ha dificultat per accedir a certs subgrups que es considera que afronten situacions de risc, com ara alguns sectors de la població immigrant.

Tot i que no hi ha una demanda explícita d'actuació per part de la població diana en l'àmbit del lleure no formal, les actuacions dutes a terme en el marc de l'oci nocturn, engegades en els darrers anys, tenen una bona acollida per part del públic destinatari i es mostren com una estratègia eficaç per reduir els riscos vinculats al consum de drogues associat a la festa<sup>2</sup>.

El sector econòmic que representa la indústria de l'oci, sovint criminalitzat, s'ha sensibilitzat en el seu paper com a agent preventiu. Ha introduït mesures d'infor-

1. <http://www.gencat.cat/catalunya/cat/poblacio.htm>

2. Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil. Informe 2005



mació i assessorament per al públic assistent a aquests espais, i també mesures de seguretat. Tot plegat ha millorat la seva imatge, com també la qualitat dels serveis que ofereix. Cal aprofitar aquesta sensibilització de la indústria de l'oci com a agent que participa en la prevenció dels riscos associats al consum de drogues i assenyalar una consciència més gran de la necessitat de coordinació entre els diferents agents implicats per engegar línies d'actuació innovadores i efectives des del punt de vista de la reducció del risc.

És important augmentar l'oferta de l'oci alternatiu desvinculat del consum de drogues, com a oferta cultural o d'altra mena. Això, si bé pot reduir el benefici econòmic de les indústries de l'oci, també pot crear, o donar suport a la consolidació de nous sectors d'activitat econòmica.

### 2.5.3. ACTUACIONS PREVENTIVES INDICADES I DETERMINADES

Les actuacions preventives indicades i determinades, és a dir, les adreçades a la identificació, derivació de persones i grups en situació de risc, poden beneficiar-se de la disponibilitat creixent de mètodes de detecció precoç i protocols d'intervenció. Totes aquestes eines faciliten la feina als professionals i la coordinació entre els diferents serveis. Poder ajustar les actuacions al perfil de cada usuari comporta bona acceptació per part dels destinataris de les intervencions. Conèixer quins són els factors que situen a les persones en situació de risc pel que fa a les drogues, ens ofereix la possibilitat d'identificar-los i disminuir-los tant com sigui possible. A més, cal ser conscients que són eines que poden tenir el risc d'estigmatització de la persona, com també de no permetre ajustar adequadament les intervencions als factors de risc individuals.

Avui en dia es compta amb protocols estandarditzats específics de detecció i d'intervenció amb l'alcohol i l'heroïna, però hi ha una manca palesa en relació amb altres substàncies psicoactives. Caldria, doncs, destinar més pressupost per a l'elaboració i la definició consensuada d'aquestes eines des d'un treball interdisciplinari que millori les actuacions adaptades a situacions de risc concretes.

### 2.5.4. ACTUACIONS D'AVALUACIÓ I RECERCA

#### Recerca

A Catalunya, a més de la investigació epidemiològica, manca investigació qualitativa complementària que aporti més informació sobre els aspectes que fomenten o condicionen els fenòmens del consum, de les addiccions i sobre la seva repercussió social.

No se'n fa prou difusió de les investigacions que es fan. A més, algunes d'aquestes investigacions no tenen rigor científic; els resultats són contradictoris entre elles i en la difusió i la interpretació dels resultats s'intueix una manipulació per interessos polítics i econòmics diversos. Els professionals de la prevenció necessiten un sistema d'infor-

mació sistematitzat, basat en el rigor i independent d'interpretacions esbiaixades, que els permeti marcar les línies de treball per poder planificar les actuacions i avaluar-les.

Adicionalment, cal assenyalar que els professionals que treballen en investigació i recerca estan molt motivats per treballar en el camp del consum de drogues.

Cal aprofitar l'augment de la sensibilització que tenen els professionals de la necessitat del coneixement de la realitat a partir de la investigació, com a condició necessària per poder planificar accions i estratègies en els diferents territoris.

La investigació bàsica cal acompanyar-la i interpretar-la dins dels paràmetres de les investigacions de caire social més genèriques.

### Avaluació

Hi ha dificultat per avaluar les accions preventives a llarg termini adreçades a la població general. La determinació dels indicadors i, en especial, el seguiment dels estudis és molt difícil i costós.

Els professionals que estan al capdavant dels projectes defineixen les actuacions sense fer una diagnosi de les necessitats i poques vegades fan l'avaluació sistemàtica dels projectes. No s'acostuma a realitzar l'avaluació prèvia i l'avaluació posterior.

La dispersió i l'heterogeneïtat de la població a què s'adrecen les activitats de prevenció universal, dificulta el disseny i la realització de les accions d'avaluació.

Paral·lelament, els professionals no estan motivats per fer l'avaluació dels projectes, potser per manca de temps. La manca de pressupost és un factor que també pot influir en la baixa incidència de les accions d'avaluació de les actuacions i dels programes.

El temps per a l'avaluació ha de ser previst des de l'inici de cada intervenció com a part consubstancial de l'avaluació. Si no es disposa dels recursos adequats per assegurar aquest aspecte, es proposa integrar avaluadors externs que puguin ajudar a integrar l'avaluació des del moment de la planificació, assegurar la qualitat de tota la intervenció, com també identificar els punts forts i els punts febles de les actuacions.

### 2.5.5. FORMACIÓ

Una vegada analitzada la població, els professionals que es dediquen a la prevenció tenen perfils, procedències i llocs de treball molt diversos. Aquesta dispersió dificulta molt la determinació del model de formació adequat per a tots els grups professionals. Cada col·lectiu té necessitats formatives diferents.

El col·lectiu dels educadors en el lleure no disposa d'una oferta de cursos en prevenció de drogodependències. En general, l'oferta formativa està mancada de continguts sobre màrqueting social, publicitat, avaluació i detecció precoç. També s'observa que la formació està poc adaptada a les necessitats dels professionals dels diferents territoris i cal tenir en compte que l'oferta formativa es troba centralitzada a Barcelona.

La gran mobilitat de la població diana (en aquest cas dels mediadors: professionals i voluntaris) dificulta que tots ells estiguin formats adequadament.

Hi ha la percepció que la prevenció l'han de fer els professionals de la salut i de l'educació i no els altres professionals que estan en contacte, directament o indirectament amb la població (pares i mares, professionals de l'oci, dels cossos de seguretat, etc.).

Els professionals que es dediquen explícitament a la prevenció en l'àmbit de l'oci tenen molt interès a participar en activitats de formació contínua. El grau de motivació d'aquests professionals és molt alt i caldria aprofitar-ho.

És evident que amb la formació dels professionals es millora la qualitat de les actuacions, els programes i els serveis oferts. Encara més, només si tots els mediadors en prevenció mantenen el mateix discurs, la prevenció podrà aspirar a ser efectiva.

Actualment, s'han ampliat els mitjans per transmetre la formació: les noves tecnologies obren una oportunitat per arribar a més professionals, preferentment als que tenen dificultats per assistir a les sessions de formació presencials. Cal aprofitar aquesta opció.

La formació també es pot coordinar i oferir des de les institucions i associacions on treballen aquests professionals (entitats educatives de lleure, de voluntariat, de serveis, etc.) Si la formació es programa dins mateix de l'entitat haurà d'estar dissenyada per atendre les necessitats dels professionals. També es podrà fer el seguiment educatiu i l'acompanyament que complementi la formació.

-

#### 2.5.6. IMPLICACIÓ I PARTICIPACIÓ ACTIVA DE LA CIUTADANIA

Quan es parla de prevenció en espais de lleure s'inclouen moltes activitats diferents que es fan a diversos espais de participació social i comunitària. Aquesta complexitat d'activitats dificulta el disseny d'intervencions i la implicació dels ciutadans.

El tema que es tracta, les drogues, també dificulta la implicació de la ciutadania. Les drogues encara constitueixen un tema tabú. Acostar-se al tema de les drogues sembla que impliqui la persona com a consumidora o com a part d'un grup de risc, personalment o per part d'algun familiar. També hi ha una manca notable d'informació sobre els mecanismes de participació a l'abast. Alguns dels existents, els formals, els tipus d'aconsellament no acaben de ser efectius perquè no permeten processos de participació real: només són espais de debat, no pas de decisió. Aquests processos de participació han produït una disminució de la credibilitat. Sobretot els que impulsa l'Administració. Addicionalment, hi ha dificultats per fer participar les persones que no estan íntimament lligades al tema per debatre. En els processos participatius a vegades només es compta amb els professionals que han de dissenyar i/o executar els projectes i no amb la població que hi està relacionada directament o indirectament (per exemple les persones afectades). I sovint no sempre es du a terme el retorn del procés participatiu. Aquest fet dificulta la credibilitat dels processos empresos.

Es constata que els programes dissenyats a partir de les aportacions d'un procés participatiu són molt més enriquidors i responen a les necessitats reals de la població implicada. La participació en aquests processos facilita que els ciutadans s'impliquin i es comprometin a portar a terme les accions acordades. Les accions preventives resultants d'un procés participatiu surten enfortides i reforçades, ja que un element clau de la participació és la sensibilització que s'aconsegueix de l'opinió pública, i facilita, així, l'èxit dels projectes proposats.

-

#### 2.5.7. COOPERACIÓ INTERNACIONAL

Hi ha una manca de comunicació entre els diferents països sobre les dificultats i les estratègies per abordar la prevenció de les drogues entre la població. Es desconeixen els programes i les possibles línies de finançament per fer intercanvis en l'àmbit internacional. El desconeixement d'idiomes, la complexitat per redactar els projectes internacionals, juntament amb la dificultat i les reticències a l'hora de viatjar, són factors que expliquen la poca motivació imperant per participar en activitats internacionals.

Malgrat tot, les visites per conèixer experiències de prevenció a altres països poden contribuir a anticipar-nos a possibles problemàtiques que ja s'han afrontat en altres llocs. També pot facilitar l'aplicació de models i instruments validats i avaluats i, per tant, promoure l'efectivitat dels programes que s'empren a casa nostra.

Per facilitar aquests intercanvis es podria crear una entitat que ajudés a dissenyar els programes i a gestionar els intercanvis. També caldria dedicar més pressupost a aquests intercanvis.

-

#### 2.5.8. CONCLUSIONS

La nit i l'oci no formal en general prenen cada dia més importància per als joves i és l'espai on es donen els primers contactes amb l'alcohol i altres drogues. Per tant, s'ha de **revaloritzar com un espai d'intervenció idoni per a la intervenció preventiva de caràcter selectiu.**

Els projectes desenvolupats en aquest àmbit disposen d'un coneixement directe de la realitat de la nit, dels joves i dels consums. Poden actuar amb certa anticipació per reduir i/o evitar els riscos associats que es poden presentar, i establir-se com a referent comunitari, especialment entre els joves. A més, aconsegueixen la **participació dels joves mateixos en els projectes i un treball horitzontal amb els destinataris de les intervencions.**

02.6

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ

ÀMBIT DELS  
MITJANS DE COMUNICACIÓ  
SOCIAL

RESPONSABLES

JOAN PI GONZÁLEZ

COORDINADORS

BEGOÑA DEL PUEYO RUIZ

EDUARDO MARTÍN DE POZUELO

JOSEP ROVIRA GUARDIOLA

COL·LABORADORS

CARLA MARIMÓN TARDÀ

LOLA ABELLÓ PLANAS

XAVIER ROMERO CORMINES

ANA BELÉN SOLANA SOLANA

ANNA ESTRADA ALSINA

## 02.6

### ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL

El grup de treball de l'àmbit dels mitjans de comunicació social planteja una anàlisi DAFO de la situació actual considerant els eixos d'anàlisi següents: actuacions preventives universals, actuacions preventives selectives, actuacions preventives determinades, mètodes de detecció precoç dels factors de risc i protocols d'intervenció, avaluació i recerca, formació, implicació i participació ciutadana, i cooperació internacional.

-

#### 2.6.1. FORTALESES

D'acord amb aquesta anàlisi, i començant per les fortalezes principals de la prevenció en l'àmbit, el grup de treball destaca diversos aspectes:

##### **Actuacions preventives universals**

Cal remarcar dos fets d'importància cabdal a l'hora de repassar quins són els punts forts dels mitjans de comunicació social com a agents potencials de prevenció.

En primer lloc, destaca la importància social creixent adquirida pels mitjans de comunicació durant els darrers cinquanta anys. Aquesta evolució ha arribat a plantejar una situació segons la qual, els fets, les situacions o les valoracions que no apareixen als mitjans –especialment si no apareixen als audiovisuals– és com si no existissin per a la població general (“qui no hi surt no existeix”).

En segon lloc, i com a conseqüència d'aquest paper social cada dia més important, els mitjans de comunicació són un instrument clau per a la creació d'opinió. Això els confereix un poder importantíssim en tots els camps. Els temes relacionats amb les drogues no en són una excepció.

##### **Avaluació i recerca**

Conscients de la rellevància del paper dels professionals del sector en l'àmbit de la prevenció del consum de drogues i els problemes associats, tant el Col·legi de Periodistes de Catalunya com el Consell Audiovisual de Catalunya (CAC) han reflexionat sobre la qüestió i s'han posicionat clarament pel que fa a quines haurien de ser les seves funcions i responsabilitats en aquest camp. En el cas del CAC, fins i tot ha elaborat un document de recomanacions, recentment publicat.

### 2.6.2. DEBILITATS

#### Actuacions preventives universals

Com passa molt sovint, les forteses poden també convertir-se en importants debilitats si no es gestionen adequadament. Per això, segons com enfoquin el tractament dels temes relacionats amb les drogues, els mitjans de comunicació social poden estar tenint un paper contrari al que inicialment pretenen, és a dir, poden arribar a tenir un impacte contrapreventiu en relació amb el consum de drogues. Aquest problema, de ben segur no desitjat a priori, pot donar-se per diversos motius, entre els quals destaquen:

- [+] **Tractament massa simple de la informació.** Si no es parla amb més profunditat, la informació es queda a mig camí. Avui dia encara es fan informatius com si estiguéssim als anys vuitanta del segle XX, això és, adoptant discursos simplistes com si, per exemple, els processos que porten a les addiccions o els processos que permeten superar-les no existissin (per exemple, mostrant la xeringa, emfasitzant les característiques de l'addicció, etc.).
- [+] **Enfocament on preval allò que és singular o espectacular per sobre del que és rellevant.** Es tendeix a cercar el nombre i a fer-se ressò del que crea més alarma social. Es necessiten titulars impactants per després entrar en el tema: les notícies han de ser atractives. Aquesta necessitat explica també la magnificació de fenòmens “nous”, independentment del seu pes real en el fenomen global.
- [+] **Llenguatge incorrecte.** Sovint s'empren paraules inapropiades per descriure les substàncies psicoactives i les conseqüències del consum. Per exemple, es parla de *drogues de disseny* quan es vol parlar de *drogues de síntesi*, o es posen adjectius inadequats a determinades substàncies (“drogues dures”), etc.
- [+] **Tractament parcial o incomplet.** Sovint es transmet victimisme, sense contextualitzar els fets. Interessen més els nombres concrets que les valoracions dels factors que propicien els fets quantificables. Es presenta el problema però no les solucions. Això només serveix per crear alarma, per exemple quan alguns polítics diuen que creix el consum, sense donar més explicació sobre els grups poblacionals concrets en què específicament s'està produint aquest augment o sobre els factors que poden explicar-lo. Tampoc es parla dels consums que estan disminuint. Últimament, arriba el discurs mèdic, però l'educatiu o el preventiu no arriben.
- [+] **Transmissió d'una imatge irreal.** Es dona una imatge sobre el consum de drogues que no reflecteix la realitat. Per exemple, sembla que tots el joves consumeixin drogues il·legals quan només ho fa una petita minoria. També sembla que la majoria consumeix sense control, quan una part important dels joves consumidors tenen actituds protectores respecte la seva salut. També manca informació sobre què s'està fent a l'escola o als carrers, coses quotidianes i menys sensacionalistes.

- [+] **Tampoc es parla del problema quotidià.** Només es parla dels grans esdeveniments (accidents, desgràcies, etc.).
- [+] **Utilització d'un enfocament efímer.** Es produeix manca de continuïtat en el tractament de cada tema. Les notícies s'haurien de donar al llarg de l'any, no només quan surt un estudi o passa algun fet espectacular. No hi ha seguiment de la informació, no se sap què ha passat amb allò que un dia s'ha presentat amb gran èmfasi, però la imatge arriba a la societat. Els mitjans no investiguen ni contrasten les informacions. Per exemple, s'ha donat molt de ressò a la notícia de l'enviament de policia als centres escolars per restringir el tràfic de drogues, però no s'han donat dades del resultat de l'operació.
- [+] **Manca d'interès mediàtic.** Les drogues com a notícia no interessen als mitjans. Encara menys si s'ha d'informar de manera positiva. Només interessen ocasionalment quan el consum o el tràfic provoquen alguna alarma social.
- [+] **A més, els mitjans tenen dificultats per arribar** de forma efectiva a transmetre fets i informacions que siguin rellevants per a adolescents i joves. Entre aquestes dificultats hi ha:
  - [+] La manca de dramàtics (sèries) específicament adreçats a l'adolescència. No hi ha dramàtics per als adolescents (12-16 anys), que miren sèries d'adults, que a vegades s'excedeixen, per exemple quan el protagonista, que treballa en un bar, beu més del compte.
  - [+] Pel que fa als els espais per a adolescents, funcionen però poden ser massa frívols, o bé massa moralitzants. Cal tenir en compte que sense un pèl de transgressió, els joves no miren un programa dedicat a ells. Alguns són massa proteccionistes, presentats des de la por com a argument sense abordar el tema de les responsabilitats personals. Cal apel·lar a la capacitat de decisió, i informar dels recursos disponibles per desenvolupar la responsabilitat pròpia.
  - [+] L'absència de fonts pròpies. Els mitjans tenen tendència a parlar dels joves sense els joves. Els joves no només haurien de ser contingut, també haurien de ser una de les fonts i un dels mitjans per utilitzar.
  - [+] Les diferències entre els adults i els joves. El tractament dels temes relacionats amb les drogues, quan pretenen dirigir-se a la població més jove, pot també estar mediatitzat per les diferències existents entre el concepte de *salut* que tenen els joves i els adults. A més, parla de *consum responsable*, si bé és adequat fer-ho en contextos de consum, no sembla l'enfocament més adequat en actuacions adreçades a població general en què hi ha sectors amplis de no consumidors.

Una altra debilitat ve donada per les dificultats que afronten els professionals de la comunicació, com ara:

- [+] **Manca de recursos.** Molt sovint el periodista no té recursos o capacitat per prendre decisions sobre el format i els contingut de la informació, o bé li man-



ca temps per informar millor. Un problema afegit a aquestes limitacions és l'escassa especialització dels professionals del periodisme.

- [+] **Problemes amb les fonts.** Sovint els contactes amb les fonts són informals, aleatoris o fortuïts. Manquen interlocutors vàlids davant informacions noves. Quan es parla d'un tema com les drogues i els aspectes que s'hi relacionen, s'hauria de validar la credibilitat dels interlocutors i contrastar la validesa dels missatges que transmeten. Sovint manquen aquestes condicions bàsiques.
- [+] **Heterogeneïtat de receptors.** La interpretació d'un fet en un dramàtic o d'un missatge informatiu és complexa i heterogènia. Per exemple, ja s'han comentat les diferències sobre com veuen un mateix fet els joves i com el veuen els adults. Però no només l'edat influeix en la interpretació dels missatges mediàtics: els diferents posicionaments ideològics presents a la nostra societat fan que en el tractament de cada tema difícilment es pugui adoptar una posició que agradi tothom.

En l'anàlisi de les debilitats presents a l'hora d'aconseguir un tractament preventiu universal pel que fa a les drogues als mitjans de comunicació, cal no oblidar les dificultats dels professionals de la prevenció. En aquest punt cal tenir en compte dos aspectes essencials:

- [+] **La manca de recursos.** La majoria de les entitats que treballen en l'àmbit de la prevenció del consum de drogues i els problemes associats no disposen dels recursos necessaris ni adequats per donar resposta a les demandes i a les necessitats dels mitjans de comunicació.
- [+] **La diversitat de discursos professionals.** Els professionals de la comunicació detecten una descoordinació important entre les opinions i posicionaments dels professionals que treballen en la prevenció.

Un altre grup de condicionants que conformen les debilitats en aquest àmbit són les tendències actualment imperants als mitjans, principalment:

- [+] **La manca de voluntat.** No hi ha voluntat per part dels mitjans per educar la població. Manca interès des dels mitjans per desenvolupar aquest tema. Interessa només quan és notícia, com més alarmista millor.
- [+] **Dependència del finançament.** Els dramàtics depenen del finançament del mercat audiovisual internacional. Aquest mercat marca el que és o no acceptable. No s'hi pot intervenir. Les marques patrocinadores de programes locals no volen associar-se amb la problemàtica de drogues.
- [+] **Dependència de l'audiència.** Aquesta dependència propicia que no es disposi de l'espai necessari per parlar de manera positiva, per facilitar el diàleg. Interessa el titular fàcil, les "bombes mediàtiques" que surten, exploten i desapareixen. Això propicia un tractament inadequat per part d'alguns periodistes (càmeres ocultes, etc.).

- [+] **La situació suposadament neutral dels mitjans de comunicació.** Mentre els mitjans depenguin de la publicitat de drogues legals, aquesta neutralitat no estarà sempre assegurada. Exemples recents són com alguns mitjans han tractat i han participat dels debats sorgits arran dels projectes de llei d'intent de regulació dels mercats del tabac o de l'alcohol.
- [+] **Aspectes polítics.** En un context on s'està produint una competència fèrria per sortir als mitjans, les drogues o les seves conseqüències són utilitzades com un instrument polític ocasional. En aquest marc, les estratègies de prevenció poden utilitzar-se també com a tals.
- [+] **Manca una aliança entre els mitjans i l'àmbit preventiu.** Finalment, però no menys important que la resta d'aspectes que s'han presentat aquí com a febleses, cal assenyalar l'existència de lligams febles entre mitjans i agents i recursos preventius.

### Actuacions preventives selectives

Les dificultats descrites anteriorment per arribar de forma efectiva a comunicar fets i informacions que siguin rellevants per a adolescents i joves de població general, és a dir, mitjançant actuacions de caràcter universal, es fan encara més complexes quan es tracta de desenvolupar actuacions selectives, això és, adreçades a grups de població en situació de risc pel que fa a les drogues. En aquest cas, el caràcter universal dels mitjans de comunicació fa que les intervencions a aquest nivell siguin difícils de materialitzar. En substàncies de consum estès (alcohol i cànnabis principalment) la població en situació de risc és molt semblant a la població universal en determinats segments d'edat.

Per tant, la dificultat està en quina informació ha de sortir dels mitjans i en com es veuen els joves en relació amb aquestes substàncies.

Hi ha també dificultats concretes per abordar la informació sobre drogues o les intervencions amb l'objectiu de reduir els riscos o danys a poblacions en situació de risc. De vegades poden ser considerades moralment inadequades, interpretades com a incitadores del consum, o fins i tot, poden ser utilitzades per part de la televisió més sensacionalista (càmeres ocultes...), sense tenir en compte que els programes selectius s'adrecen a poblacions ja consumidores i que l'aspecte de la responsabilitat personal és un tema clau, especialment en contextos de consum.

### Avaluació i recerca

Una de les febleses principals que dificulten l'adopció d'enfocaments basats en l'evidència d'eficàcia preventiva és el poc impacte que en la pràctica estan tenint els informes elaborats pel Col·legi de Periodistes de Catalunya o pel CAC.

### Formació

En matèria de prevenció del consum de drogues i problemes associats no es disposa de suficients ofertes de formació contínua adreçades als periodistes.

### 2.6.3. AMENACES

#### Actuacions preventives universals

- [+] **Canvi tecnològic.** Els adolescents cada cop s'interessen més per l'ordinador i menys per la televisió. També s'observa que cada cop llegeixen menys el diari, malgrat que continuen editant-se revistes especialitzades per a aquests grups d'edat. Aquestes tendències, si bé permeten explorar les potencialitats preventives que comporten, ara com ara són una amenaça, ja que l'excés d'informació disponible a Internet pot incrementar sensiblement la confusió a l'entorn d'algunes problemàtiques.
- [+] **Tendència a la culpabilització de la ciutadania.** Aquest fenomen pot observar-se a dos nivells. Pel que fa a la població general, s'observa una tendència a la culpabilització ciutadana quan es presenten dades de creixement del consum, atès que sempre es presenta el problema, amb estadístiques, però no les solucions. En un segon nivell es produeix també una culpabilització dels joves, ja que es presenten estudis amb dades de les seves conductes i actituds, però sense comptar amb la seva participació o anàlisi. S'usa la seva absència per criminalitzar-los.
- [+] **Tendència cap a un discurs directiu i homogeni.** Ens hauríem d'acostumar a treballar amb discursos i realitats heterogènies, en què per molt igual que es faci un discurs, la seva interpretació serà molt diversa.
- [+] **Informació transmesa inadecuadament.** Una informació comunicada de forma no apropiada pot propagar el consum de drogues. Per exemple quan es magnifica el fenomen dels joves i el *botellón*, o qualsevol amplificació de fenòmens nous. La formació que magnifica el problema i no dona solucions pot provocar una sensació d'impotència als educadors, a les mares i als pares.

-

### 2.6.4. OPORTUNITATS

#### Actuacions preventives universals

- [+] **Canvi tecnològic.** Com ja s'ha comentat en el punt anterior, si bé el fet que els adolescents s'obrin a les noves tecnologies de la comunicació pot constituir una amenaça, és evident que aquesta tendència pot constituir una molt bona oportunitat per obrir vies de prevenció utilitzant les noves tecnologies com a instrument de comunicació.
- [+] **Capacitat de generar debat públic.** Els mitjans tenen una força indiscutible per generar debat social i promoure canvis d'actituds i comportaments. Es podria treballar des dels dramàtics per facilitar debats posteriors. Els mitjans haurien de poder augmentar el nivell de reflexió social en relació amb les drogues. Els debats obliguen la gent a posicionar-se i veure els punts de vista dels altres que són diferents dels seus. S'hauria d'estimular un debat rigorós de cada tema, sense intencions prèvies, on tots els possibles sectors implicats i interessats estiguessin presents.
- [+] **Capacitat per transmetre informacions i valors.** Els mitjans disposen d'un potencial enorme per difondre informacions, promoure valors i crear estats d'opinió.

Caldria aprofitar aquestes potencialitats per oferir programes dirigits als adolescents. També es podrien donar pautes educatives clares i informacions útils adreçades a mares i a pares sobre temes clau pel que fa a l'educació dels fills en les successives etapes evolutives del seu desenvolupament com a persones. S'hauria de poder comunicar que hi ha usos bons i dolents de certes drogues; per exemple, l'ús terapèutic del cànnabis. En aquest marc els mitjans també haurien de tenir molt clar quins missatges cal evitar, tant pel que fa als guions de dramàtics com pel que fa al contingut de les notícies o informacions per transmetre.

[+] **Potencialitat i responsabilitat dels mitjans públics i privats.** Quant a la intencionalitat de continguts i la seva qualitat, poden observar-se algunes diferències entre els mitjans públics i els privats. Per exemple: el tractament de la informació als telenotícies, en programes com *Efecte mirall*, en una més gran presència de debats i més seriosos als mitjans públics, etc. Es pot arribar més fàcilment a compromisos amb els mitjans públics, especialment els mitjans locals. Si aquests s'involucren, i hauria de ser la seva responsabilitat, és possible que els privats també ho facin. Cal assenyalar que les empreses privades també tenen responsabilitat social, concessió pública i una funció de servei per complir. Per tant, també se'ls pot exigir compromís. No es pot exigir, però, als mitjans privats el que no s'exigeix als públics.

### Actuacions preventives selectives i determinades

De la mateixa manera que en parlar de les actuacions universals s'ha fet palesa la capacitat dels mitjans per transmetre informacions i valors, aquesta potencialitat també cal considerar-la quan es pensa en la realització d'actuacions preventives selectives i determinades, és a dir, adreçades a poblacions en situacions de risc especial en relació amb les drogues.

En aquest nivell cal també aprofitar aquestes potencialitats per oferir programes per transmetre pautes clares i informacions útils adreçades als diferents grups implicats (ja siguin els joves mateixos grups preventius mediadors). També en aquest nivell d'intervenció els mitjans també haurien de tenir molt clar quins missatges cal evitar.

### Mètodes de detecció precoç dels factors de risc i protocols d'intervenció

Les recomanacions del CAC són una oportunitat (veure annex 1). És molt important que aquestes recomanacions arribin a tot el col·lectiu de periodistes, malgrat que l'aplicació d'aquestes recomanacions és més fàcil als mitjans públics catalans.

### Implicació i participació activa dels ciutadans

La societat pot denunciar coses amb què no està d'acord. Els mitjans de comunicació disposen de la potencialitat de facilitar el dret de la ciutadania a opinar sobre els continguts i la forma de tractament dels temes relacionats amb les drogues per part dels mitjans. Caldria que l'exercissin.

### 2.6.5. PARTS IMPLICADES

El grup considera que els principals interlocutors que cal tenir en compte pel que fa a l'àmbit dels mitjans de comunicació social són:

#### **Rols professionals en els dramàtics**

- [+] Productor executiu amb tasques sobre el producte global
- [+] Director de programa amb tasques de direcció del dia a dia
- [+] Editor/coordinador de guions amb tasques de control del contingut
- [+] Guionista

#### **Rols professionals dels programes de ràdio**

- [+] Director de programa
- [+] Productor i/o guionista de cada secció

#### **Rols professionals en informatius de ràdio i televisió**

- [+] Cap d'informatius
- [+] Cap d'edició
- [+] Cap d'àrea ("societat" tracta drogues, consums, salut, etc.; "interior" tracta decomissos, narcotraficants, etc.).
- [+] Redactors

#### **Rols professionals en un diari**

- [+] Director
- [+] Subdirectors
- [+] Caps de secció (les drogues poden tractar-se a les seccions de societat, de salut o d'interior)
- [+] Redactors

#### **Altres**

- [+] Les empreses de publicitat i les empreses anunciantes de marques
- [+] El CAC
- [+] El Col·legi de Periodistes de Catalunya.
- [+] El Consell Consultiu-Educatiu de Barcelona TV

### 2.6.6. CONCLUSIONS

**Els mitjans de comunicació són l'eina pendent d'usar en prevenció del consum de drogues i els problemes associats.** És una eina clau com a aliada de la prevenció i la promoció de la salut. En aquest marc, caldria establir una aliança entre els mitjans i l'àmbit preventiu. S'hauria de poder fer prevenció en els mitjans de comunicació a partir de les idees aportades pels altres grups de treball que participen en aquesta proposta estratègica. La voluntat política i la iniciativa pública podrien provocar canvis positius en aquesta direcció.

**Caldria aprofitar també les oportunitats que ofereixen les ràdios i les televisions d'àmbit local,** amb les quals es poden desenvolupar col·laboracions més estretes. També caldria valorar el potencial que ofereixen les noves tecnologies de la comunicació.

Finalment cal assenyalar que caldria aprofitar les oportunitats presents als mitjans de comunicació, fent èmfasi especial en la necessitat del compliment de les recomanacions del CAC (veure annex 1), que podria promoure el Col·legi de Periodistes de Catalunya.

## ANNEX 1

### RECOMANACIONS ADREÇADES ALS MITJANS AUDIOVISUALS PER AL TRACTAMENT INFORMATIU DE LES DROGUES DEL CONSELL DE L'AUDIOVISUAL DE CATALUNYA (CAC)

#### **1. Diversificar les fonts d'informació periodística**

Per aconseguir una informació més plural i contrastada, cal que els professionals dels mitjans recorrin a fonts d'informació diverses i a l'assessorament d'equips pluridisciplinaris.

En aquest sentit, pot ser útil elaborar una agenda informativa sobre drogodependències, que permeti establir vincles de col·laboració amb els professionals dels diversos àmbits (sanitari, assistencial, educatiu i d'altres).

#### **2. Ponderar el sensacionalisme en el tractament del consum de drogues**

És recomanable fer un tractament ponderat pel que fa al sensacionalisme i la morbositat, sense amagar, però, el dramatisme, sobretot en els casos aïllats de consum de drogues. Cal evitar, tanmateix, els excessos que fomentin els estereotips que poden causar situacions d'alarma social. Les imatges haurien de ser, doncs, respectuoses i objectives, i haurien de complementar la informació de la notícia.

#### **3. Eliminar prejudicis, estereotips, estigmes, tòpics, idees preconcebudes, etc.**

En el tractament mediàtic del consum de drogues cal utilitzar un llenguatge neutre: el fet de consumir drogues no hauria de convertir-se en un element categoritzador o definitori. En aquest sentit, és recomanable emfasitzar en la substància i no en la persona que la consumeix, per bé que la persona consumidora és la responsable dels actes comesos sota els efectes de la substància o substàncies consumides i convé tractar-la com a tal.

Cal evitar associar el consum de drogues a determinats contextos socials, perquè pot fer pensar que hi ha una relació directa entre tots dos aspectes. Així, no s'ha d'identificar la persona consumidora de drogues il·legals amb la delinqüència.

#### **4. Difondre alternatives d'oci no consumidor**

S'aconseja difondre alternatives d'oci no consumidor i evitar reforçar els aspectes estereotipats positivament del consum de drogues legals.

#### **5. Exigir formació especialitzada als professionals de la comunicació**

Cal que periodistes i professionals de la comunicació rebin una formació específica, que aprofundeixi també en la perspectiva de la persona consumidora, per a un bon tractament posterior dels aspectes relacionats amb les drogodependències. Alhora, cal exigir també una bona formació d'aquests professionals perquè cobreixin de manera adequada els fets judicials que se'n poden derivar.

## **6. Concretar el discurs mediàtic**

S'entén per *droga* “una substància tòxica potencialment addictiva o susceptible de generar addicció i malaltia”. En aquest sentit, es recomana evitar l'ús del terme genèric *droga* i substituir-lo pel nom de la substància en concret a la qual es fa referència.

## **7. Equilibrar el tractament informatiu de drogues legals i il·legals**

S'ha de donar informació real sobre tot tipus de drogues, independentment de la situació legal, com l'alcohol i el tabac. Val a dir, però, que el tractament mediàtic pot ser diferent: mentre que es recomana ponderar el sensacionalisme en el tractament del consum de drogues il·legals, s'hauria d'incrementar la informació sobre el risc real que comporta el consum de drogues legals.

## **8. Fomentar missatges de prevenció i d'advertiment de riscos**

La presència mediàtica contínua de missatges de prevenció afavoreix la difusió de la consciència del risc que suposa el consum de drogues per a la salut personal. Per aquest motiu, cal aprofundir en aquells programes el format dels quals ho permeti, sobre què significa i quins efectes té el consum de les diverses substàncies addictives.

## **9. Emfasitzar sobre el risc penal del fet de traficant amb drogues**

S'ha de fomentar i emfasitzar la consciència del risc penal que suposa el tràfic de drogues, un delictes contra la salut pública.

## **10. Adaptar el tractament mediàtic al propòsit i al públic objectiu**

És important adequar la forma i el contingut dels discursos mediàtics a l'objectiu concret –informar, canviar els hàbits, advertir, etc.– de la programació, així com al seu públic objectiu –generalista, juvenil, etc. Cal, doncs, respectar el codi de llenguatge adequat per a cada cas.

## **Recomanacions pel que fa als programes informatius**

### **1. Informar de manera objectiva, realista i diversa**

La informació sobre el consum de drogues ha de ser veraç, no alarmista i desmitificadora, per bé que en cap cas ha de ser contrapreventiva. A més, és imprescindible contextualitzar sempre la informació difosa, per evitar la simplificació.

S'ha de recollir la prevenció com a foment del no-consum, però també com a disminució dels danys que pot comportar un consum irresponsable.

### **2. Incorporar la cobertura i el seguiment informatiu de tots els aspectes relacionats amb el consum de substàncies addictives**

S'ha d'incorporar la cobertura informativa dels diversos aspectes relacionats amb el consum, més enllà de les informacions judicials i policials, i efec-



tuar-ne el seguiment. Cal focalitzar l'atenció informativa cap a la prevenció del consum i cap a la rehabilitació dels drogodependents. Això s'aconsegueix evitant la distorsió que imposen certes rutines informatives actuals, tenint present l'àmplia i variada oferta terapèutica que hi ha avui en dia i oferint informació diversa sobre el mateix tema.

### **3. Rectificar qualsevol informació errònia**

En cas d'error o equivocació en una informació sobre el consum de drogues, el mitjà de comunicació que l'ha difós ha de rectificar amb la màxima celeritat, per evitar el foment de mites, prejudicis i estereotips que existeixen sobre les drogodependències.

### **4. Elaborar la informació sobre comissions i tràfic de drogues**

Cal evitar la difusió del valor econòmic de la partida confiscada i fer ostentació de la fortuna acumulada pels traficants, perquè, atès el marc legal actual, pot afegir sensació de normalitat social al fet. En tot cas, pot ser interessant completar les notícies sobre confiscacions amb informacions sobre les conseqüències per a la salut pública de la quantitat confiscada.

### **5. Acatar la presumpció d'innocència i l'anonimat de les persones implicades**

Pel que fa a la informació referent a qualsevol cas sobre drogues, cal respectar sempre la presumpció d'innocència i l'anonimat dels involucrats fins que no hi hagi una sentència judicial respecte al cas. A continuació, s'ha de treballar amb profunditat el contingut de les sentències i les mesures alternatives que s'apliquen.

### **6. Tenir cura de les imatges que acompanyen la informació**

Pel que fa a les imatges que acompanyen la informació sobre el tema, cal seguir els principis generals dels codis ètics periodístics, així com les recomanacions del Consell de l'Audiovisual de Catalunya sobre el tractament informatiu de les tragèdies personals.

Així, és recomanable evitar imatges que esdevinguin només sensacionalistes en el tractament informatiu de les drogues, cosa que alimenta tòpics i fomenta la por, la desconfiança familiar i, en darrer terme, l'alarma social. No és contraproduent, però, la difusió d'imatges, encara que siguin dures, de les conseqüències nefastes del consum de drogues, evitant en tot moment caure en la morbositat.

Cal evitar, també, la inclusió d'imatges del ritual de preparació i del consum, per evitar-ne la mitificació i qualsevol possible imitació.

## **Recomanacions pel que fa als programes d'altres formats**

### **1. Fomentar el debat i la compleció de la informació**

Cal ampliar els espais d'informació alternatius per contribuir a difondre els proble-

mes i les conseqüències del consum de drogues. S'ha de promoure, a més, el debat i la discussió sobre temes concrets derivats d'aquesta problemàtica.

També s'han de promoure espais en què s'abordi la drogodependència com a malaltia comuna, que té un tractament específic des dels vessants biològic, psicològic i social.

Els dramàtics de ficció són, potser, la millor manera d'arribar al públic infantil i juvenil, ja que permeten incloure matisos i desenvolupar les línies argumentals.

## **2. Restringir tota forma de promoció mediàtica de substàncies tòxiques addictives**

Cal evitar que les begudes alcohòliques –ni que siguin de menys de 20º– i les marques associades a altres substàncies tòxiques addictives actuïn com a patrocinadores de qualsevol tipus de programes, però sobretot dels programes adreçats al públic juvenil.

Cal evitar, també, trivialitzar qualsevol aspecte relacionat amb el consum de drogues. En aquest sentit, s'ha d'evitar que la droga en general –o una substància tòxica addictiva determinada– es converteixi en motiu de gags humorístics: aquest és un recurs utilitzat sovint en els magazins d'humor.

Pel que fa a la presència mediàtica de testimonis rehabilitats, és recomanable emfasitzar l'esforç continuat que els suposa haver estat drogodependents.

## **3. Assessorar equips pluridisciplinaris**

Les telesèries de producció pròpia són una bona tècnica d'informació complementària, amb capacitat d'arribar a un públic objectiu més divers. En aquest tipus de ficció és important mantenir la versemblança i defugir la moralització. En aquest sentit, s'aconsella l'assessorament i la intervenció de personal pluridisciplinari especialitzat en el tema.

02.7

ANÀLISI  
DE LA SITUACIÓ ACTUAL  
DE LA PREVENCIÓ

ÀMBIT DELS  
SERVEIS DE LA SALUT

RESPONSABLES

MARTA CORONADO PIQUERAS

COORDINADORS

OLGA MONTSERRAT 'MESTRE

ENRIC BATLLE DE SANTIAGO

COL-LABORADORS

CARMÉ GRIFOLL DE LA ESPERANZA

CARMÉ MARQUILLES BONET

CARMÉ QUERALT PASQUAL

MANEL ANORO PREMINGER

MÓNICA PORTILLO SANTAMARÍA

ÓSCAR GARCÍA-ALGAR

RAFAEL BORRÀS VIVES

ROBERT POU CALVO

SALVADOR BADIA CAPDEVILA

## 02.7

### ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT

A l'hora de descriure la situació actual de la prevenció duta a terme pels serveis de salut, el grup de treball utilitza l'anàlisi DAFO a partir dels eixos delimitats per les línies estratègiques proposades: actuacions preventives universals, selectives i indicades, determinades, detecció precoç i mètodes d'intervenció, avaluació i recerca, formació, implicació i participació activa dels ciutadans i cooperació internacional.

Per l'especificitat de l'àmbit, algunes línies estratègiques no han estat tan desenvolupades, per exemple avaluació i recerca i, formació, però especialment implicació i participació activa dels ciutadans i cooperació internacional. En aquestes línies estratègiques, mancaria una anàlisi més exhaustiva amb l'objectiu de completar-les. El mateix passa amb la identificació dels públics d'interès (*stakeholders*) i l'inventari dels serveis i intervencions existents. Tot i l'esforç grupal per aconseguir una descripció exhaustiva del mapa de sistemes, persones, serveis, programes i actuacions preventives existents, s'evidencia la necessitat clara de complementació.

En forma de resum de les idees clau derivades d'aquest exercici, el grup planteja finalment una sèrie de reflexions i recomanacions de com millorar la situació actual.

-

#### 2.7.1. FORTALESES

Amb la vinculació de diferents professionals de la salut en la tasca preventiva s'està promovent i reforçant l'establiment de la cultura de prevenció en entorns amb poca tradició. El treball en prevenció de les drogodependències desencadena la coordinació entre professionals diversos que treballen en diferents àmbits: les escoles, els centres d'atenció primària (CAP), els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS), etc.

Catalunya disposa d'una sèrie de programes de prevenció, incloent-hi els de l'alcohol i altres drogues que s'han de tenir en compte. Cal destacar-ne:

- [+] **El Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)**, que tot i que planteja una política preventiva de mínims, indaga, encara que poc, en el consum de drogues. Això permet la identificació de casos i és útil com a eina de cribratge, a més de facilitar-ne el monitoratge.
- [+] **El programa "Beveu Menys"**, que proporciona eines de cribratge i d'intervenció en relació amb l'alcohol.
- [+] **El Programa de manteniment amb metadona (PMM)**, que permet actuar sobre una població captiva (prevenció determinada).

Tots aquests programes reforcen el paper potencial de l'atenció primària com a font d'informació clau per a la prevenció del consum d'alcohol i altres drogues, com també els problemes associats amb aquests consums. Aquesta funció és especialment rellevant pel que fa a l'assistència als grups de joves, una població sobre la qual els professionals sanitaris tenen un cert ascendent, a més de tractar-se d'una població captiva, conscient del seu problema i motivada per curar-se. Cal tenir en compte que si es defineixen bé els interessos d'aquest grup diana i es desenvolupen programes concrets des de diferents espais, el potencial d'influència preventiva és molt important.

La prevenció és indeslligable de l'assistència en el sentit que sempre que es desenvolupa una actuació terapèutica s'està fent prevenció. Per tant, destinant recursos a l'assistència (invertint en personal de salut, centres de tractament, etc.) s'està contribuint a millorar les possibilitats de fer prevenció, ja que els missatges preventius, treballats des dels serveis assistencials, ajuden a sedimentar informació en la població usuària, fins i tot de forma inconscient. Addicionalment, s'ha observat que els tallers per a pares que realitzen els professionals de l'atenció primària obtenen bons resultats.

Finalment, l'inici del programa Salut i Escola és una fortalesa, per les seves potencialitats i perquè és una resposta a una necessitat detectada.

-

### 2.7.2. DEBILITATS

Manca un marc de referència global pel que fa a la prevenció als serveis d'atenció sanitària. Com a conseqüència, tampoc hi ha un encàrrec clar sobre la necessitat de realitzar activitats preventives en els serveis de salut. A causa d'aquesta circumstància, en general, aquestes actuacions sovint estan supeditades al "voluntarisme" dels professionals. Això dificulta la coordinació entre els potencials agents preventius. Les entitats, les institucions i els departaments de les diferents administracions públiques que conformen el territori estan poc coordinats i la relació i/o coordinació entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària a molts llocs no és la desitjable. Aquesta mancança repercuteix en la falta de protocols d'actuació i derivació necessària per dur a terme tasques preventives amb continuïtat i concordança.

La inexistència d'aquest marc de referència integral està també relacionat amb:

- [+] **La manca de cobertura d'algunes actuacions preventives** que, tot i ser de caire universal, actualment poden no estar arribant a tota la població atesa als serveis de salut.
- [+] **La manca de formació i de recursos per desenvolupar la prevenció** en els grups de joves. En aquest sentit, manca formació específica sobre prevenció de drogodependències, i manquen les eines i els recursos necessaris per detectar el consum problemàtic de drogues en joves a l'atenció primària. Fins i tot en el marc del PAPPs, s'observa que el programa no arriba al col·lectiu dels joves o que, sovint, les preguntes relacionades amb les drogues són mínimes o ni tan sols es formulen.

- [+] **La indefinició d'un marc teòric de referència** que orienti sobre els continguts preventius que cal treballar i a partir de quins plantejaments metodològics cal fer-ho. Per exemple, a vegades es dissenyen campanyes de prevenció adreçades a joves que presenten efectes contraris als que es pretenien, perquè la població destinatària no se sent identificada amb el missatge i pot arribar a ignorar-lo o fins i tot rebutjar-lo.
- [+] **La manca de base en l'evidència sobre l'eficàcia de les actuacions preventives engegades**, o del consell breu, més enllà del consell breu sobre l'alcohol i el tabac.
- [+] **La manca de previsió del seguiment adequat** per a cada intervenció preventiva. Per exemple, tant en el cas del PAPPS com en el cas del programa "Beveu Menys" manca tot el que fa referència a com mantenir la intervenció preventiva, un cop s'ha recollit la informació necessària i s'ha fet la primera actuació.

Pel que fa al programa "**Salut i Escola**", adreçat exclusivament a estudiants de secundària, es posa de manifest:

- [+] La necessitat d'incorporar en alguns llocs mediadors interculturals.
- [+] Pèrdua de casos detectats que es deriven als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), amb llistes d'espera importants.
- [+] Poc seguiment dels casos detectats.
- [+] Pocs recursos a disposició de l'infermer o infermera que es trasllada als centres educatius. Inicialment s'havia de traslladar als centres una unitat de metges i infermers, però actualment sembla que el personal d'infermeria treballa tot sol.
- [+] Poca coordinació amb els equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) o psicopedagogs dels centres educatius.
- [+] Necessitat d'abordar un gran ventall de problemes de salut.

L'èxit del programa varia segons el territori, atès que en alguns territoris es produeix una manca de la continuïtat necessària, que permetria l'obtenció dels resultats esperables.

Una altra debilitat és el fet que, en general, la població immigrant no es considera un grup en situació de risc suficient per engegar programes de prevenció adreçats a aquestes poblacions. Tot i que, a vegades, la situació d'exclusió social en què es poden trobar alguns immigrants fa necessari que l'accés a determinats recursos (reducció de danys, CAS) i programes (PMM) sigui més àgil del que és ara.

Addicionalment, avui dia hi ha molt pocs serveis d'urgències hospitalàries que facin tasques preventives, com també cribratge i detecció de consum de substàncies psicoactives. Una de les possibles raons és que la idiosincràsia pròpia de la tasca assistencial (ritme ràpid d'atenció i gran volum de pacients) fa que el cribratge del consum de drogues no estigui inserit en les tasques dels professionals d'urgències.

També s'observa un oblit sensible en l'àmbit assistencial del treball desenvolupat a Catalunya en prevenció del consum d'alcohol i altres drogues des de 1980 fins ara.

Es considera una debilitat la manca de finançament europeu de programes de prevenció del consum de drogues.

Finalment, també pot considerar-se una debilitat la manca d'avaluació de les activitats preventives que es fan a l'atenció primària.

-

### 2.7.3. AMENACES

La inhibició per part de les institucions o l'Administració sanitària competents propicia una situació en què:

- [+] **Manquen espais i recursos sanitaris** per dur a terme tasques preventives.
- [+] **Es prioritza l'assistència a la xarxa sanitària;** per tant no hi ha temps per fer activitats preventives. Aquesta realitat és especialment punyent en les consultes d'atenció primària, que estan sobresaturades, i necessitarien disposar de més temps per atendre les necessitats de les persones que abusen de substàncies psicoactives.
- [+] **Es considera que la despesa pública invertida en algunes iniciatives de prevenció és excessiva** tenint en compte el benefici que n'obté la població.

A més, es produeix una repetició excessiva de determinats missatges preventius, que poden arribar a convertir-se en innocus i per tant ser infravalorats per la població diana a la qual van dirigits.

La cultura d'oci lligada al consum de substàncies i les estratègies de publicitat i promoció del consum, sobretot de les drogues institucionalitzades, competeix amb els missatges preventius que es fan en l'àmbit sanitari.

-

### 2.7.4. OPORTUNITATS

#### Centres educatius

- [+] **L'escola primària és un àmbit clau on cal fer actuacions preventives,** sempre que es prevegi la capacitació dels mestres per dur-les a terme, tenint en compte que les accions preventives a primària han de ser adaptades a la situació evolutiva de cada edat, i considerant que les conductes tòxiques estan normalment absents i la significació dels comportaments en què es vol educar és encara llunyana.
- [+] El programa "**Salut i Escola**" permet treballar la prevenció en l'educació secundària, un **marc ideal per a la detecció precoç i la sensibilització envers el**

**problema.** Addicionalment ofereix una oportunitat excel·lent d'interconnexió entre xarxes (centres escolars, centres d'atenció primària, CSMIJ, etc.).

- [+] **L'escola permet igualment la intervenció de pediatres i professionals** dels CSMIJ en programes preventius de primària i en tallers de pares.

### **Marc assistencial**

- [+] El fet que ara els **professionals** de la salut intenten **aprofitar la seva feina assistencial per promoure canvis afavoridors vers actituds i estils de vida** més saludables. Abans la filosofia imperant era no preguntar ni comentar res que no estigués relacionat amb la demanda concreta que presentava el pacient. Ara, per tant, s'està obrint pas i sedimentant una cultura de prevenció que permet donar un missatge preventiu tot respectant els drets de totes les persones d'op-  
tar pel seu estil de vida.
- [+] **L'atenció primària és un bon lloc per fer detecció de l'abús de substàncies psicoactives.** Ja s'ha demostrat en l'aplicació del programa "Beveu Menys". Caldria aprofitar experiències com aquesta per ampliar aquest potencial a la detecció precoç i cribratge d'altres problemes relacionats amb les drogues. En aquest sentit, es poden crear circuits de derivació des d'un nivell assistencial que permet la derivació a recursos de prevenció selectiva per a aquells casos en què encara no hi ha dependència.
- [+] **La bona oportunitat que proporciona el PAPPS per fer avaluació de les actuacions.** Per exemple, a Mataró les dades recollides en atenció primària es van bolcar a l'Observatori de Drogues de Mataró. Aquest potencial constitueix una oportunitat que cal aprofitar per aprofundir en el coneixement sobre el consum de drogues. Les persones que presenten conductes de risc pel que fa a les drogues constitueixen grups en què la intervenció és fàcilment delimitable i, per tant, pot ser clara i fàcilment avaluable.
- [+] Si hi ha **bona connexió** entre els nivells d'assistència primària i especialitzada, els missatges que reben els pacients en cada nivell es poden reforçar mútuament.
- [+] **Urgències és un bon àmbit per fomentar la detecció precoç** i derivar en cas necessari. Per tant, permetria la creació d'un circuit clar de derivacions entre els diferents serveis (urgències, els centres de la XAD, els centres d'atenció primària, etc.).
- [+] **Caldria valorar acuradament la viabilitat real de desplaçament dels professionals dels CAS** als centres d'atenció primària per visitar-hi algunes hores, davant l'opció que la població usuària s'adreci al recurs adequat al seu entorn natural.
- [+] **El context actual permet igualment desenvolupar iniciatives** que permetin controlar la disponibilitat de les drogues (control sobre l'oferta); per exemple, controlar la dispensació de psicofàrmacs a les farmàcies.



- [+] Finalment, cal considerar com **una oportunitat per treballar d'una manera coherent**, tenint en compte el ventall ampli de la realitat del consum de drogues, el plantejament de l'Estratègia nacional de prevenció.

### Avaluació i recerca

- [+] **L'important nombre d'estudis epidemiològics** existents en l'àmbit d'urgències.
- [+] **El fet que totes les activitats que es fan als centres assistencials són avalua-bles**. Especialment a l'atenció primària els programes PAPPS i "Beveu Menys" disposen d'instruments d'avaluació i, de fet, fan avaluacions que poden ser rellevants des de la perspectiva preventiva.
- [+] **L'existència d'observatoris de consum de drogues pot afavorir l'avaluació de programes preventius**. El desenvolupament d'un treball de recollida de dades en xarxa aniria bé per poder dissenyar millor activitats de prevenció i per poder avaluar-les.

-

### 2.7.5. PARTS IMPLICADES

El grup presenta una aproximació dels agents i dels serveis i intervencions preventives al territori català. Per tant, no pretén reflectir el ventall d'actuacions existents sinó que recull el coneixement dels professionals que participen en el grup de treball. Vol remarcar la necessitat de fer un recull exhaustiu de les diferents iniciatives existents en tots els àmbits sanitaris, atesa la seva heterogeneïtat al territori i el seu interès amb vista a una generalització possible.

### Atenció primària

- [+] Professionals dels centres d'atenció primària
- [+] Professionals d'infermeria i pediatria (potenciació com a agents preventius)
- [+] Metges
- [+] Psicòlegs (inclusió com una nova figura professional de drogodependències)
- [+] Treball social
- [+] Personal administratiu i de recepció

### Xarxa d'Atenció a les Drogodependències

- [+] Professionals dels CAS (metges, psicòlegs, personal d'infermeria, treball social, personal administratiu i de recepció)
- [+] Coordinadora de CAS
- [+] Observatoris locals de drogues

[+] Col·legis professionals de les diferents disciplines

[+] Consell Assessor Salut Mental i Addiccions

### **Urgències hospitalàries**

[+] Professionals de la medicina

[+] Professionals d'infermeria

[+] Auxiliars d'infermeria

[+] Zeladors

### **Reducció danys**

[+] Personal d'infermeria

[+] Personal de medicina

[+] Treballadors socials

[+] Educadors de carrer (potenciar la seva figura com a agents preventius)

### **Farmàcia**

[+] Farmacèutics

[+] Observatori de Medicaments d'Abús (OMA)

### **Salut mental**

[+] Professionals dels centres de salut mental i CSMIJ

[+] Medicina

[+] Infermeria

[+] Psicologia

[+] Psiquiatria

[+] Treball social

[+] Administració competent (municipis, diputació).

[+] Entitats gestores dels diferents centres de les diferents xarxes (SCS, ICS, ASPB, etc.)

[+] Col·legis professionals de les diferents disciplines esmentades

[+] Societats científiques (ex. CAMFIC, Socidrogalcohol)

### 2.7.6. CONCLUSIONS

La prevenció en temes de salut, i en concret pel que fa a les drogodependències, hauria de formar part de les tasques assistencials dels professionals sanitaris, especialment en el cas dels professionals d'atenció primària. En el moment que es reconegué la prevenció com una part més de la tasca assistencial, aquesta hauria d'anar acompanyada d'un increment de recursos tant personals com materials.

Si es dota de més recursos (temps de visita per pacient, personal, eines, formació adient, etc.) els professionals sanitaris, i especialment els de l'atenció primària, podran establir una relació millor amb el pacient, fer una anamnesi i exploració completa, i això *per se*, és una tasca preventiva. La consulta és el principal espai d'actuació de l'atenció primària, i és un dels recursos socials on es poden detectar i abordar els primers problemes de consum de drogues, com també poder fer intervencions breus per evitar futurs problemes de dependència i, si es considera necessari, poder derivar a un altre recurs més especialitzat. Destinant recursos per millorar l'assistència, s'estarà contribuint a millorar les possibilitats de fer prevenció.

És, per tant, necessari que els diferents serveis de salut (CAP, CAS, CSM, CSMIJ, urgències hospitalàries, UHD, etc.) treballin de forma integral i coordinada. D'aquesta manera la prioritat central serien les necessitats reals dels usuaris i no el dispositiu en si mateix, tal com proposa el Pla director de salut mental i addiccions. Sense aquesta coordinació, per exemple la detecció precoç i el consell breu fet des de l'atenció primària poden ser insuficients i no operatius.

A Catalunya trobem una sèrie de programes preventius que es treballen des de l'àmbit sanitari. S'hauria d'aprofitar l'existència d'aquestes experiències concretes (PAPPS, "Beveu Menys", "Salut i Escola"), ja que posen de manifest l'oportunitat de realitzar cribratge i detecció precoç del consum de drogues. Caldria generalitzar-les i/o adaptar-les a la resta del territori, sempre tenint en compte les característiques del lloc.

Es proposen les recomanacions següents:

- [+] **Hi ha dispersió i desconeixement sensible de les activitats i iniciatives de prevenció** que es duen a terme als diferents serveis de salut del territori català. Caldria disposar d'un inventari d'actuacions que facilités la tasca de coordinació i col·laboració entre els diferents serveis i recursos assistencials.
- [+] **Generalment, la prevenció no es reconeix com a activitat pròpia dels recursos assistencials.** És a dir, la prevenció no gaudeix d'entitat pròpia dins l'assistència. Aquest fet comporta que sovint les activitats preventives realitzades pels professionals de l'àmbit dels serveis de salut estiguin més supeditades a la motivació i al voluntarisme que al fet que la prevenció es consideri una tasca més pròpia del seu treball.

- [+] **Caldria plantejar actuacions preventives en altres serveis de salut** que tradicionalment no se'ls ha considerat l'espai adequat per fer-ho. Les urgències hospitalàries podrien constituir un bon àmbit per fomentar la detecció precoç, el cribatge i la derivació.
- [+] **Calen estratègies per arribar a poblacions amagades** que difícilment arriben als recursos de drogodependències. Això és, cal més atenció a les sales de venipunció, de dispensació lliure de metadona, de dispensació d'heroïna, etc.
- [+] Per poder optimitzar els resultats, **caldria definir amb més especificitat l'objectiu per assolir i les estratègies per emprar** pel que fa a la prevenció des dels serveis de salut.
- [+] **Finalment, cal donar eines als professionals que treballen amb persones dependents** (quan ja hi ha el problema). Cal destinar recursos a serveis assistencials i establir prioritats segons les necessitats ja detectades.

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

## 03.0

Tot considerant les fites generals de l'Estratègia definides en el capítol 1, d'aquesta segona part del *Llibre blanc*, es presenta a continuació la proposta realitzada per cadascun dels grups de treball organitzats per a cada àmbit estratègic.

En aquest capítol s'inclouen: els objectius generals (**OG**) i específics (**OE**) proposats per cada grup, des del punt de vista operacional, així com les propostes d'actuació (**A**) per a cada objectiu, i finalment, una proposta d'objectius i actuacions considerats prioritaris. S'ha intentat presentar una proposta al més homogènia possible per a cada àmbit, però el respecte del treball realitzat per cada grup s'ha prioritzat per sobre de qualsevol altre plantejament, fet que explica possibles descompensacions o diferències entre àmbits, tant pel que fa a l'enfocament adoptat per la introducció com pel que fa al nombre d'objectius, d'actuacions per objectiu o l'especificació de prioritats.

03.1

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

ÀMBIT COMUNITARI

# 03.1

## ÀMBIT COMUNITARI

L'objectiu de l'Estratègia nacional de prevenció és elaborar propostes d'acció preventives en els diversos àmbits d'intervenció prioritzats: el comunitari, l'educatiu, el familiar, el laboral, el del lleure, el dels mitjans de comunicació i el dels serveis de salut.

El grup de treball de l'àmbit comunitari va determinar que calia definir un mètode de treball que permetés desenvolupar de forma coherent i coordinada les actuacions dels diferents àmbits d'intervenció, és a dir, definir tot allò que permeti organitzar un pla territorial de prevenció del consum de drogues i dels problemes associats, fent que les accions dels altres àmbits d'intervenció, que són més específics, es desenvolupin de forma sinèrgica i complementària, compartint objectius comuns, i com a resposta a les necessitats que es detectin en un territori concret.

En aquest marc, i d'acord amb diverses definicions assumides pel grup de treball (Sánchez, 1999; Barbero & Cortés, 2005), **es considera la intervenció comunitària com una activitat organitzativa que pretén assolir determinats objectius col·lectius, mitjançant la mediació professional.** Així, la intervenció comunitària està centrada en la comunitat local, entesa com a grup social arrelat a un territori, com pot ser una regió, una gran ciutat, un poble, una escola, un lloc de treball o un lloc públic (Alonso, Salvador, Suelves et al., 2004). Els components de les intervencions comunitàries són els vincles recíprocs que s'estableixen, la interacció, el sentit de pertinença i la solidaritat. I des d'aquest reconeixement pretén assolir un canvi "des de la base", perquè les persones i els grups són considerats com a agents potencials del canvi, no com a receptors de solucions dissenyades per professionals.

Així, la prevenció del consum de drogues i els problemes associats té com a mediadors els professionals que pertanyen a l'àmbit socio sanitari. La finalitat d'aquesta activitat és la transformació de situacions col·lectives mitjançant l'organització i l'acció associativa d'un o més grups encarregats d'elaborar i aplicar projectes de desenvolupament social. **S'entén que aquesta feina incorpora tres dimensions: el procés de conscienciació, el procés d'organització i el procés de mobilització.** I que els professionals mediadors cal que siguin realistes, és a dir, cal que treballin per desenvolupar accions viables i sostenibles, i alhora cal que aspirin a assolir canvis significatius en la realitat de partida.

D'una manera més àmplia i globalitzadora, la intervenció comunitària permet, a més d'aquest enfocament de la prevenció centrat en els problemes i les necessitats d'una comunitat sencera, les intervencions de caràcter preventiu que poden desenvolupar-se en tot un territori ampli com pot ser una nació, una comunitat autònoma o una regió.



Per tant, en aquest grup de treball **no s'està parlant d'un àmbit d'intervenció pròpiament dit, sinó que es pretén definir el mètode d'intervenció comunitària de forma coordinada i coresponsable amb tots els agents implicats a tot el territori de Catalunya.**

L'augment actual del consum de drogues i dels problemes associats entre els joves i l'escassa intervenció comunitària pel que fa a la prevenció, demana que les administracions s'organitzin. Això requereix la planificació d'un marc de treball ampli, estructurat, que programi i coordini les intervencions en els diferents àmbits i de manera participativa. Així doncs, cal respondre al repte de dissenyar com el model d'intervenció comunitària s'estén a tot el territori català.

Per respondre a aquest repte que representa enfocar la prevenció del consum de drogues i dels problemes associats des d'una perspectiva nova que doni suport a les iniciatives actuals, cal primerament fer-les creïbles i possibles, buscant la implicació de la societat civil, de les institucions i la complicitat del Govern.

Cal demostrar i convèncer les institucions que val la pena organitzar-se institucionalment per fer que les accions que actualment s'estan desenvolupant siguin més eficaces si s'orienten des del Govern i amb criteris fruit de l'entesa general; tot entenent que prevenir no és més que educar i civilitzar una societat, i això passa, també, per crear i fer complir normes legals que regulen i limiten les formes de promoció i d'accés al consum de substàncies, no com a valors antidemocràtics sinó com a elements que faciliten la maduració d'una societat, tot garantint els drets bàsics de les persones, especialment d'aquelles que per diverses circumstàncies es troben en situacions de vulnerabilitat més gran pel que fa al desenvolupament de problemes relacionats amb les drogues.

-

### 3.1.1. OBJECTIUS GENERALS

- > Garantir que l'Estratègia nacional de prevenció es desenvolupi a tot el territori català i en tots els nivells de reducció de la demanda (prevenció universal, selectiva, indicada i determinada) i de l'oferta.
- > Potenciar l'aprovació de plans municipals i/o comarcals coherents amb l'Estratègia nacional de prevenció: consum de drogues i problemes associats.
- > Reduir l'impacte sobre la morbidimortalitat derivada del consum de les drogues a Catalunya mitjançant la promoció de la prevenció universal, la detecció dels consums, la intervenció precoç i la minimització de riscos.
- > Millorar el nivell de sensibilitat i d'informació vers el fenomen de les drogues per tal que la població general disposi de criteris objectius i rigorosos per valorar i analitzar els diferents fenòmens relacionats amb les drogues.
- > Estimular i assegurar la participació ciutadana en el procés d'elaboració dels programes i actuacions preventius, així com el seu seguiment.

- > Informar les decisions polítiques en el camp de les drogues.
- > Impulsar la formació en prevenció de drogodependències dels diferents agents socials i de col·lectius específics.
- > Afavorir la investigació epidemiològica i aplicada en matèria de prevenció de les drogodependències
- > Millorar els sistemes de recollida d'informació.

-

### 3.1.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA

#### D'ACTUACIONS PER A LA LÍNIA DE PLANIFICACIÓ I COORDINACIÓ

A continuació, es presenten els objectius específics relacionats amb cada objectiu general, així com les actuacions proposades per a cada objectiu.

**OG: Garantir que l'Estratègia nacional de prevenció es desenvolupi a tot el territori català i en tots els nivells de reducció de la demanda (prevenció universal, selectiva, indicada i determinada) i de l'oferta.**

OE: Coordinar les activitats de prevenció de drogodependències que es desenvolupen arreu del territori i des dels diferents àmbits d'intervenció (educatiu, serveis de salut, laboral, familiar, cossos de seguretat, dels mitjans de comunicació social i del lleure), que no segmenti la prevenció primària, l'assistència i la reinserció.

A: *Crear un pla català de prevenció gestionat per un organisme interdepartamental ubicat a un òrgan administratiu que garanteixi la transversalitat.*

OE: Promoure l'acceptació social i el compliment de les lleis que regulen la promoció, la venda i el consum de les diferents substàncies addictives.

A: *Revisar, adequar, aprovar i vetllar pel compliment de la legislació.*

A: *Integrar els cossos de seguretat autonòmics i locals en els plans municipals i/o comarcals de referència.*

**OG: Potenciar l'aprovació de plans municipals i/o comarcals coherents amb l'Estratègia nacional de prevenció.**

OE: Revisar i adequar les competències municipals pel que fa a la prevenció i reinserció de les drogodependències.

A: *Dotar els municipis i/o consells comarcals de competència obligada de prevenció i reinserció de drogodependències mitjançant un pla municipal que potenciï el lideratge natural del territori.*

OE: Dotar els plans municipals i/o comarcals de recursos econòmics i humans suficients per a la implantació.

A: *Reforçar les fonts de finançament de la prevenció.*

OE: Oferir criteris de qualitat i eines per planificar, gestionar i desenvolupar els plans municipals de drogues, que permetin la incorporació de bones pràctiques en les polítiques preventives locals.

A: *Elaborar, validar, catalogar i facilitar programes preventius segmentats per àmbits d'intervenció i grups d'edat i/o socials per a l'aplicació des dels diferents plans municipals aprovats.*

**OG: Reduir l'impacte sobre la morbimortalitat derivada del consum de les drogues a Catalunya mitjançant la promoció de la prevenció universal, la detecció dels consum, la intervenció precoç i la minimització de riscos.**

OE: Desenvolupar mesures orientades a evitar i/o retardar l'edat d'inici del consum de drogues.

A: *Promoure l'aplicació de programes universals i de programes selectius.*

OE: Promoure formes de consum amb menys risc en les persones que no volen i/o no poden abandonar el consum.

A: *Facilitar l'aplicació de programes de prevenció indicada i determinada per tal de reduir els riscos i/o danys en persones i/o col·lectius de consumidors.*

OE: Potenciar la detecció i derivació de persones amb problemes associats al consum de drogues als recursos d'atenció pertinents.

A: *Promoure l'aplicació de protocols de detecció des dels serveis sociosanitaris i des dels programes alternatius a la sanció per consum de drogues.*

A: *Reforçar i ampliar la disponibilitat de programes alternatius a la sanció per consum de drogues.*

-

### 3.1.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS

#### PER A LA LÍNIA DE SENSIBILITZACIÓ, INFORMACIÓ I PARTICIPACIÓ

**OG: Millorar el nivell de sensibilitat i d'informació vers el fenomen de les drogues per tal que la població general disposi de criteris objectius i rigorosos per valorar i analitzar els diferents fenòmens relacionats amb les drogues.**

OE: Augmentar la percepció de risc associat al consum de drogues en la població, sobre la base d'informacions objectives, realistes i significatives per als diferents grups.

A: *Campanyes d'informació sobre les drogues adreçades a diferents grups de la població general.*

OE: Millorar la informació que té la ciutadania sobre els efectes de les drogues i sobre els recursos existents (estudis, centres d'informació, centres de tractament).

A: *Campanyes d'informació i sensibilització sobre les drogues.*

OE: Normalitzar els recursos de reducció de danys i evitar l'estigmatització social.

A: *Treballar amb els mitjans de comunicació i la ciutadania.*

OE: Aportar consciència sobre el fenomen de les drogues a les xarxes comunitàries existents.

A: *Intervenir en les xarxes comunitàries existents a la zona.*

**OG: Estimular i assegurar la participació ciutadana en el procés d'elaboració dels programes i actuacions preventius, així com el seguiment.**

OE: Promoure estructures i/o mecanismes de participació de la societat civil i d'associacions d'afectats en els plans d'actuació sobre drogodependències.

A: *Elaborar una proposta sobre criteris i mecanismes de participació de la societat civil en l'elaboració i l'execució de plans de drogues des de l'àmbit local a l'àmbit nacional (qui, quan, com? de la participació ciutadana).*

**OG: Informar les decisions polítiques en el camp de les drogues.**

OE: Sensibilitzar les persones amb càrrecs polítics per actuar adequadament davant el fenomen de les drogues a la zona.

A: *Informar, sensibilitzar i assessorar els càrrecs polítics.*

**3.1.4. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS PER A LA LÍNIA DE FORMACIÓ, AVALUACIÓ I RECERCA**

**OG: Impulsar la formació en prevenció de drogodependències dels diferents agents socials i de col·lectius específics.**

OE: Dotar de continguts en prevenció de drogodependències les titulacions universitàries que tinguin la comunitat com a objectiu de treball.

A: *Crear una comissió interdisciplinària amb representants de les administracions estatal, autonòmica i de les universitats per tal de definir els continguts sobre prevenció i les titulacions universitàries a les quals s'hauran d'incloure aquests continguts en el disseny curricular.*

OE: Elaborar i catalogar programes de formació continuada dirigits als agents socials i a col·lectius específics amb continguts considerats prioritaris per implantar-los amb eficàcia.

A: *Crear una comissió interdisciplinària amb representants de les administracions autonòmica i local per tal de definir els continguts sobre prevenció que han de contenir els programes de formació.*

A: *Crear un catàleg amb propostes de formació, acreditada i única per a tot el territori català.*

OE: Facilitar l'accés a la formació dels diferents agents socials i de col·lectius específics.

A: *Promoure la formació i els espais d'intercanvi tècnic entre els professionals i optimitzar els recursos de formació per adaptar-los a les necessitats dels diferents col·lectius (horaris, desplaçaments, incentius, etc.).*

OE: Aprofitar les noves tecnologies per elaborar i difondre informació actualitzada sobre drogodependències adreçada a agents socials i col·lectius específics.

A: *Crear una pàgina web sobre drogodependències amb canals diferenciats per a col·lectius.*

### **OG: Afavorir la investigació epidemiològica i aplicada en matèria de prevenció de les drogodependències.**

OE: Promoure el desenvolupament de projectes d'investigació sobre la prevenció en drogodependències i l'avaluació de programes preventius (universals, selectius i indicats), que inclogui també els programes de disminució de riscos i els programes de reducció de danys.

A: *Dotar de fons pressupostari per a projectes d'investigació i establir criteris de selecció dels projectes.*

A: *Establir i mantenir convenis de col·laboració amb entitats investigadores públiques i/o privades de prestigi reconegut.*

### **OG: Millorar els sistemes de recollida d'informació.**

OE: Consolidar i perfeccionar els sistemes d'informació per tal que siguin operatius per donar informació ràpida.

A: *Revisar i adequar els sistemes d'informació existents.*

OE: Millorar el funcionament de plataformes de coordinació entre els sistemes d'informació d'altres autonomies, estatal i europeu.

A: *Crear una comissió interdepartamental que s'encarregui de donar contingut i supervisar les plataformes de coordinació dels sistemes d'informació europeu, estatal i autonòmic.*

-

#### **3.1.5. PRIORITZACIÓ D'OBJECTIUS I ACCIONS**

Tot seguit es presenten els objectius i accions que el grup de treball considera prioritari, i es destaquen especialment els corresponents a la línia 1: planificació i coordinació, amb la proposta de creació d'un pla català de prevenció que s'integri dins les diferents estratègies d'intervenció en drogues: prevenció, tractament i reinserció.

Per tal de programar els recursos necessaris sobre la base d'un bon coneixement de la realitat, que els promogui, els coordini i els avaluï, i faci que les accions

preventives vinguin afavorides per la participació de la ciutadania i comptin amb una difusió correcta per part dels mitjans de comunicació implicats. Aquesta és la clau perquè es desenvolupin adequadament a la comunitat les accions prioritzades en les línies 2 i 3 i també les que determinin els àmbits diferents de l'Estratègia. Així mateix, el grup de treball considera d'importància vital vincular aquests objectius i accions amb els que figuren en el document de treball del Pla integral de salut mental i addiccions per a adolescents, aspectes que es troben actualment estretament interrelacionats.

### 3.1.5.1. Priorització d'objectius i accions en la línia de planificació i coordinació

**OG: Garantir que l'Estratègia nacional de prevenció es desenvolupi a tot el territori català i en tots els nivells de reducció de la demanda (prevenció universal, selectiva, indicada i determinada) i de l'oferta.**

OE: Potenciar la coordinació de les activitats de prevenció de drogodependències que es desenvolupen arreu del territori i des dels diferents àmbits d'intervenció (educatiu, serveis de salut, laboral, familiar, cossos de seguretat, mitjans de comunicació social i lleure), que no segmenti la prevenció primària, l'assistència i la reinserció.

*A: Crear un pla català de prevenció gestionat per un organisme interdepartamental ubicat a un òrgan administratiu que garanteixi la transversalitat.*

OE: Promoure l'acceptació social i el compliment de les lleis que regulen la promoció, la venda i el consum de les diferents substàncies addictives.

*A: Revisar, adequar, aprovar i vetllar pel compliment de la legislació.*

**OG: Potenciar l'aprovació de plans municipals i/o comarcals coherents amb l'Estratègia nacional de prevenció del consum de drogues i els problemes associats.**

OE: Revisar i adequar les competències municipals pel que fa a la prevenció i reinserció de les drogodependències.

*A: Dotar els municipis i/o consells comarcals de competència obligada de prevenció i reinserció de drogodependències mitjançant un pla municipal que potencii el lideratge natural del territori.*

OE: Dotar els plans municipals i/o comarcals de recursos econòmics i humans per a la implantació.

*A: Reforçar les fonts de finançament de la prevenció*

### 3.1.5.2. Priorització d'objectius

#### i accions en la línia de sensibilització, informació i participació

**OG: Millorar el nivell de sensibilitat i d'informació vers el fenomen de les drogues per tal que la població general disposi de criteris objectius i rigorosos per valorar i analitzar els diferents fenòmens relacionats amb les drogues.**

OE: Augmentar la percepció de risc associat al consum de drogues en la població sobre la base d'informacions objectives, realistes i significatives per als diferents grups.

A: *Campanyes d'informació sobre les drogues.*

OE: Normalitzar els recursos de reducció de danys i evitar l'estigmatització social.

A: *Treballar amb els mitjans de comunicació i la ciutadania.*

**OG: Estimular i assegurar la participació ciutadana en el procés d'elaboració dels programes i actuacions preventius, així com el seguiment.**

OE: Promoure estructures i/o mecanismes de participació de la societat civil i d'associacions d'afectats en els plans d'actuació sobre drogodependències.

A: *Elaborar una proposta sobre criteris i mecanismes de participació de la societat civil en l'elaboració i l'execució de plans de drogues des de l'àmbit local a l'àmbit català (qui, quan, com) de la participació.*

### 3.1.5.3. Priorització d'objectius

#### i accions en la línia de formació, avaluació i recerca

**OG: Impulsar la formació en prevenció de drogodependències dels diferents agents socials i de col·lectius específics.**

OE: Elaborar i catalogar programes de formació continuada dirigits als agents socials i a col·lectius específics amb continguts considerats prioritaris per implantar-los amb eficàcia.

A: *Crear un catàleg amb propostes de formació, acreditada i única per a tot el territori català.*

**OG: Afavorir la investigació epidemiològica i aplicada en matèria de prevenció de les drogodependències.**

OE: Promoure el desenvolupament de projectes d'investigació sobre la prevenció en drogodependències i avaluació de programes preventius (universals, selectius i indicats), que inclogui també els programes de disminució de riscos i els programes de reducció de danys.

*A: Dotar de fons pressupostari per a projectes d'investigació i establir criteris de selecció dels projectes.*

*A: Establir i mantenir convenis de col·laboració amb entitats investigadores públiques i/o privades de reconegut prestigi.*

**OG: Millorar els sistemes de recollida d'informació.**

OE: Consolidar i perfeccionar els sistemes d'informació per tal que siguin operatius per donar informació ràpida.



03.2

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

ÀMBIT EDUCATIU

## 03.2

### ÀMBIT EDUCATIU

El grup de treball de l'àmbit educatiu considera que entren dins d'aquest àmbit totes les intervencions desenvolupades des de l'educació formal i no formal, i queden excloses aquelles intervencions realitzades en l'àmbit del lleure.

Per tal d'aclarir conceptes, el grup de treball assenyala que l'àmbit educatiu abasta tots aquells espais d'educació on es donin processos d'ensenyament i aprenentatge, ja sigui formal o informal. Però, com que aquest concepte és molt ampli i difícil d'acotar, el grup proposa que en parlar de l'àmbit educatiu cal diferenciar les actuacions, segons si s'ubiquen en:

- [+] **Espais d'educació formal** (centres escolars i d'ensenyament), inclosos escoles bressol, centres d'educació infantil, centres d'educació primària i d'educació secundària, centres de formació professional/ocupacional, centres de garantia social, centres d'educació per a adults i universitats. Tots són espais formals en el sentit que són llocs on les persones reben, d'una forma explícita, una sèrie de coneixements necessaris per desenvolupar la vida pròpia. També s'inclouen en aquest àmbit els recursos creats per donar resposta a necessitats educatives especials (per exemple, una UEC).
- [+] **Espais d'educació no formals**, com són tots els centres educatius de la DGAIÀ i de la DGJJ, els centres que desenvolupen una intervenció educativa amb nois i noies no institucionalitzats que, per diverses raons, es troben, o bé en situació de no tenir on viure (nens del carrer), o bé estan vinculats a la intervenció judicial en el medi propi (programes de medi obert de la DGJJ i o els programes de mediació i reparació judicial). Tots són espais educatius no formals perquè permeten l'educació i l'aprenentatge de determinades qüestions de forma implícita o explícita, de la mateixa manera que s'educa des del marc familiar o el cercle d'amistat amb iguals.
- [+] Davant d'aquest gran ventall d'espais i accions hi ha una tercera línia d'espai no formal que es treballarà des d'un altre grup: **l'educació en el lleure**, que es refereix als aprenentatges que es fan a espais d'oci dirigit o educatiu: esplais, casals, etc. Espais on també hi ha personal especialitzat i on s'hi poden passar moltes hores. Aquesta línia la desenvolupa el grup de treball del lleure en general, i per tant queda exclosa d'aquest àmbit que ens ocupa.

### 3.2.1. OBJECTIUS GENERALS

- > Conèixer les característiques, l'abast i la cobertura dels programes de prevenció universal en els àmbits de l'educació formal i no formal, tant en el context autonòmic com local.
- > Potenciar la coordinació adequada de recursos (socials, educatius, sanitaris...) de forma que possibiliti l'adopció d'actuacions de prevenció universal en les diferents institucions educatives, tant en l'àmbit formal com en el no formal.
- > Estimular el desenvolupament d'intervencions preventives selectives adreçades als grups en situacions de risc amb trets característics propis.
- > Definir els principals criteris de detecció de casos de consum problemàtic de drogues i de la seva derivació als recursos socioterapèutics adients.
- > Delimitar la distribució de responsabilitats de professionals i institucions en l'atenció preventiva a persones que presenten consums ja instaurats.
- > Afavorir que les estratègies d'intervenció emprades en l'àmbit educatiu hagin estat prèviament avaluades.
- > Avaluar els programes i les actuacions que es facin a partir d'ara en l'àmbit educatiu.
- > Consolidar la política de formació continuada dels professionals que intervenen en la prevenció de drogodependències en l'àmbit educatiu.
- > Propiciar la implicació i la participació activa de la població en les estratègies de prevenció.
- > Possibilitar la cooperació internacional en el camp de les estratègies educatives de prevenció de drogodependències.

### 3.2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS I

#### PROPOSTA D'ACTUACIONS DE PREVENCIÓ UNIVERSAL

A continuació, es presenten els objectius específics relacionats amb cada objectiu general, així com les actuacions proposades per a cada objectiu.

**OG: Conèixer les característiques, l'abast i la cobertura dels programes de prevenció universal en els àmbits de l'educació formal i no formal, tant en el context autonòmic com local.**

OE: Elaborar i incorporar una proposta d'intervenció sobre la prevenció del consum de drogues i problemes associats dins del currículum corresponent a cada àmbit i etapa educativa, per tant en el marc de l'escola.

**OG: Potenciar la coordinació adequada de recursos (socials, educatius, sanitaris...) de manera que possibiliti l'adopció d'actuacions de prevenció universal en les diferents institucions educatives, tant en l'àmbit formal com en el no formal.**

OE: Estimular la coresponsabilitat entre tots els agents de la comunitat implicats en la prevenció.

OE: Elaborar pautes de treball concretes entre tots els agents implicats en la prevenció del consum de drogues i problemes associats que permetin planificar-la conjuntament.

OE: Implicar de manera activa els centres escolars en els plans de drogues municipals i altres programes com el Salut i Escola.

Proposta d'actuacions per als dos objectius generals anteriors:

*A: Protocol/guia d'abordatge de la prevenció per introduir en el currículum escolar.*

*A: Formar una taula interdisciplinària a cada municipi.*

*A: Crear una comissió d'experts per consensuar continguts preventius universals per incorporar al currículum.*

*A: Catalogar i acreditar els materials preventius publicats.*

*A: Elaborar un protocol o guia sobre les intervencions en els centres escolars sobre prevenció a primària.*

*A: Elaborar una guia per al professorat i facilitar una guia de recursos.*

*A: Acord de col·laboració entre els departaments implicats, que permeti aclarir les competències i concretar-les en l'àmbit local.*

*A: Implantar models de promoció i d'educació per a la salut a l'escola (PEpSE) a tots els centres educatius, per tal de garantir la introducció de la prevenció universal a primària i als primers cursos de secundària.*

*A: Dissenyar i promoure activitats conjuntes de coneixement i reflexió per a tota la comunitat escolar (professionals de l'educació, alumnat i familiars adults amb els quals l'alumnat conviu).*

*A: Incloure la formació d'un grup d'enllaç dels treballs per realitzar en prevenció en el continuïum primària-secundària, per millorar la coordinació.*

*A: Introduir la prevenció d'altres dependències emocionals i afectives (manipulacions i coercions grupals).*

*A: Considerar la prevenció escolar a partir dels plantejaments de la LOE, que inclouen des d'aspectes de PEpSE com a eix transversal, fins a aspectes previstos en l'educació per a la ciutadania.*

*A: Complementar la prevenció a l'aula amb d'altres iniciatives adreçades a famílies i agents socials, a través dels mitjans de comunicació i les TIC.*

*A: Tractar de manera integrada la prevenció de totes les substàncies addictives, tant les que tenen un estatus legal (tabac, alcohol...) com les que estan il·legalitzades.*

### 3.2.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS

#### I PROPOSTA D'ACTUACIONS DE PREVENCIÓ SELECTIVA

**OG: Estimular el desenvolupament d'intervencions preventives selectives adreçades als grups en situacions de risc amb trets característics propis.**

OE: Identificar els grups que afronten diferents graus de risc, segons la seva situació en relació amb el consum, per intervenir en el context immediat.

OE: Incorporar abordatges específics per a diferents edats, substàncies i contextos, i evitar discursos generalistes.

OE: Dissenyar i avaluar les intervencions engegades.

*A: Dissenyar i implantar intervencions de prevenció selectiva ajustada als perfils i circumstàncies de menors i joves en situació de risc social.*

*A: Pensar una estratègia d'acció mixta per a aquest tipus d'intervenció que impliqui professorat i professionals d'altres àmbits (educadors, tècnics municipals, etc.).*

*A: Establir un grup de treball que permeti aclarir el concepte de prevenció selectiva i com treballar-la, incloent-hi materials, protocols, circuits i rols professionals.*

*A: Crear pautes per prevenir el consum per part de les persones immigrants.*

*A: Dotar d'eines els professionals per actuar reflexivament i coherentment.*

*A: Formar una taula interdisciplinària a cada municipi.*

*A: Incloure una línia de treball de prevenció en el procés de transició de l'escola al món del treball, i dins dels programes de garantia social, formació professional, etc.*

### 3.2.4. OBJECTIUS ESPECÍFICS

#### I PROPOSTA D'ACTUACIONS DE PREVENCIÓ SELECTIVA I INDICADA

**OG: Definir els principals criteris de detecció de casos de consum problemàtic de drogues i de la seva derivació als recursos socioterapèutics adients.**

OE: Identificar els rols dels diversos professionals i institucions educatives i socials en la detecció de casos de consum problemàtic de drogues.

OE: Elaborar protocols de derivació a la xarxa sociosanitària dels casos detectats en el context educatiu.

Proposta d'actuacions per a l'objectiu general:

*A: Elaborar el protocol o la guia d'abordatge, segons els nivells de risc.*

*A: Dissenyar i implantar intervencions de prevenció indicada ajustada als perfils de menors i joves en situació de risc social i que presenten consum de tòxics.*

*A: Formar una taula interdisciplinària a cada municipi.*

*A: Formar professionals en relació amb la detecció.*

*A: Atenció individualitzada a menors que, ja sigui ells mateixos o els seus familiars, presenten problemes relacionats amb les drogues.*

*A: Protocol de derivacions i treball en xarxa.*

### 3.2.5. OBJECTIUS ESPECÍFICS

#### I PROPOSTA D'ACTUACIONS DE PREVENCIÓ DETERMINADA

**OG: Delimitar la distribució de responsabilitats de professionals i institucions en l'atenció preventiva a persones que presenten consums ja instaurats.**

OE: Elaborar les línies mestres d'un protocol d'atenció a joves que consumeixen i tenen problemes relacionats amb les drogues en el context educatiu.

OE: Facilitar instruments de coordinació entre tots els recursos de la xarxa comunitària (socials, educatius i sanitaris) per a una aplicació millor dels protocols.

OE: Donar informació als consumidors per gestionar riscos i plaers associats al consum, tot considerant que aquesta informació cal que sigui específica per a cada substància psicoactiva.

Proposta d'actuacions per a l'objectiu general:

*A: Establir pautes i estratègies per tal de prevenir i disminuir la incidència del consum de drogues per part de les persones immigrants.*

*A: Formar una taula interdisciplinària a cada municipi.*

*A: Elaborar un protocol de detecció i actuació per a tots els professionals.*

*A: Promoure l'elaboració i la difusió de materials i recursos informatius destinats a les persones que freqüenten espais de consum.*

### 3.2.6. OBJECTIUS ESPECÍFICS

#### I PROPOSTA D'ACTUACIONS D'AVALUACIÓ I RECERCA

**OG: Afavorir que les estratègies d'intervenció emprades en l'àmbit educatiu hagin estat avaluades prèviament.**

**OG: Avaluar els programes i les actuacions que es facin a partir d'ara en l'àmbit educatiu.**

OE: Assumir els resultats de la informació basada en l'evidència d'efectivitat proporcionada per la investigació disponible actualment en prevenció del consum de drogues i problemes associats.

OE: Encetar un procés d'acreditació dels programes d'intervenció educativa que s'engeguin en el nostre context.

Proposta d'actuacions per als dos objectius generals anteriors:

- A: *Diferenciar l'avaluació de procés de l'avaluació de l'efecte (resultats).*
- A: *Promoure la disponibilitat de sistemes d'avaluació de l'efectivitat dels programes.*
- A: *Incorporar aquesta estratègia als àmbits prioritaris d'avaluació.*
- A: *Crear observatoris municipals sobre consum de drogues.*
- A: *Catalogar i acreditar els materials preventius publicats.*
- A: *Promocionar la utilització d'equips d'avaluadors externs.*
- A: *Formar taules interdisciplinàries a cada municipi.*

### 3.2.7. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS DE FORMACIÓ

**OG: Consolidar una política de formació continuada dels professionals que inter-venen en la prevenció de drogodependències en l'àmbit educatiu.**

- OE: *Elaborar un pla de formació sistemàtic, amb visió integradora de les diverses disciplines que intervenen en el camp educatiu.*
- OE: *Adaptar i contextualitzar els programes de formació als diversos nivells de preven-ció i d'acord amb les necessitats dels professionals de cada nivell.*
- OE: *Donar eines als professionals de l'educació per distingir els diferents abordat-ges en el grup i planificar una intervenció correcta.*

Proposta d'actuacions per a l'objectiu general:

- A: *Consensuar el concepte de prevenció i les seves diverses formes entre els professionals.*
- A: *Definició i acords en relació amb el consum i el consum problemàtic.*
- A: *Fomentar la formació dels professionals de l'educació. Formació del professo-rat, inclosos els tutors i altres grups de personal educatiu (EAP, professionals de la psicopedagogia, etc.) i personal de centres educatius no formals (de la DGAIA i la DGJJ) i promoure l'assessorament continuat en matèria de drogues.*
- A: *Promoure intervencions específiques per portar a terme en aquests àmbits (DGAIA; DGJJ)*
- A: *Donar a conèixer els materials i recursos didàctics i educatius del seu abast.*
- A: *Elaborar i difondre materials i recursos educatius a l'abast del centres.*
- A: *Oferir cursos de formació per a professionals del municipi.*
- A: *Dissenyar mòduls formatius sobre l'abordatge del consum de drogues des de diverses perspectives, destinats als estudiants de cada àmbit: comunicació, magisteri, medicina, infermeria, psicologia, educació i treball social.*

A: *Catalogar i acreditar els materials preventius publicats.*

A: *Promoure la utilització d'equips d'avaluadors externs.*

A: *Formar taules interdisciplinàries a cada municipi.*

A: *Oferir formació al professorat en mètodes educatius de formació en habilitats per a la vida, comunicació educativa i dinàmiques interactives.*

-

### 3.2.8. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS DE FORMACIÓ

**OG: Propiciar la implicació i la participació activa de la població en les estratègies de prevenció.**

OE: Incorporar els criteris de proximitat (als grups diana) i d'accessibilitat (als líders o persones clau) en totes les estratègies preventives de l'àmbit educatiu.

OE: Impulsar estratègies concretes de participació de la població, com ara el treball amb famílies o els iguals (*peer leaders\**), la mediació, la descentralització en les xarxes locals i l'ús dels mitjans de comunicació social, etc.

Proposta d'actuacions per a l'objectiu general

A: *Definir directrius clares per a municipis i entitats.*

A: *Potenciar les xarxes municipals existents.*

A: *Aclarir qui lidera la competència de la prevenció del consum de drogues i problemes associats en el municipi.*

A: *Prioritzar els plans locals de prevenció.*

A: *Inserir la prevenció en els ens locals.*

A: *Elaborar un catàleg de recursos i estratègies educatius existents.*

A: *Donar continuïtat a les actuacions que es posin en marxa.*

A: *Promoure les intervencions en xarxa.*

A: *Involucrar els mitjans de comunicació en la gènesi de missatges educatius per a la prevenció del consum de drogues.*

-

### 3.2.9. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS DE FORMACIÓ

**OG: Possibilitar la cooperació internacional en el camp de les estratègies educatives de prevenció de drogodependències.**

OE: Consultar la informació disponible a l'OEDT, tant pel que fa a dades de consum de drogues dels joves com a les dades objectives sobre els determinants, com també participar activament del sistema d'informació EDDRA, fent visibles a Europa els programes de prevenció i d'educació sobre drogues desenvolupats a Catalunya.



OE: Participar activament en projectes de recerca i avaluació d'estratègies en l'àmbit europeu.

A: *Vincular els projectes de qualitat promoguts arreu del territori amb projectes homòlegs realitzats des d'altres països de la UE o del món.*

-

### 3.2.10. PRIORITZACIÓ D'OBJECTIUS

A continuació, es presenten els objectius prioritaris assenyalats pel grup de treball:

- [+] Promoure la coordinació dels recursos.
- [+] Introduir de forma reglamentada la promoció i l'educació per a la salut com a eix transversal del currículum (per exemple, fixant un nombre mínim d'hores del pla tutorial de cada curs de l'ESO).
- [+] Garantir la generalització dels programes de prevenció universal.
- [+] Estimular el desenvolupament d'intervencions preventives selectives adreçades als grups amb trets característics propis.
- [+] Definir els principals criteris de detecció de casos de consum problemàtic de drogues i de la seva derivació als recursos socioterapèutics adients de prevenció indicada.
- [+] Promoure l'oferta àmplia de formació continuada dels professionals que intervenen en la prevenció.
- [+] Promoure l'avaluació de les actuacions engegades.

03.3

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

ÀMBIT FAMILIAR

## 03.3

### ÀMBIT FAMILIAR

La família té una importància clau en l'establiment dels vincles afectius durant els primers anys de la vida de cada persona. Actualment, es coneix la importància dels factors de risc i de protecció de l'àmbit familiar pel que fa a les drogues. Però el context socioeconòmic actual imposa unes condicions de vida que deixen en segon pla la conciliació entre la dedicació al treball i l'atenció a la vida familiar.

Mentrestant, els recursos de les famílies per afrontar les situacions de risc són molt dispars. Algunes famílies disposen de recursos de gestió familiar que les capaciten per afrontar els reptes que els canvis socials i familiars imposen, i tenen capacitat per preveure situacions potencials de risc en relació amb les drogues i estan predisposades a buscar i rebre informació i/o ajut professional per encarar l'educació dels fills. Però **la majoria de famílies no disposen del temps necessari per participar en programes de prevenció**. Per això, la participació dels pares i les mares en les ofertes formatives és baixa, i aquest fet és especialment preocupant quan els fills es troben en l'etapa de l'educació secundària.

No obstant aquestes dificultats, en aquest moment s'observa una gran sensibilitat social respecte al valor educatiu de la família, al mateix temps que creix la percepció de manca d'eines pròpies de la família per gestionar adequadament la dinàmica familiar. Des de les institucions, cal fer un esforç per respondre a aquestes expectatives.

Malgrat que la Llei de suport a les famílies preveu el desplegament de serveis universals connectats a tota la xarxa per atendre les famílies, manca el desplegament i la implantació, i **cal fer èmfasi especial en intervencions preventives que tinguin en compte la gran diversitat cultural de les famílies, les necessitats de col·lectius específics com els immigrants menors no acompanyats o dels joves procedents de justícia juvenil que presenten característiques diferencials**. També s'estan definint mecanismes emergents de participació dels pares en diferents àmbits, i cal reforçar-los. El Pacte nacional per a l'educació aporta elements útils per a la coresponsabilització educativa família-escola, i és previsible que es destinin recursos a reforçar aquest aspecte. També hi ha experiències incipients d'obertura de l'escola vers la comunitat educativa, projectes educatius de ciutat per crear xarxes de col·laboració mútua que permetin la intervenció de tots els agents comunitaris en l'educació dels infants i joves, espais on es treballa amb famílies (per exemple, EAP, CSMIJ, etc.). A més, alguns municipis desenvolupen intervencions amb famílies així com experiències d'integració de serveis socials i l'ABS. **L'experiència disponible a partir de totes les iniciatives engegades indica que les propostes imaginatives i participatives generen dinàmiques interessants que involucren molt més les famílies**.

### 3.3.1. OBJECTIUS GENERALS

- > Millorar la qualitat, l'impacte i els resultats de les intervencions realitzades en l'àmbit de la prevenció familiar.
- > Estimular la participació i la implicació de les famílies en el desenvolupament dels programes de prevenció del consum de drogues i els problemes associats.
- > Fomentar la coresponsabilitat i la coordinació dels agents educadors al territori.
- > Estimular la funció parental per potenciar els factors de protecció relacionats amb els consums de drogues i promoure actituds i hàbits saludables a través del procés educatiu que es produeix en l'entorn familiar.
- > Promoure i millorar l'aplicació de programes específics de prevenció de drogues i dels problemes associats adreçats a famílies en situació de risc.
- > Garantir una atenció continuada i integral de les famílies que es troben exposades a situacions de risc.
- > Incorporar la diversitat cultural i religiosa en els recursos i programes de prevenció del consum de drogues i dels problemes associats, per famílies en situació de risc.
- > Ajudar els pares i mares consumidors o en tractament per drogodependència a construir la seva funció parental des dels diversos recursos i serveis existents en el territori.
- > Reforçar el paper de la família en persones drogodependents pel que fa al procés de tractament i rehabilitació.
- > Implicar les famílies en cas de sancions administratives, delictes o faltes de menors, relacionades amb el consum/tinença de drogues.
- > Oferir recursos d'atenció individualitzada a menors consumidors amb diferents hàbits de consum i als seus familiars.
- > Millorar la identificació de famílies en situació de risc.
- > Dotar els programes adreçats a l'àmbit familiar de l'orientació, el suport tècnic i els recursos necessaris per garantir l'acompliment dels objectius fixats.
- > Establir criteris de millora i de control de qualitat de les accions adreçades a la família reconeguts per la comunitat professional i científica.
- > Potenciar els treballs de recerca adreçats a l'anàlisi de les relacions existents entre els factors de risc i de protecció familiar amb els consums de drogues i problemes associats.
- > Establir mecanismes àgils de comunicació amb d'altres comunitats autònomes i països que desenvolupin programes de prevenció adreçats a la família.
- > Promoure la incorporació de la formació en intervenció familiar i de prevenció dels consums de drogues i problemes associats al currículum acadèmic de les titu-

lacions de professionals de la salut, l'educació i els serveis socials, així com en els cursos de capacitació pedagògica per a futurs professors de secundària.

- > Dotar els professionals del sector educatiu en actiu d'eines per facilitar la vinculació i el seguiment de les famílies d'alumnes en situació de risc.
- > Oferir espais de formació en prevenció dels consums de drogues i problemes associats adreçats als representants dels pares i mares d'alumnes dels centres educatius.
- > Oferir suport als representants de pares i mares del grup classe, des del cicle superior de primària.
- > Establir un mínim de temps necessari per garantir la transmissió adequada de continguts preventius a les famílies participants en sessions formatives.
- > Garantir que les intervencions formatives adreçades a les famílies inclouen en els continguts el treball sobre factors de risc i protecció.
- > Promoure la formació i la informació dels professionals de la salut, l'educació i els serveis socials de cada territori, per tal que puguin col·laborar en els programes de prevenció familiar d'àmbit municipal.
- > Promoure un model d'escola més participativa i democràtica, amb la implicació de mares, pares i alumnat en la gestió i presa de decisions del centre.
- > Promoure la salut de les famílies i l'increment de la seva qualitat de vida i benestar, potenciant la capacitat dels nuclis familiars per a l'abordatge dels seus problemes, demandes o necessitats en relació amb les drogues.
- > Fomentar la participació dels nuclis familiars en els centres de salut, i afavorir la millora de les seves actuacions i l'adopció per part dels centres d'un enfocament basat en la promoció de la salut familiar i comunitària.
- > Promoure el coneixement d'experiències de bones pràctiques en la promoció de salut i el benestar de les famílies realitzades en altres comunitats autònomes i altres països.

-

### 3.3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ UNIVERSAL

**OG: Millorar la qualitat, l'impacte i els resultats de les intervencions realitzades en l'àmbit de la prevenció familiar.**

OE: Coordinar les iniciatives, propostes i programes existents per tal d'evitar la dispersió en les ofertes preventives que reben les famílies.

OE: Recollir, difondre i potenciar les bones pràctiques en prevenció familiar que ja existeixen, com ara les comunitats d'aprenentatge, les propostes d'oci i temps lliure saludable, etc.

OE: Promoure l'elaboració de propostes preventives noves de qualitat.

OE: Facilitar que les accions adreçades a la família disposin del temps mínim per acomplir els seus objectius i garantir resultats de canvi.

OE: Dotar els programes de prevenció de recursos econòmics i humans.

OE: Prestigiar la formació de les famílies (amb estratègies de motivació externa, reconeixement o certificació de la formació, incentius a la participació, etc.).

OE: Tenir en compte la diversitat cultural i religiosa, així com la perspectiva de gènere.

**OG: Estimular la participació i la implicació de les famílies en el desenvolupament dels programes de prevenció del consum de drogues i problemes associats.**

OE: Assegurar l'existència de referents clars d'informació, acompanyament i assessorament a les famílies adaptats al territori.

OE: Establir i potenciar les figures i els canals de comunicació que dotin de contingut preventiu la tasca de les famílies en els centres educatius.

OE: Definir estratègies que millorin l'accés a les famílies des dels diferents àmbits en què es poden desenvolupar les pràctiques preventives: àmbit laboral, educatiu, sanitari, del lleure, comunitari i dels mitjans de comunicació.

OE: Proporcionar facilitats per a la participació (cangurs, infraestructures dignes i acollidores, convocatòries atractives, mesures de conciliació d'horaris laborals, escolars i familiars).

OE: Donar resposta a les necessitats i inquietuds de les mares i pares, i disposar d'un ventall de programes adaptats a les necessitats i característiques dels participants.

OE: Sensibilitzar les mares i pares sobre la importància de la manera de viure el temps de lleure en família i oferir-los recursos per aprofitar el valor preventiu de les activitats d'oci.

OE: Implicar els mitjans de comunicació perquè transmetin missatges preventius adreçats a la família.

**OG: Fomentar la coresponsabilitat i la coordinació dels agents educadors en el territori.**

OE: Desenvolupar mesures i accions que promoguin l'actuació conjunta dels diferents professionals que treballen a l'escola amb les famílies.

OE: Potenciar plans comunitaris que prevegin entre les seves prioritats les accions adreçades a les famílies.

OE: Desenvolupar mesures i accions que promoguin l'actuació conjunta entre els professionals de l'àmbit dels serveis de salut i les famílies.

OE: Facilitar canals de comunicació i coordinació sòlids entre els diferents agents que desenvolupen accions de prevenció.

OE: Sensibilitzar tots els agents que intervenen en infància i adolescència sobre la importància de la seva tasca preventiva amb les famílies.

OE: Facilitar la participació de les famílies en l'elaboració dels continguts de materials preventius que utilitzen com a suport els mitjans audiovisuals i les noves tecnologies.

OE: Garantir que amb iniciatives de creació de xarxes comunitàries (plans d'entorn, etc.) es preveu un tractament prioritari de la família.

**OG: Estimular la funció parental per tal de potenciar els factors de protecció relacionats amb els consums de drogues i promoure actituds i hàbits saludables a través del procés educatiu que es produeix en l'entorn familiar.**

OE: Informar i formar les famílies per facilitar l'adopció d'estils de vida saludables i la incorporació d'hàbits de salut mitjançant la reducció dels factors de risc i la potenciació dels factors de protecció en relació amb les drogues en l'àmbit familiar.

OE: Potenciar les habilitats de comunicació entre mares, pares i fills, vinculades específicament amb la transmissió d'hàbits de salut i la prevenció dels consums de drogues.

OE: Augmentar la capacitació de les famílies sensibilitzades i els educadors, aportant instruments, eines, coneixements i habilitats per poder influir positivament, com a agents de salut entre iguals, i liderar així canvis de comportaments en l'entorn familiar.

OE: Promoure l'existència d'espais d'assessorament i aprenentatge per a les famílies que detecten dificultats per resoldre conflictes, definir límits i gestionar les emocions que aquesta situació els comporta. Incloent-hi la capacitació per assolir:

[+] El paper de la família com a model de salut, específicament en relació amb el consum de drogues integrades en la nostra cultura (ex. pares i mares fumadors, consum d'alcohol en festes familiars).

[+] L'anàlisi crítica i el control del consum dels mitjans de comunicació i de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).

[+] L'enfortiment dels vincles afectius des d'edats primerenques.

-

**3.3.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ SELECTIVA I INDICADA**

**OG: Promoure i millorar l'aplicació de programes específics de prevenció de drogues i problemes associats adreçats a famílies en situació de risc.**

OE: Promoure l'aplicació de programes de prevenció del consum de drogues i problemes associats entre les famílies usuàries de recursos especialitzats d'atenció social i sanitària (per exemple: el programa d'atenció a mares joves, centres oberts, CRAE, centres d'informació i assessorament sobre drogues, sida, sexualitat, etc.).

OE: Promoure l'aplicació de programes de prevenció de consum de drogues i problemes associats amb els nuclis familiars de les persones sotmeses a mesures judicials (Departament de Justícia), especialment amb els nuclis familiars de menors i joves infractors.

OE: Promoure l'aplicació de programes de prevenció de consum de drogues i problemes associats amb els nuclis familiars de persones sotmeses a mesures de protecció i tutela (Departament d'Acció Social i Ciutadania).

OE: Garantir que els programes de prevenció selectiva prevegin la disminució dels factors de risc i l'augment dels factors de protecció de l'entorn familiar de les famílies en risc.

OE: Garantir que els programes de prevenció selectiva prevegin la disminució dels factors de risc i augmentar els factors de protecció de les famílies que tenen infants o adolescents amb problemes de conducta.

OE: Facilitar que els programes de prevenció del consum de drogues i dels problemes associats dirigits a les famílies s'apliquin sense demora una vegada detectat el problema.

OE: Garantir que els programes de prevenció incorporin els elements següents:

- [+] Incrementar les habilitats de comunicació en l'entorn familiar.
- [+] Incrementar la capacitat de les mares i pares (tutors/tutores) perquè estableixin vincles emocionals positius, normes i pautes clares i estables, disciplina positiva, seguiment i supervisió de la conducta dels fills.
- [+] Incrementar la capacitat de les mares i pares (tutors/tutores) per establir límits, criteris, normes de conducta i utilitzar mètodes de disciplina positiva.
- [+] Enfortir els vincles familiars: identificar situacions de conflicte i donar estratègies d'afrontament i resolució, incrementar la capacitat de les mares i pares (tutors/tutores) per definir normes familiars envers el consum de drogues.
- [+] Potenciar l'increment de la percepció dels fills de la desaprovació familiar envers el consum.

**OG: Garantir l'atenció continuada i integral de les famílies en situació de risc**

OE: Facilitar i aclarir els circuits d'atenció i seguiment de les famílies en risc per potenciar el treball en xarxa des dels diferents àmbits d'intervenció.

OE: Potenciar la inclusió de famílies en risc en instàncies socialitzadores i dinàmiques comunitàries, per tal d'evitar o intervenir en processos d'estigmatització.

**OG: Incorporar la diversitat cultural i religiosa en els recursos i programes de prevenció del consum de drogues i problemes associats per a famílies en situació de risc.**



- OE: Formar mediadors culturals i agents de salut en l'àmbit de la prevenció dels consums de drogues i problemes associats vinculats directament a les associacions dels diferents col·lectius de persones nouvingudes a Catalunya per tal que les seves particularitats culturals es tinguin presents en els programes i serveis preventius.
- OE: Garantir que els nuclis d'expertesa referents per territori, amb funcions de suport a les xarxes convencionals d'atenció a la població immigrant (previstos en el Pla director de salut mental i addiccions), prevegin la intervenció preventiva del consum de drogues i dels problemes associats de famílies en risc.
- OE: Promoure la intervenció dels agents de salut referents per territori amb funcions de suport a les xarxes convencionals d'atenció a la població immigrant en els circuits d'atenció i seguiment de les famílies en risc establerts.



#### 3.3.4. OBJECTIUS ESPECÍFICS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ DETERMINADA

##### **OG: Ajudar els pares i mares consumidors o en tractament per a la seva drogodependència, a construir la seva funció parental des dels diversos recursos i serveis existents en el territori.**

- OE: Fomentar el treball en xarxa dels serveis socio-sanitaris que estan implicats en l'atenció i el seguiment d'aquestes famílies.
- OE: Sensibilitzar sobre la importància de la transmissió d'hàbits de salut i de la prevenció dels consums de drogues als fills de pares i mares consumidors o en tractament per drogodependència.
- OE: Afavorir la integració social dels pares i mares consumidors o en tractament per drogodependència.
- OE: Elaborar estratègies de prevenció adreçades a mares i pares joves amb problemes relacionats amb els consums de drogues.
- OE: Potenciar la inclusió de famílies en instàncies socialitzadores i dinàmiques comunitàries, per tal d'evitar o intervenir en processos d'estigmatització.
- OE: Potenciar els hàbits de salut, convivència i cura dels fills i filles, des dels serveis de salut, comunitat educativa i àmbit del lleure.

##### **OG: Reforçar el paper de la família de persones drogodependents pel que fa al procés de tractament i rehabilitació.**

- OE: Fomentar la implicació de la família als programes de tractament i rehabilitació.
- OE: Garantir el suport als nuclis familiars de persones drogodependents com a principals cuidadors i agents col·laboradors en tot el procés de tractament i rehabilitació de la persona afectada (aspecte previst en el Pla director de salut mental i addiccions).

OE: Afavorir processos de sensibilització i conscienciació en l'àmbit comunitari que promoguin la inclusió social d'aquestes famílies.

**OG: Implicar les famílies en cas de sancions administratives, delictes o faltes de menors, relacionades amb el consum/tinença de drogues.**

OE: Establir sistemes de coordinació dels professionals que intervenen en la gestió d'aquests casos (mediadors tècnics de serveis socials, professionals de justícia, cossos policials i serveis especialitzats) i els recursos preventius, per tal d'orientar i informar la família.

OE: Formació dels professionals que intervenen en la gestió d'aquests casos (mediadors, tècnics de serveis socials, professionals de justícia, cossos policials i serveis especialitzats) per tal que puguin implicar i orientar les famílies i informar-les dels recursos existents.

OE: Promoure la coresponsabilitat de les famílies en el compliment de les "tasques socioeducatives" imposades als menors.

**OG: Oferir recursos d'atenció individualitzada a menors consumidors amb diferents hàbits de consum i als seus familiars.**

OE: Establir un espai d'assessorament individual i familiar diferenciat d'un tractament de drogodependències, per:

- [+] Donar pautes a les famílies per a la millora de la relació amb l'adolescent o jove que consumeix.
- [+] Oferir un enfocament global no basat estrictament en la substància o substàncies consumides sinó en la reestructuració dels diferents àmbits de la persona afectada (lleure, educatiu...).

**3.3.5. OBJECTIUS ESPECÍFICS PEL QUE FA ALS MÈTODES DE DETECCIÓ PRECOÇ I PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ**

**OG: Millorar la identificació de famílies en situació de risc.**

OE: Reforçar la relació dels serveis socials i sanitaris (atenció primària, CSMIJ, EAIA, DGAIA, programes d'atenció a infants, adolescents i joves, tècnics de Justícia Juvenil, CAS...) amb la comunitat educativa escolar i amb els serveis educatius del territori per detectar les famílies en situació de risc i facilitar-ne el seguiment.

OE: Millorar la relació dels recursos socials, sanitaris i educatius en l'àmbit de justícia per optimitzar el procés de detecció i seguiment de les famílies en situació de risc.

- OE: Millorar la relació dels recursos socials, sanitaris i educatius en l'àmbit de la protecció i tutela dels infants i adolescents per optimitzar el procés de detecció i seguiment de les famílies en situació de risc.
- OE: Sensibilitzar i formar els professionals de l'àmbit educatiu formal i no formal la necessitat de detectar famílies en risc per tal que coneguin els recursos per a la sobre derivació i seguiment.
- OE: Reforçar el paper dels professionals del lleure educatiu per donar suport en la detecció de famílies en situació de risc.
- OE: Facilitar els recursos per a la millora de la detecció de les famílies en situació de risc a partir de la conducta disruptiva dels infants i adolescents al centre escolar (problemàtiques relacionades amb l'aprenentatge, absentisme escolar, consums, etc.).

-

### 3.3.6. OBJECTIUS ESPECÍFICS PEL QUE FA A L'AVALUACIÓ I LA RECERCA

#### **OG: Dotar els programes adreçats a l'àmbit familiar de l'orientació, el suport tècnic i els recursos necessaris per garantir l'acompliment dels objectius fixats.**

- OE: Garantir que els programes de prevenció obtenen la dotació pressupostària necessària per a l'avaluació del procés i dels resultats de la seva aplicació.
- OE: Oferir formació bàsica sobre instruments i sistemes d'avaluació, pràctics i fàcilment aplicables als professionals de la salut pública amb responsabilitats en la gestió dels recursos adreçats a la promoció d'estils de vida saludables i la prevenció dels consums de drogues i dels problemes associats.
- OE: Dissenyar sistemes d'avaluació adequats a les característiques dels programes d'intervenció.
- OE: Fomentar l'avaluació externa dels programes de prevenció.
- OE: Facilitar la continuïtat a mitjà i a llarg termini dels programes de prevenció adreçats a la família que hagin estat avaluats.

#### **OG: Establir criteris de millora i de control de qualitat de les accions adreçades a la família reconeguts per la comunitat professional i científica.**

- OE: Obtenir informació exhaustiva sobre intervencions adreçades a la família que tinguin com a principal objectiu la prevenció de les drogodependències.
- OE: Seleccionar aquells programes avaluats positivament per organismes científics internacionals i que es puguin adaptar a la realitat del país.
- OE: Potenciar la recerca sobre l'efectivitat de les intervencions familiars per a la prevenció dels consums de drogues i dels problemes associats.

OE: Afavorir mecanismes d'intercanvi de coneixements entre professionals d'altres països i/o comunitats autònomes que tinguin per objectiu comú la intervenció en l'àmbit familiar.

**OG: Potenciar els treballs de recerca adreçats a l'anàlisi de les relacions existents entre els factors de risc i de protecció familiar amb els consums de drogues i els problemes associats.**

OE: Establir uns criteris de qualitat i garantir que totes les intervencions promogudes pels organismes oficials, entitats i associacions implicades en la prevenció dels consums de drogues i problemes associats compleixen els criteris de millora establerts.

OE: Fixar prioritats anuals o bianuals per tal d'orientar les iniciatives que es puguin dur a terme per part d'institucions, organismes, iniciativa privada i societat civil organitzada.

OE: Fixar els paràmetres mínims a avaluar que han de preveure els programes finançats des de l'Administració.

OE: Dissenyar un sistema de components mínims (cognitiu, presa de decisions, habilitats, autocontrol...) que han de reunir els programes adreçats a la família.

**OG: Establir mecanismes àgils de comunicació amb d'altres comunitats autònomes i països que desenvolupin programes de prevenció adreçats a la família.**

OE: Potenciar la tramesa d'informació i l'apropament dels observatoris existents (Observatori de la Infància i la Família, Consorci de l'Institut de la Infància i Món Urbà).

OE: Garantir que els observatoris incorporin equips multidisciplinaris.

OE: Garantir que els observatoris prevegin l'anàlisi de la realitat de les famílies afectades per problemàtiques relacionades directament amb els consums de drogues i problemes associats, per exemple les drogodependències.

OE: Impulsar projectes de recerca amb famílies de persones drogodependents que permetin conèixer i incidir sobre els mecanismes de control familiar i els estils educatius.

-

### 3.3.7. OBJECTIUS ESPECÍFICS PEL QUE FA A LA FORMACIÓ

**OG: Promoure la incorporació de la formació en intervenció familiar i prevenció dels consums de drogues i dels problemes associats al currículum acadèmic de les titulacions de professionals de la salut, l'educació i els serveis socials, així com en els cursos de capacitació pedagògica per a futurs professors de secundària.**

OE: Incloure als últims cursos de formació dels alumnes d'educació social, treball social, professionals de la salut, i professionals de l'ensenyament, un mínim de 10 hores de formació en prevenció de les drogodependències des de l'àmbit familiar.

**OG: Dotar els professionals del sector educatiu en actiu d'eines per facilitar la vinculació i el seguiment de les famílies d'alumnes en situació de risc.**

OE: Garantir que els professionals dels centres educatius coneguin quins són els factors de risc individual i familiar dels alumnes i quins són els factors de protecció que poden potenciar conjuntament amb la família.

OE: Garantir que els professionals dels centres educatius coneguin els circuits informatius, d'assessorament i atenció a les famílies existents en el territori.

OE: Capacitar el professorat per afavorir la vinculació de les famílies en situació de risc amb els centres educatius.

OE: Facilitar que en els espais de convocatòria de les famílies que realitza l'escola al llarg del curs s'estableixi un espai per a l'abordatge de la prevenció del consum de drogues i dels problemes associats.

OE: Potenciar l'elaboració de materials i publicacions sobre intervenció en famílies adreçades a aquests professionals.

**OG: Oferir espais de formació en prevenció dels consums de drogues i problemes associats adreçats als representants dels pares i mares d'alumnes dels centres educatius.**

OE: Garantir que les AMPA dels centres de secundària reben un mínim de 10 hores de formació en prevenció dels consums de drogues i problemes associats per tal de sensibilitzar-los en la detecció i suport a famílies en situació de risc.

OE: Promoure sistemes de captació de les famílies per incrementar l'assistència a sessions formatives sobre prevenció dels consums de drogues i problemes associats.

**OG: Oferir suport als representants de pares i mares del grup classe des del cicle superior de primària.**

OE: Potenciar la figura del delegat de pares i mares de classe com a referent per a la participació de les famílies del grup classe a les activitats formatives en prevenció que es desenvolupin al centre educatiu.

OE: Desenvolupar mecanismes àgils de comunicació amb les famílies que mantenen una participació baixa en les activitats desenvolupades al centre educatiu.

OE: Aconseguir la implicació d'un mínim de cinc pares i mares per classe que donin suport a la figura del delegat i puguin rebre orientacions sobre estratègies de millora de la interacció i la participació familiar.

**OG: Establir un mínim de temps necessari per garantir la transmissió adequada de continguts preventius a les famílies participants en sessions formatives.**

OE: Garantir que els pares i mares d'educació primària reben un mínim de 10 hores de formació al llarg del curs sobre estils educatius que funcionen en prevenció del consum de drogues i problemes associats.

OE: Garantir que els pares i mares d'educació secundària reben un mínim de 10 hores de formació al llarg del curs sobre elements de detecció precoç de consum, identificació de factors de risc i desenvolupament de factors de protecció.

OE: Facilitar que les sessions de formació siguin espaciades en el temps.

**OG: Garantir que les intervencions formatives adreçades a les famílies inclouen en els seus continguts el treball sobre factors de risc i protecció.**

OE: Facilitar a les famílies l'accés a informació escrita sobre conceptes bàsics en relació amb les drogues i els aspectes més rellevants a saber sobre el consum de les diferents substàncies.

OE: Desenvolupar accions adreçades a les famílies que les capacitin per desenvolupar eficaçment factors de protecció per als seus fills en totes les etapes educatives.

OE: Facilitar espais d'aprofundiment per a grups reduïts de famílies.

**OG: Promoure la formació i la informació dels professionals de la salut, l'educació i els serveis socials de cada territori, per tal que puguin col·laborar en els programes de prevenció d'àmbit municipal.**

OE: Oferir regularment programes de capacitació i formació continuada en prevenció de drogodependències als professionals de la salut, l'educació i els serveis socials de cada territori.

-

**3.3.6. OBJECTIUS ESPECÍFICS**

**PEL QUE FA A LA IMPLICACIÓ I LA PARTICIPACIÓ ACTIVA DE LA CIUTADANIA**

**OG: Promoure un model d'escola més participativa i democràtica, amb la implicació de mares, pares i alumnat en la gestió i presa de decisions del centre.**

OE: Potenciar la participació de mares, pares i tutors dels alumnes a partir de la figura dels delegats de pares i mares de curs.

OE: Potenciar la participació de l'alumnat per mitjà de les assemblees de delegades i delegats de curs, que serveixen com a fòrum de participació, decisió i de resolució de conflictes.

**OG: Promoure l'adopció d'estils de vida saludables en les famílies i l'increment de la qualitat de vida i benestar, potenciant la capacitat dels nuclis familiars per a l'abordatge dels seus problemes, demandes o necessitats.**

OE: Promoure una formació tècnica i específica orientada als pares i mares per tal que esdevinguin agents promotors de salut en el seu medi familiar i en l'entorn social.

**OG: Fomentar la participació dels nuclis familiars en els centres de salut, i afavorir la millora de les seves actuacions i l'adopció per part dels centres d'un enfocament basat en la promoció de la salut familiar i comunitària.**

OE: Potenciar la participació dels afectats en els òrgans assessors a l'àmbit central i local (Pla director de salut mental i addiccions).

-

### 3.3.7. OBJECTIUS ESPECÍFICS PEL QUE FA A LA COOPERACIÓ INTERNACIONAL

**OG: Promoure el coneixement d'experiències de bones pràctiques en la promoció de salut i el benestar de les famílies realitzades en altres comunitats autònomes i altres països.**

OE: Generar coneixement i establir consens sobre qüestions tant teòriques com pràctiques relacionades amb la promoció de la salut amb les famílies, sobre la base de la realització de reunions de caràcter científic i a la realització de tallers de treball.

OE: Promoure la creació d'una xarxa d'activitats de promoció de la salut familiar i comunitària amb la finalitat de facilitar els contactes i l'intercanvi d'informació entre institucions i grups que treballen en aquest camp en l'àmbit de Catalunya i arreu.

-

### 3.3.8. PROPOSTES D'ACTUACIÓ

Per assolir els objectius anteriors es proposa el desenvolupament de:

- [+] Sessions formatives en prevenció dels consums de drogues i promoció de la salut a les AMPA.
- [+] Espais de convivència i formació per a les famílies en el marc de les activitats extraordinàries per als infants dels centres educatius formals i no formals (festes populars, viatges de final de curs, etc.).
- [+] Excursions, colònies o vacances familiars amb temàtica de promoció de salut i prevenció de problemes relacionats amb les drogues.
- [+] Sessions dinàmiques de prevenció dels consums de drogues i promoció de la salut, adreçades conjuntament a famílies i a infants.

- [+] Grups o comissions de treball específic, formats per pares, mares i educadors, sobre temes diversos d'educació per a la salut.
- [+] Entrenament i capacitatció en tècniques de comunicació en la relació pares-fills en situacions de conflicte.
- [+] Sessions de treball amb famílies en el marc de l'àmbit esportiu. Centrades en la prevenció de conductes de risc, utilitzant l'activitat física i esportiva en el temps d'oci familiar.
- [+] Sessions formatives i dinàmiques de prevenció del consum de drogues per a famílies, tutors i alumnes.



03.4

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

ÀMBIT LABORAL

## 03.4

### ÀMBIT LABORAL

-

#### 3.4.1. OBJECTIUS GENERALS DE L'ÀMBIT LABORAL

- > Millorar la coordinació de les accions preventives en l'àmbit laboral.
- > Promoure accions preventives conjuntes i coordinades en els diferents àmbits del marc del conveni.
- > Millorar el coneixement i els sistemes d'informació disponibles.
- > Reduir l'accessibilitat a l'alcohol i altres drogues en l'àmbit laboral.
- > Implantar estratègies preventives basades en la reducció de la demanda adreçades tant a afavorir hàbits saludables com a modificar les actituds individuals, els comportaments nocius i les situacions en què es produeix el consum d'alcohol i altres drogues amb l'objectiu final de millorar el nivell de salut dels treballadors.
- > Dur a terme, en l'àmbit laboral i dins del marc de la normativa legal vigent, actuacions orientades a la detecció de persones en situació de risc o amb problemes per tal de garantir-ne un procés terapèutic individualitzat, amb les exigències de confidencialitat corresponents i amb l'objectiu últim de facilitar la normalització de la persona i, si escau, la seva reincorporació al medi laboral.

-

#### 3.4.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTES D'ACTUACIÓ D'ESPais DE COORDINACIÓ I COL·LABORACIÓ

##### **OG: Millorar la coordinació de les accions preventives en l'àmbit laboral.**

OE: Establir i mantenir espais de coordinació i col·laboració entre l'Administració, els representants dels treballadors i els empresaris, els professionals de la seguretat i la salut laboral, i els especialistes en drogues.

A: *Desenvolupament de la comissió que estableix el Conveni per a la prevenció i el tractament de les drogodependències en l'àmbit laboral, adscrita a la Subdirecció General de Drogodependències, amb la finalitat de promoure i orientar els programes informatius i preventius i facilitar els programes d'assistència i reinserció que estableix el Pla de drogodependències de la Generalitat de Catalunya.*

##### **OG: Promoure accions preventives conjuntes i coordinades en els diferents àmbits del marc del conveni.**

OE: Desenvolupar accions de sensibilització i informació de forma coordinada.

A: *Campanya adreçada a la població treballadora.*

OE: Promoure, per part de l'Administració catalana, accions preventives locals, regionals i nacionals i la seva adequada integració en la promoció dels hàbits saludables en l'àmbit laboral.

A: *Base de dades de programes.*

A: *Línies d'incentivació.*

OE: Promoure, potenciar i donar suport a totes aquelles iniciatives d'empreses i sindicats que, en el marc establert, iniciïn accions en les línies previstes en el Conveni (assessorament tècnic per a l'establiment de protocols de col·laboració i l'execució conjunta i, si escau, per a la proposta de normatives i recomanacions específiques).

A: *Base de dades de programes.*

A: *Línies d'incentivació per part de l'Administració per al desenvolupament de programes preventius del consum de drogues i els problemes que generen a les empreses.*

-

### 3.4.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTES D'ACTUACIÓ SISTEMES D'INFORMACIÓ I RECERCA

**OG: Millorar el coneixement i els sistemes d'informació disponibles.**

OE: Establir indicadors fiables i comparables per tal de disposar de dades no només relatives al consum de drogues i alcohol en l'àmbit laboral sinó també sobre l'impacte i les conseqüències del consum de drogues en la seguretat i salut en el treball.

A: *Revisió bibliogràfica exhaustiva de l'evidència existent.*

A: *Recerca específica en el nostre context.*

OE: Crear un sistema d'informació públic que ajudi a millorar el coneixement del problema del consum d'alcohol i altres drogues en l'àmbit laboral i de les situacions en què es produeixen i avaluar les necessitats en aquest sentit per tal d'optimitzar les respostes adequades.

A: *Enquesta a la població general i treballadora per avaluar el consum d'alcohol i drogues.*

A: *Avaluació de la situació laboral entre els pacients que inicien tractament en els centres d'atenció a les drogodependències.*

A: *Enquestes d'opinió als públics d'interès (stakeholders).*

A: *Creació de bases de dades i fons documentals sobre les drogues en l'àmbit laboral.*

A: *Anàlisi sistemàtica de la informació recollida.*

A: *Publicació dels resultats més importants tenint en compte de fer subanàlisi en funció de les variables gènere, edat, sector industrial, característiques de la feina (torns, etc.) i tipus de contracte. Butlletí anual en línia.*

OE: Recollir l'evidència disponible (descripció de la metodologia i resultats més rellevants) al voltant de l'eficàcia, l'efectivitat i el cost-efectivitat dels programes que es vagin implementant tant en l'àmbit públic com privat.

A: *Estudi bibliogràfic.*

OE: Promoure l'avaluació dels programes preventius en l'àmbit laboral.

A: *Elaboració de recomanacions específiques sobre l'avaluació de programes.*

OE: Recopilar les clàusules tipus sobre drogues existents als convenis col·lectius o convenis específics de les empreses en funció dels sectors.

A: *Elaboració de bases de dades a partir de la base de dades de convenis col·lectius del Departament de Treball.*

OE: Promoure la recerca i els estudis específics sobre el consum de drogues i el seu impacte en l'àmbit laboral.

A: *Convocatòries de recerca entre els departaments de Treball i de Salut sobre temes com la venda de begudes alcohòliques mitjançant la venda automàtica (vending).*

#### 3.4.4. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTES D'ACTUACIÓ DE LES RECOMANACIONS DE REDUCCIÓ DE L'OFERTA

**OG: Reduir l'accessibilitat a l'alcohol i altres drogues en l'àmbit laboral.**

OE: Definir les situacions i els límits de consum d'alcohol i, en concret, la restricció de la venda de begudes alcohòliques en l'àmbit laboral.

A: *Elaboració de recomanacions.*

OE: Promoure, dins l'àmbit laboral, el debat i un estat d'opinió sobre les restriccions al consum d'alcohol i altres drogues.

A: *Jornada participativa.*

#### 3.4.5. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTES D'ACTUACIÓ DE LES MESURES DE REDUCCIÓ DE LA DEMANDA

**OG: Implantar estratègies preventives basades en la reducció de la demanda adreçades tant a afavorir hàbits saludables com a modificar les actituds individuals, els comportaments nocius i les situacions en què es produeix el consum d'alcohol i altres drogues amb l'objectiu final de millorar el nivell de salut dels treballadors.**

OE: Sensibilitzar sobre hàbits i estils de vida saludables i sobre els riscos del consum mitjançant la provisió d'informació veraç i objectiva allunyada de prejudicis o estereotips i garantint-ne la transmissió adequada a diferents nivells (empresa, treballadors, agents socials i tècnics).

- A: *Campanyes de sensibilització de caràcter informatiu sobre el consum de drogues i la seva repercussió en la seguretat i la salut laborals:*
- [+] Utilització de pòsters i tríptics al voltant de la política de drogues a l'empresa.
  - [+] Utilització de vídeos i altres materials audiovisuals.
- A: *Desenvolupament de material didàctic i de divulgació sobre el consum de drogues en l'àmbit laboral i les seves conseqüències.*
- A: *Elaboració de recomanacions o guies de bones pràctiques en la població treballadora sobre sensibilització d'hàbits i estils de vida saludables.*
- OE: *Desenvolupar accions orientades a la millora de la formació de tots els treballadors i agents implicats sobre el consum d'alcohol i altres drogues i les seves conseqüències.*
- A: *Formació de tots els treballadors sobre el consum d'alcohol i altres drogues en l'àmbit laboral i els efectes físics i psicològics del consum perquè puguin establir una relació lliure, conscient i responsable amb el consum d'alcohol i altres drogues.*
- A: *Seminari sobre problemes d'alcohol en el lloc de treball, integrat dins dels programes en altres activitats com les d'orientació que segueixen a la contractació, que inclogui:*
- [+] Legislació i normativa existent d'aplicació general i de l'àmbit laboral.
  - [+] Problemes de drogues i confidencialitat.
  - [+] Mesures proposades per prevenir l'ocurrència dels problemes.
  - [+] Serveis disponibles per atendre i assistir els treballadors amb aquests problemes tant a dins com a fora de l'empresa, inclosa informació sobre serveis on derivar programes de tractament i rehabilitació i també sobre la cobertura sanitària per aquests serveis.
- A: *Formació dels òrgans de l'empresa competents en aquesta matèria que la llei en cada moment determini per millorar la capacitat de mediadors, tècnics i treballadors.*
- A: *Formació dels supervisors, gestors i representants dels treballadors per tal d'ajudar-los a:*
- [+] Identificar el possible consum dels treballadors a partir dels canvis del seu comportament.
  - [+] Conèixer la política de drogues de l'empresa.
- OE: *Millorar l'accés dels treballadors als programes de prevenció del consum d'alcohol i altres drogues i dels problemes associats en l'àmbit laboral.*
- A: *Introducció d'informació sobre els programes adreçats als treballadors en els mitjans de comunicació.*

OE: Establir les directrius per a la implantació de plans de prevenció del consum d'alcohol i altres drogues (específics, negociats, participatius, integrals, universals, confidencials, voluntaris i no punitius) en el marc del Pla de prevenció general a les empreses.

*A: Elaboració de procediments d'actuació en diferents supòsits tenint en compte i diferenciant la situació que pot produir-se en una gran o petita empresa.*

OE: Explorar mecanismes de col·laboració dels serveis preventius de les empreses en les accions preventives dins la comunitat i a l'inrevés.

*A: Difusió en l'àmbit laboral d'informació adreçada a pares sobre les drogues i els problemes de drogues.*

*A: Promoció de les accions preventives comunitàries en espais propers a l'àmbit laboral.*

-

### 3.4.6. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIÓ DE LA MILLORA DE LA DETECCIÓ PRECOÇ I DELS PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ

**OG: Dur a terme, en l'àmbit laboral i dins del marc de la normativa legal vigent, actuacions orientades a la detecció de persones en situació de risc o amb problemes per tal de garantir-ne un procés terapèutic individualitzat, amb les exigències de confidencialitat corresponents i amb l'objectiu últim de facilitar la normalització de la persona i, si escau, la seva reincorporació al medi laboral.**

OE: Promoure programes de detecció precoç dels factors de risc tant individuals com de l'ambient laboral orientats a tenir cura de la salut dels treballadors.

*A: Creació d'indicadors estandarditzats per a la detecció de consum d'alcohol i altres drogues i dels problemes associats.*

*A: Inclusió d'instruments d'autoavaluació en els programes informatius, educatius i de formació sobre drogues per incrementar el coneixement dels treballadors sobre el seu propi consum i els possibles riscos associats.*

*A: Elaboració de recomanacions, sempre d'acord amb la normativa existent i els principis de bona pràctica, sobre la implementació de procediments de detecció formal a les empreses.*

OE: Millorar l'accés dels treballadors amb problemes associats al consum d'alcohol i altres drogues als recursos de la xarxa assistencial i de reinserció pública.

*A: Informació als treballadors sobre els recursos assistencials disponibles a la comunitat.*

OE: Millorar la comunicació, la col·laboració i la coordinació entre els serveis de prevenció de les empreses i els programes d'assistència i reinserció de la xarxa assistencial pública.

*A: Informació a les empreses i els professionals de la salut i la seguretat laboral sobre els recursos assistencials disponibles a la comunitat.*

*A: Recomanacions per a la derivació als centres assistencials i el seguiment de casos.*

03.5

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

ÀMBIT DEL LLEURE

## 03.5

### ÀMBIT DEL LLEURE

Les actuacions preventives en l'àmbit del lleure centren l'anàlisi i les propostes d'actuació en els programes, les activitats, els agents i els espais que intervenen en el temps lliure. És a dir, en activitats complementàries realitzades durant el període de temps que no es realitzen tasques laborals, educatives, acadèmiques i de responsabilitat familiar; temps que s'ocupa en el descans, l'experimentació, la creativitat, la implicació social, el plaer i el desenvolupament personal. Dins d'aquest àmbit poden diferenciar-se dos tipus d'actuacions:

- [+] **D'una banda, totes aquelles activitats que tenen un enfocament educatiu desenvolupat des del temps lliure**, per exemple: serveis d'educació no formal, actuacions desenvolupades des d'associacions educatives juvenils, activitats esportives, aprenentatge d'idiomes, etc.
- [+] **D'altra banda, les actuacions d'oci que no tenen intencionalitat educativa sinó estrictament recreativa, per exemple: activitats culturals, activitats de consum, etc.**

Cadascun d'aquests dos grups disposa d'agents propis. Pel que fa a l'educació no formal, els agents principals són les persones que desenvolupen tasques d'educació en el lleure amb intencionalitat educativa explícita, és a dir, treballen en associacions juvenils, grups d'esplai, agrupacions escoltes, serveis socioeducatius, associacions culturals, associacions esportives, etc. Els agents en l'àmbit del lleure informal són les persones que constitueixen el cercle d'amistats, els mitjans de comunicació social, la indústria de l'oci i el mercat de la societat de consum en general; tots ells participen de forma explícita o implícita en la transmissió de valors, actituds, comportaments i hàbits recreatius.

Els espais on es desenvolupen les activitats d'oci també varien segons es tracti d'oci educatiu o lleure sense intencionalitat educativa. En el primer cas, es tracta d'espais que acullen les institucions encarregades de l'oci amb intencionalitat educativa, és a dir: casals, esplais, instal·lacions esportives, centres cívics, museus, biblioteques, etc. En el segon cas, són locals com discoteques, bars, espais urbans, locals d'entreteniment, centres comercials, etc.



### 3.5.1. OBJECTIUS GENERALS

- > Sensibilitzar els diferents agents socials de la potencialitat del lleure no formal i informal com a àmbit d'actuació preventiva.
- > Promoure missatges que potenciïn la imatge del jove que es preocupa per la seva salut com un model desitjable (imatge realista, no idealitzada).
- > Desenvolupar actuacions preventives universals en els entorns pròxims als infants, joves i adults (nit, associacionisme, esport, etc.).
- > Fomentar el debat entorn del consum i l'ètica dels mecanismes de detecció i control de consum de drogues.
- > Definir clarament quina és la postura preventiva adequada pel que fa a les possibilitats de col·laboració amb la indústria de l'alcohol i la impossibilitat d'establir cap mena de col·laboració amb la indústria del tabac.
- > Ampliar la identificació de subgrups en situació de risc.
- > Desenvolupar actuacions de prevenció del consum de drogues dirigits als diferents subgrups identificats.
- > Fomentar la creació i l'accés als recursos de lleure a subgrups identificats.
- > Reconèixer i difondre les actuacions de RdR (reducció de risc) com a estratègia basada en l'evidència d'efectivitat necessària i prioritària amb la població consumidora.
- > Promoure l'elaboració de protocols de detecció dels factors de risc.
- > Promoure l'elaboració de protocols per detectar precoçment consums de cànnabis, cocaïna, derivats amfetamínicos i altres substàncies psicoactives.
- > Fomentar l'elaboració de protocols d'intervenció i derivació.
- > Unificar i facilitar l'accés a la informació, la investigació, l'avaluació i la publicació sobre drogues a Catalunya.
- > Incrementar la sensibilització sobre la necessitat d'avaluació, facilitant recursos, eines, protocols, etc.
- > Garantir que les línies d'actuació estiguin basades en la investigació bàsica i social en relació amb els riscos i danys reals i les avaluacions desenvolupades.
- > Dissenyar i executar un pla de formació inicial i contínua.
- > Establir mecanismes de participació per tal de dissenyar i avaluar l'oferta de lleure.
- > Establir els mecanismes de participació en el disseny, l'execució i l'avaluació dels plans de prevenció.
- > Promoure i facilitar la participació d'administracions locals, programes i entitats del lleure, en xarxes internacionals de prevenció i reducció del risc associat al consum de drogues.

**3.5.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS I****PROPOSTA D'ACTUACIONS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ UNIVERSAL**

**OG: Sensibilitzar els diferents agents socials de la potencialitat del lleure no formal i informal com a àmbit d'actuació preventiva.**

OE: Identificar els possibles *stakeholders* (agents socials clau, públics i privats).

A: *Realitzar un estudi de camp per conèixer el perfil dels professionals que intervenen en la prevenció.*

OE: Establir canals de comunicació amb els diferents agents socials per implicar-los.

A: *Crear grups de treball amb representació dels agents socials identificats en àmbits específics del lleure.*

A: *Desenvolupar eines de participació i comunicació: un web, una comunitat virtual de participació, un butlletí intern, etc.*

OE: Fomentar l'educació entre iguals.

A: *Dissenyar cursos de formació per a persones joves perquè puguin actuar com a agents de prevenció.*

OE: Facilitar l'accés i el coneixement de l'oferta de lleure no formal existent, específicament dels més joves.

A: *Dissenyar i realitzar una campanya publicitària donant a conèixer l'oferta de lleure existent (la que no té mitjans de difusió propis).*

A: *Difondre la campanya mitjançant altres canals a l'àmbit local (ràdio, premsa jove, medi educatiu formal, la nit, etc.)*

**OG: Promoure missatges que potenciïn la imatge del jove que es preocupa per la seva salut com un model desitjable (imatge realista, no idealitzada).**

OE: Consensuar els missatges que cal prioritzar i adequar-los al col·lectiu destinatari.

A: *Crear una comissió assessora per definir els missatges i l'estratègia de difusió esglaonada (programació anual).*

A: *Difusió d'aquests missatges mitjançant els canals més adequats (àmbit professional, mitjans de comunicació, administracions, etc.)*

**OG: Desenvolupar actuacions preventives universals en els entorns pròxims als infants, joves i adults (nit, associacionisme, esport, etc.).**

OE: Regular la prevenció en els espais de lleure (no formal i informal).

A: *Elaborar una llei de prevenció universal, que inclogui entre d'altres àmbits, l'àmbit del lleure, amb la participació dels agents implicats, que afecti missatges, formació a professionals i agents implicats, condicions de seguretat dels espais, etc.*

OE: Diversificar l'oferta de l'oci i del lleure, des del Departament de Cultura i Mitjans de Comunicació.

A: *Crear un grup de treball interdepartamental i insterinstitutional, en el qual també participin joves, per dissenyar una oferta d'oci fora dels circuits comercials establerts.*

OE: Promoure que els joves puguin gestionar, dissenyar i desenvolupar activitats de prevenció en l'oci.

A: *Crear de grups de treball, i comptar amb la presència de joves.*

OE: Potenciar l'oferta d'actuacions educatives adreçades a potenciar:

[+] Valors com la solidaritat, l'esperit crític, el respecte, l'esforç, el gaudir, etc.

[+] La promoció d'estils de vida saludables (inclosa l'adquisició d'hàbits saludables).

[+] La responsabilitat individual i dins el seu grup, i la capacitat de decisió dels infants/joves i adults com a procés de creixement/desenvolupament personal.

[+] La figura del ciutadà actiu davant el passiu.

A: *Crear una comissió assessora en temes de drogues als mitjans de comunicació*

A: *Dissenyar cursos per treballar les habilitats personals per a infants i joves.*

A: *Incloure l'educació en valors en la formació de tots els agents que estan en contacte amb joves (pares i mares, sanitaris, professors, guionistes de sèries de televisió, etc.).*

**OG: Fomentar el debat entorn de l'ús i l'ètica dels mecanismes de detecció i control de consum de drogues.**

OE: Definir recomanacions sobre l'ús i les conseqüències d'aquests mecanismes de detecció.

A: *Crear un grup de treball per reflexionar i fer propostes sobre l'ètica dels mecanismes de detecció i control de consum de drogues i els seus usos en els diferents àmbits: lleure, laboral, familiar i educatiu.*

**OG: Definir clarament quina és la postura preventiva adequada pel que fa a les possibilitats de col·laboració amb la indústria de l'alcohol i la impossibilitat d'establir cap mena de col·laboració amb la indústria del tabac.**

OE: Establir clarament un marc d'actuació per al sector de la indústria de l'alcohol.

A: *Convocar una taula de consens entre Administració, professionals de la prevenció i la indústria de l'alcohol on s'estableixi el marc, les característiques i els límits de la col·laboració possible.*

OE: Establir clarament un marc d'actuació per al sector de la indústria del tabac.

A: *Desenvolupar, en coordinació amb el Consell Assessor sobre Tabaquisme a Catalunya, un document que sintetitzi les pautes d'actuació en relació amb la indústria del tabac, pel que fa a tots els aspectes relacionats amb la prevenció del tabaquisme.*

### 3.5.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS

#### I PROPOSTA D'ACTUACIONS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ SELECTIVA I INDICADA

##### **OG: Ampliar la identificació de subgrups en situació de risc.**

OE: Identificar els grups socials que es troben en situació de risc pel que fa a desenvolupar problemes relacionats amb el consum de drogues, tot analitzant els hàbits de consum (substàncies, característiques, etc.).

A: *Crear un grup de treball per identificar els subgrups en situació de risc (població immigrant, consumidors de cocaïna, consum de fàrmacs...).*

A: *Investigar i analitzar la realitat del consum i les seves conseqüències en els subgrups identificats (recerca i avaluació, observatori de nous consums).*

OE: Conèixer hàbits d'utilització del temps de lleure.

A: *Investigar i analitzar els hàbits d'utilització del temps de lleure en els subgrups identificats (recerca i avaluació, Observatori de Nous Consums).*

##### **OG: Desenvolupar actuacions de prevenció del consum de drogues dirigits als diferents subgrups identificats.**

OE: Identificar i difondre programes de prevenció selectiva existents.

A: *Crear una guia de recursos, que pugui actualitzar-se permanentment.*

A: *Difondre la guia a tots els municipis de Catalunya per tal que coneguin l'oferta disponible.*

OE: Promoure la creació de programes integrals.

A: *Crear programes selectius en l'àmbit del lleure no formal.*

##### **OG: Fomentar la creació i l'accés als recursos de lleure a subgrups identificats.**

OE: Potenciar aquelles activitats i programes proposades des dels subgrups de risc mateixos (facilitar l'estructura).

A: *Donar suport a iniciatives autogestionades relacionades amb els subgrups identificats (per exemple: Plataforma PPA, Latin Kings, Associació Gitanos, usuaris de drogues, etc.).*

OE: Garantir el coneixement de l'existència dels programes i recursos al públic destinatari.

A: *Difusió de programes i recursos vers la població diana mitjançant els mitjans de comunicació locals i autonòmics, canals utilitzats pels diferents subgrups, Internet, la xarxa comunitària, etc. (adequar els canals als subgrups identificats).*

**OG: Reconèixer i difondre les actuacions de RdR com a estratègia basada en l'evidència d'efectivitat i necessària i prioritària amb la població consumidora.**

OE: Cooperar amb els mitjans de comunicació per sensibilitzar l'opinió pública de la utilitat i necessitat d'aquestes mesures.

A: *Difondre les avaluacions d'estratègies de RdR que aportin evidència científica de la seva eficàcia i funcionalitat, per tal de desmitificar la percepció negativa present actualment en la societat.*

OE: Sensibilitzar els professionals i altres persones mediadores que treballen a diferents àmbits (polític, jurídic, religiós, cossos de seguretat, cultural, sanitari, preventiu, educatiu, d'oci nocturn, etc.).

A: *Difondre les avaluacions dels programes RdR en els diferents àmbits professionals utilitzant els seus canals informatius (publicacions, trobades, jornades, congressos, ofertes formatives, etc.).*

OE: Definir un marc legal per a les actuacions de RdR, que incloguin aspectes com ara el *testing*, l'accés a menors, la responsabilitat civil, etc.

A: *Crear una comissió de treball mixta junt amb la Comissió de Drogues del Col·legi d'Advocats.*

A: Promoure canvis legislatius en la matèria que emparin les actuacions de RdR.

OE: Prioritzar les actuacions dirigides a consumidors d'alcohol, tabac, cànnabis i cocaïna.

A: *Revisar i avaluar els materials específics existents.*

A: *Promoure la difusió de materials específics avaluats.*

A: *Dissenyar materials específics basats en la investigació, l'experiència i l'avaluació.*

A: *Desenvolupar diferents eines de comunicació i emprar estratègies de comunicació innovadores vers la població destinatària. S'han de fomentar els canals artístics i la producció d'iniciatives teatrals i musicals amb continguts de prevenció i promoció de la salut. Un exemple: Teatracció.*

OE: Sensibilitzar la indústria de l'oci com a agent de prevenció.

A: *Incloure la indústria de l'oci en la definició de polítiques de prevenció en l'àmbit del lleure informal.*

A: *Regular els aspectes de prevenció necessaris i complementaris als aspectes de seguretat: difusió d'informació sobre drogues, formació dels professionals, oferta de proves amb alcoholímetre, etc.*

OE: Potenciar el *testing* com apropament a la població consumidora.

A: *Crear un sistema català de monitoratge de drogues (recollida, registre, anàlisi i difusió de resultats) com un sistema d'informació i alerta vers els consumidors, que en garanteixi l'anonimat. A més, aquest sistema d'informació constituiria una certa forma de monitoratge i/o aproximació de l'Administració al mercat negre.*

-

#### 3.5.4. OBJECTIUS ESPECÍFICS

##### I PROPOSTA D'ACTUACIONS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ DETERMINADA

Per les seves característiques, no s'actua a aquest nivell en l'àmbit del lleure.

-

#### 3.5.5. OBJECTIUS ESPECÍFICS

##### I PROPOSTA D'ACTUACIONS SOBRE MÈTODES DE DETECCIÓ PRECOÇ DE FACTORS DE RISC I PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ

**OG: Promoure l'elaboració de protocols de detecció dels factors de risc.**

OE: Prioritzar la creació conjunta de protocols de detecció dels factors de risc amb els professionals implicats.

A: *Establir un grup de treball interdisciplinari que dissenyi protocols de detecció dels factors de risc.*

**OG: Promoure l'elaboració de protocols per detectar precoçment consums de cànnabis, cocaïna, derivats amfetamínicos i altres substàncies psicoactives.**

OE: Prioritzar la creació de protocols de detecció precoç del consum problemàtic de cànnabis, cocaïna, derivats amfetamínicos i altres substàncies.

A: *Redactar protocols de detecció precoç del consum problemàtics de cànnabis, cocaïna, derivats amfetamínicos i altres substàncies, i fer-los accessibles als diferents professionals i persones mediadores (educadors, pares, mares, mestres, agents de seguretat, personal sanitari, etc.).*

OE: Sensibilitzar la població general i els professionals específics (responsables de gimnasos, clubs esportius, monitors i entrenadors esportius, etc.) sobre els riscos que comporta el consum d'anabolitzants i esteroides.

A: *Crear i portar a terme una campanya publicitària sobre el risc que comporta el consum d'anabolitzants i esteroides, adreçada als diferents àmbits on es desenvolupen activitats esportives (gimnasos, clubs esportius, etc.).*

A: *Redactar protocols de detecció precoç del consum d'anabolitzants i esteroides entre el col·lectiu dels esportistes.*

**OG: Fomentar l'elaboració de protocols d'intervenció i derivació.**

OE: Establir circuits de coordinació dels professionals implicats per tal de promoure el treball interdisciplinari necessari.

A: *Redactar i/o adaptar protocols d'intervenció i derivació en cas de detecció de consums de risc.*

-

**3.5.6. OBJECTIUS ESPECÍFICS**

**I PROPOSTA D'ACTUACIONS SOBRE AVALUACIÓ I RECERCA**

**OG: Unificar i facilitar l'accés a la informació, la investigació, l'avaluació i la publicació sobre drogues a Catalunya.**

OE: Donar suport legal a la creació d'una xarxa permanent d'investigació, documentació i avaluació que sigui interdepartamental i insterinstitutional.

A: *Crear l'Observatori Català sobre Drogues.*

A: En aquest marc, caldrà definir un sistema de monitoratge sobre drogues, que prevegi, almenys l'evolució dels diferents indicadors.

OE: Publicar i difondre les investigacions.

OE: Oferta permanent de formació de qualitat, és a dir, basada en l'evidència.

OE: Implantar línies d'investigació noves.

A: *Investigar l'eficàcia i la fiabilitat de les proves de detecció de drogues (falsos positius).*

**OG: Incrementar la sensibilització sobre la necessitat d'avaluació, facilitant recursos, eines, protocols, etc.**

OE: Augmentar la coordinació amb les universitats des del Departament de Salut.

OE: Fomentar la planificació i la motivació dels professionals per avaluar els programes.

OE: Crear i difondre instruments d'avaluació en el camp de la prevenció.

OE: Promoure la capacitat en planificació i avaluació, inclosa en els plans generals de formació.

**OG: Garantir que les línies d'actuació estiguin basades en la investigació bàsica i social en relació amb els riscos i danys reals i les avaluacions desenvolupades.**

OE: Minimitzar la influència dels mitjans de comunicació i l'alarma social a l'hora de definir les línies d'actuació.

### 3.5.7. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS EN FORMACIÓ

**OG: Dissenyar i executar un pla de formació inicial i contínua.**

OE: Definir els diferents grups destinataris i identificar-ne les necessitats:

- [+] Professionals directament relacionats amb la prevenció (tècnics d'educació, salut i joventut, cossos de seguretat).
- [+] Professionals relacionats amb el lleure (cossos de seguretat, professionals de la nit, tècnics de cultura i altres agents socials no relacionats amb el lleure, pares i mares, mitjans de comunicació).
- [+] Grup d'iguals (treball horitzontal).

*A: Crear un grup de treball per a l'elaboració del pla de formació, incloent-hi representats de la població diana.*

OE: Definir els requisits necessaris per al conjunt de formadors clau que dissenyen i imparteixen un mateix mòdul formatiu i garantir que la formació inclogui les habilitats i estratègies necessàries.

OE: Identificar formadors clau (*stakeholders*) encarregats del disseny, l'execució i l'avaluació del pla.

*A: Crear una borsa de possibles formadors que poden dissenyar, executar i avaluar el pla de formació.*

OE: Fomentar metodologies dinàmiques i participatives (intercanvi d'experiències, bones pràctiques, etc.).

*A: Dissenyar un curs de formació que incorpori:*

- [+] Habilitats de comunicació i relació amb les persones consumidores.
- [+] Coneixement de la situació actual en relació amb els consums.
- [+] Estratègies de reducció de riscos.
- [+] Treball comunitari (coneixement de la xarxa).

OE: A través de les noves tecnologies, fomentar l'accés a l'intercanvi d'experiències, exemples de bones pràctiques, borsa de recursos i altres documents.

*A: Dissenyar part d'aquesta formació en línia, una base de dades de bones pràctiques i intercanvi d'experiències.*

-

### 3.5.8. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS

#### PER PROMOURÈ LA IMPLICACIÓ I LA PARTICIPACIÓ CIUTADANA

**OG: Establir mecanismes de participació per tal de dissenyar i avaluar l'oferta de lleure.**

OE: Crear una comissió local amb els representants de tot l'àmbit del lleure: ciutadania, destinataris, professionals del sector de l'oci (els actors i els mecanismes participatius s'escolliran segons el territori).



*A: Diagnòstic i avaluació de l'oferta del lleure a disposició de la població.*

*A: Disseny de l'oferta de lleure en l'àmbit local (poble, barri).*

**OG: Establir els mecanismes de participació en el disseny, l'execució i l'avaluació dels plans de prevenció.**

OE: Crear una comissió local amb els representants de tot l'àmbit del lleure: ciutadania, destinataris, professionals del sector de l'oci (els actors i els mecanismes participatius s'escolliran segons el territori).

*A: Elaborar plans de prevenció municipal en l'àmbit del lleure.*

-

### 3.5.9. OBJECTIUS ESPECÍFICS

#### I PROPOSTA D'ACTUACIONS PER IMPULSAR LA COOPERACIÓ INTERNACIONAL

**OG: Promoure i facilitar la participació d'administracions locals, programes i entitats del lleure en xarxes internacionals de prevenció i reducció del risc associat al consum de drogues.**

OE: Promoure la utilització de mecanismes d'intercanvi de coneixements, bones pràctiques i recursos entorn del consum de drogues, estratègies de reducció de riscos, noves tendències de consum i alternatives d'oci.

*A: Promoure i facilitar la utilització i participació en xarxes europees com ara EDDRA, etc.*

*A: Promoure la concurrència des de l'organisme en projectes internacionals.*

*A: Participar en el Patronat Català per Europa.*

OE: Establir canals de difusió de la informació recollida per fer-la visible, i aplicar models i instruments dels quals es disposi l'evidència d'efectivitat.

*A: Dissenyar un web (intercanvis d'experiències).*

*A: Seminaris d'intercanvi d'experiències.*

OE: Oferir suport a projectes emergents en altres països.

*A: Convocatòries de subvencions per a projectes regionals.*

*A: Convocatòries de subvencions per a projectes en concertació.*

-

### 3.5.10. PRIORITZACIÓ D'OBJECTIUS

[+] Sensibilitzar els diferents agents socials de la potencialitat del lleure no formal i informal com a àmbit d'actuació preventiva.

[+] Reconèixer i difondre les actuacions de RdR com a estratègia necessària i prioritària amb la població consumidora.

- [+] Desenvolupar actuacions preventives universals en els entorns pròxims als infants, joves i adults (nit, associacionisme, esport, etc.).
- [+] Promoure missatges que potenciïn la imatge del jove que es preocupa per la seva salut com un model desitjable (imatge realista, no idealitzada).
- [+] Incrementar la sensibilització sobre la necessitat d'avaluació facilitant recursos, eines, protocols, etc.
- [+] Garantir que les línies d'actuació estiguin basades en la investigació bàsica i social en relació amb els riscos i danys reals i les avaluacions desenvolupades.
- [+] Dissenyar i executar un pla de formació inicial i contínua.
- [+] Promoure i facilitar la participació d'administracions locals, programes i entitats del lleure en xarxes internacionals de prevenció i reducció del risc associat al consum de drogues.

03.6

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

ÀMBIT DELS  
MITJANS DE COMUNICACIÓ  
SOCIAL

## 03.6

### ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL

Per poder entendre les necessitats existents en aquest àmbit, cal primer considerar la influència que ha tingut la informació tramesa pels mitjans de comunicació en la construcció del fenomen de les drogues, i que ha passat de la creació d'un estereotip a la confusió actual.

**La informació sobre drogues sorgeix al nostre país fruit de l'alarma social, provocada per un fenomen nou sorgit als anys setanta del segle XX que s'associava amb delinqüència i es va focalitzar en les persones addictes a l'heroïna.**

El fet que la font d'informació fonamental per als periodistes fossin les notes policials en les quals es feia referència a partides decomissades i delictes provocats per presumptes addictes i l'escassetat de referents entre els professionals dedicats al tractament d'aquest col·lectiu nou, que tenien reticències a aparèixer en els mitjans de comunicació per explicar la realitat del fenomen (desconfiaven del tractament morbós que es feia d'aquesta informació), va provocar la fixació d'un estereotip que ha desenfocat la dimensió veritable del problema durant anys i que encara ara s'arrossega.

En comunicació, el primer impacte és el que es fixa amb més intensitat. Això explica que encara avui, més de vint anys després de l'aparició del PNSD, que va sorgir per donar resposta a aquest fenomen nou, quan en un mitjà de comunicació es vol mostrar el problema de les drogues en tota la seva extensió es recorre a la imatge més descarnada, la de l'addicte cronificat punxant-se.

**La conseqüència d'aquesta situació és que la percepció social sobre el consum de drogues és avui més confusa, si és possible, que fa dues dècades.** D'una banda, es mantenen estereotips estigmatitzants i de l'altra, s'ha produït una banalització de molts dels consums que no es consideren de risc, perquè no responen a l'estereotip. Dificilment l'adolescent que fuma uns porros o pren unes pastilles en una festa identificarà el seu consum lúdic amb el de l'usuari d'una sala de venipunció.

Tanmateix un dels reptes dels mitjans de comunicació és fer arribar a la societat ambdós riscos, sense que un encavalqui l'altre.

Tan perillós és obviar els consums recreatius com invisibilitzar els addictes. En aquest sentit, davant la profusió de testimonis dels anys vuitanta i noranta, en aquests moments escassegen els reportatges sobre la dificultat d'encarar un tractament i els problemes familiars associats. Això pot provocar un altre efecte indesitjat en la societat: creure que quan hi ha un problema s'acudeix a un centre i el solucionen, sense més matisos ni riscos.

Un altre efecte no desitjat de la comunicació és la magnificació dels fenòmens nous. Una mort per sobredosi de pastilles va provocar al començament de l'any 2000

titulars en portada que no aixecaven les 650 morts d'altres addictes, el consum dels quals ja es considerava normalitzat, i va crear psicosi entorn d'una substància, la incidència de la qual no justificava l'alarma. I el més preocupant, provocant un doble missatge: temor en els adults i la curiositat en els més joves per experimentar.

Precisament, aquest és un aspecte de la informació sobre el qual ja cridava l'atenció la UNESCO l'any 1972, quan, reclamant la complicitat dels mitjans de comunicació, apel·lava a la utilitat de **“els mitjans de comunicació com un instrument poderós per fomentar actituds i transmetre coneixements en matèria de drogues”**. Però també advertia que **“una informació transmesa inadequadament pot arribar a propagar el consum de les drogues”**.

Això precisament sembla que és el que està succeint en aquests moments en els quals la profusió d'estudis, on es barregen sense criteri consums experimentals amb els consolidats i els addictius, junt amb mostres significatives i altres menys rigoroses, han provocat en l'opinió pública una percepció falsa del fenomen. Dos exemples ajuden a explicar aquesta situació:

- [+] Partint de la base que les dades ens remeten a una realitat poc esperançadora pel que fa la disminució en la prevalença de consum de drogues: cada vegada hi ha més substàncies, més barates i més accessibles per als més joves, la profusió d'informació que denuncia aquesta situació ha provocat una sensació d'impotència, especialment en els col·lectius familiar i educatiu.
- [+] Els joves mateixos recullen les imatges que es projecten del seu col·lectiu en els mitjans de comunicació i les fan pròpies. La percepció del consum que la societat en general té és el que els indueix a exagerar per no sentir-se “rars”, davant els seus companys. Aquesta realitat incideix en la tendència progressiva a l'homogeneïtzació de les conductes dels adolescents, que conceben l'estereotip de “ser jove” com viure el lleure d'una manera extrema i que això inclou el consum de drogues.

L'escassa especialització dels periodistes que han d'elaborar les informacions entorn de les drogues, que a més solen tenir l'handicap de l'escassetat de temps per contrastar les notícies –que els solen arribar ja elaborades per part d'agències informatives o investigadors, ONG i administracions que es volen visualitzar– i el risc de descontextualitzar les dades o d'emprar un llenguatge inapropiat, fa imprescindible posar en marxa polítiques de formació i suport que reverteixi o pal·liï aquesta situació.

En els mitjans de comunicació encara avui es parla de *drogues de disseny* (en lloc de *drogues de síntesi*), de drogues *toves* i *dures* o del seu presumpte preu una vegada venudes, mentre s'esquiva que el tabac, l'alcohol i una gran varietat de fàrmacs formen part del món de les drogues i del seu entorn. De la mateixa manera, no s'informa correctament sobre les sales d'injecció higiènica que ja han passat a dir-se pejorativament *narcosales*. Igualment, es desconeix com funciona la producció de les drogues, un assumpte en el qual planegen idees confuses sobre els països pro-

ductors (oferta) i la venda al detall mentre s'ignora el que incumbeix els precursors (oferta) o els països consumidors (oferta i demanda).

Així doncs, per exemple, és pràcticament impossible que arribi a publicar-se una notícia sobre precursors, mentre que és habitual que, quan s'informa de drogues, s'inclogui el valor (presumpte i incert) de la droga confiscada en el cas que fos venuda al mercat, o ocasionalment, de les “dosis” que representaria una aprehensió com si hi hagués un estàndard de consum i de tall de la droga. Tot això i molt més produeix la desinformació permanent de la ciutadania.

**Per ara són escassos els recursos de qualitat, disponibles en el món de la comunicació pel que fa al tractament dels temes relacionats amb les drogues i la prevenció.** A Catalunya, l'única intervenció coneguda pel que fa a les drogues són les recomanacions del CAC, presentades en el capítol 2 d'aquesta segona part del *Llibre blanc*. A més, és interessant destacar l'experiència de Drogomedia al País Basc. Es tracta d'una pàgina web realitzada amb el suport de la Direcció de Drogodependències del Govern basc, dirigida a periodistes, a mitjans de comunicació i a organismes generadors d'opinió pública, així com també a navegants que s'interessen en qüestions referides a l'àmbit del consum de drogues.

Per tant, es pot considerar que, pel que fa a la prevenció del consum de drogues i els problemes associats en l'àmbit dels mitjans de comunicació social, tot està per fer.

-

### 3.6.1. OBJECTIUS GENERALS

- > Millorar la informació sobre drogues en els mitjans de comunicació (informació objectiva, realista i diversa).
- > Ampliar els espais d'informació sobre drogues i els problemes associats.
- > Millorar l'abordatge educatiu i/o preventiu, sobretot en els mitjans adreçats a adolescents i joves.
- > Incrementar el lligam entre periodistes i professionals de la prevenció.
- > Augmentar la participació pública sobre els mitjans de comunicació.
- > Adaptar les accions preventives als canvis tecnològics que es produeixen en el camp de la comunicació social.

### 3.6.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

#### I PROPOSTA D'ACTUACIONS DEFINITS PER CADA OBJECTIU GENERAL

**OG: Millorar la informació sobre drogues en els mitjans de comunicació (informació objectiva, realista i diversa).**

OE: Que la informació proporcionada expressi la complexitat (o que no sigui simple). Per això cal tenir en compte:

- [+] La diversificació de les fonts (primer el discurs policial-judicial va ser preponderant, ara l'institucional-mèdic, manca discurs educatiu i dels subjectes de la informació: joves, drogodependents, etc).
- [+] La ponderació del sensacionalisme, especialment amb les drogues il·legals, contextualitzant la informació tramesa.
- [+] La cobertura i el seguiment informatiu de tots els aspectes del consum i de la prevenció, especialment allò més quotidià, per exemple el treball preventiu que es fa a les escoles.
- [+] El seguiment de les notícies, contrastant i documentant a fons les informacions proporcionades.

OE: Que la informació tramesa es trobi lliure de prejudicis, estereotips, estigmes, tòpics, d'idees preconcebudes, i que no sigui contrapreventiva. Per assolir aquesta fita cal que en el discurs mediàtic els missatges:

- [+] Siguin acurats, per exemple: es parli de *drogues de síntesi* i no de *disseny*; de *GHB* i no d'*èxtasi líquid*, de *sales venipunció* i no de *narcosaes*, que no es facin distincions entre drogues pel fet de la seva situació legal, que es considerin drogues l'alcohol i el tabac, que no es doni el valor econòmic suposat de la partida confiscada, que s'eviti la utilització d'imatges morboses i de preparació del consum, etc.
- [+] Siguin concrets, no alarmistes ni victimitzants.
- [+] Que no promoguin la negació davant dels problemes relacionats amb les drogues, sinó que aportin solucions, reforçant la idea que la societat disposa d'eines per afrontar els problemes relacionats amb les drogues, i que en lloc de donar rellevància a l'augment potencial del consum entre alguns grups socials, emfasitzi com s'estan afrontant amb èxit altres aspectes relacionats amb les drogues (per exemple: la disminució global del consum de begudes alcohòliques, la disminució del consum de tabac, la disminució de la transmissió del VIH mitjançant actuacions preventives, etc.).
- [+] Trenquin algunes associacions perverses que no són certes i, a més porten a la culpabilització d'alguns col·lectius concrets, per exemple, les associacions: joves-oci, nocturn-alcohol, drogues-delinquència, o la idea que la majoria de joves prenen droga o fan *botellón*.
- [+] Permetin rectificar qualsevol informació errònia.

OE: Que la informació facilitada fomenti els missatges preventius i d'advertència dels riscos. Per assolir aquest objectiu cal:

- [+] Adaptar el tractament mediàtic de les informacions trameses a les característiques del públic objectiu (llenguatge, interessos, etc.).
- [+] Tenir en compte el propòsit preventiu de la informació o dels missatges tramesos.

OE: Que la informació proporcionada promogui la sensibilització ciutadana davant dels qui pateixen la problemàtica. Cal tenir present que:

- [+] Els mitjans de comunicació creen opinió, i per tant són un bon instrument per trencar prejudicis i sensibilitzar la ciutadania.
- [+] La informació tramesa pot tenir un caràcter de servei social, per exemple: pot difondre nous recursos per a persones en situació de risc en relació amb les drogues, programes preventius desenvolupats i com accedir-hi, recursos per a persones amb problemes de dependència, informació acurada sobre el cànnabis terapèutic, etc.

Per a l'objectiu general es formulen les propostes d'actuació següents:

A: *Crear un sistema d'informació o oficina de recursos educatius i preventius especialitzat en les drogues, el consum i la problemàtica associada, que doni suport als mitjans en els termes següents:*

- [+] Facilitar fonts fiables i diverses.
- [+] Donar accés a la informació i a recerques selectives.
- [+] Assessorar per a l'acció educativa i preventiva.
- [+] Oferir pautes generals sobre l'abordatge mediàtic en relació amb les drogues.
- [+] De manera complementària, crear una plataforma entre professionals de la prevenció i mitjans de comunicació que ajudi a trobar sinergies entre tots dos col·lectius.

A: *Elaborar, difondre i fer seguiment per part dels organismes competents o col·legials de guies pràctiques per als professionals de la comunicació sobre l'abordatge mediàtic dels temes relacionats amb les drogues, el consum i la problemàtica associada.*

A: *Promoure la difusió d'informació capacitadora per a joves i adolescents, no paternalista, realista i basada en fonts fiables i creïbles per a la població destinatària.*

### **OG: Ampliar els espais d'informació sobre drogues i problemes associats.**

OE: Promoure el debat i la discussió sobre aquesta problemàtica, considerant la presència dels grups socials que són subjectes de les informacions relacionades amb les drogues.



OE: Promoure espais en què s'abordin els problemes relacionats amb les drogues, en primer lloc com a fenòmens que es poden prevenir; quan s'hagi de parlar d'una drogodependència ja instaurada, que es tracti com a malaltia comuna que disposa d'estratègies assistencials específiques des del vessant biopsicosocial.

OE: Aprofitar els dramàtics ja que permeten la inclusió de matisos i el desenvolupament de les línies argumentals, dos requisits especialment interessants per arribar al públic infantil i juvenil.

Per a l'objectiu general es formula la proposta d'actuació següent:

*A: La sensibilització i promoció en el mitjans de comunicació de la importància de tractar la temàtica de les drogues, el seu consum i la seva problemàtica. Mitjançant:*

- [+] La promoció d'acords entre els mitjans i els dispositius preventius per a la inclusió en la programació.
- [+] Espais de debat.
- [+] Inclusió de la temàtica en les línies argumentals de les principals telesèries.
- [+] Programació específica sobre la salut adreçada a joves (on aparegui el tema de les drogues) o als pares sobre com abordar el tema.
- [+] Programació específica sobre drogues.
- [+] El suport econòmic des de l'Administració per a l'assessorament en l'elaboració de continguts.

**OG: Millorar l'abordatge educatiu i/o preventiu sobretot en els mitjans adreçats a adolescents i joves.**

OE: Promoure la participació de joves en totes les facetes dels mitjans de comunicació: realització de programes, graella de programa que s'hi adreci a ells/es (incloent dramàtics), participació en debats generals, etc.

OE: Utilitzar com a font informativa les organitzacions juvenils més representatives en el tractament de qualsevol notícia que parli de joves.

OE: Constituir equips multidisciplinaris per assessorar respecte als continguts preventius adients per adreçar a aquestes edats.

OE: Incentivar la recerca sobre l'impacte dels mitjans com a agent educatiu.

Per a l'objectiu general es formulen les propostes d'actuació següents:

*A: Constituir equips interdisciplinaris que donin suport a l'abordatge educatiu i preventiu. L'Administració hauria de facilitar la via a experts de l'educació i la prevenció per assessorar en la realització de projectes audiovisuals o periodístics. Podrien ser requerits a través dels sistema d'informació i recursos. D'aquesta manera es podria:*

[+] Promoure la difusió d'informació capacitadora per a joves i adolescents, no paternalista, realista i basada en fonts fiables i creïbles per a la població destinatària.

[+] Introduir l'avaluació de les actuacions realitzades.

*A: Participació directa dels joves en els mitjans.*

**OG: Incrementar el lligam entre periodistes i professionals de la prevenció.**

OE: Incrementar la qualitat del treball periodístic, augmentant els recursos dels periodistes; facilitant la relació entre els periodistes i les fonts, i oferint als professionals de la comunicació, formació específica sobre l'abordatge del tema de les drogues.

OE: Millorar la comunicació de les accions preventives, augmentant els recursos de les entitats i institucions que promouen accions preventives, i oferint formació sobre comunicació i màrqueting social als professionals que realitzen accions preventives.

OE: Establir lligams entre les institucions responsables de la prevenció i els ens públics de comunicació.

OE: Sensibilitzar les empreses privades (de comunicació de masses, de productes audiovisuals, i de publicitat) respecte a la importància de potenciar i/o col·laborar en la difusió de missatges preventius i espais de temàtiques socials (entre d'altres, les drogues).

Per a l'objectiu general es formulen les propostes d'actuació següents:

*A: Incidir en la importància de la comunicació i el màrqueting social com a part de les accions preventives.*

*A: Oferir formació als professionals de la prevenció sobre aspectes comunicatius i noves tecnologies.*

*A: Oferir formació als professionals de la comunicació en drogues, el consum i la problemàtica, ja sigui en cursos específics dins la formació continuada o com a especialització (en temes de salut o socio-sanitaris).*

**OG: Augmentar la participació pública als mitjans de comunicació.**

OE: Restringir tota forma de promoció mediàtica de drogues (publicitat directa i indirecta, promoció, patrocini, emplaçament de producte, etc.), incloent-hi l'alcohol i el tabac.

OE: Vetllar perquè les recomanacions del CAC siguin conegudes i respectades per tots els mitjans.

OE: Democratitzar els mitjans públics i obrir-los a tota la ciutadania.

OE: Sensibilitzar la població sobre la importància que té la publicació d'opinions i queixes referides als continguts oferts des dels mitjans de comunicació.

Per a l'objectiu general es formulen les propostes d'actuació següents:

A: *Canviar el marc normatiu per fer efectiva la restricció de tota forma de promoció mediàtica (publicitat o patrocini) de drogues, incloent-hi l'alcohol i el tabac.*

A: *Potenciar l'actitud proactiva de la població respecte a l'abordatge de la temàtica de les drogues, el consum i la problemàtica associada.*

A: *Fer seguiment del respecte a les recomanacions del CAC.*

**OG: Adaptar les accions preventives als canvis tecnològics que es produeixen en el camp de la comunicació social.**

OE: Utilitzar les tecnologies de la comunicació com a eines i canals per desenvolupar programes i actuacions preventives.

Per a l'objectiu general es formulen les propostes d'actuació següents:

A: *Aprofitar el web dels programes infantils o juvenils, per exemple: super3 o 3xl, per donar pautes educatives, i segons l'edat del públic diana, o que permeti donar informació sobre drogues o recursos per obtenir-ne.*

A: *Utilitzar les TIC per fer més accessibles a materials, articles, documentació, recursos i programes existents i ja publicats sobre drogues, el consum i la problemàtica, entre d'altres temàtiques.*

-

**3.4.3. PRIORITZACIÓ D'OBJECTIUS I ACCIONS**

**OG: Millorar la informació sobre drogues en els mitjans de comunicació (informació objectiva, realista i diversa).**

Es proposen com a actuacions prioritàries:

A: *Crear un sistema d'informació o oficina de recursos educatius i preventius especialitzat en drogues, el consum i la problemàtica associada.*

A: *Elaborar, difondre i fer el seguiment, per part dels organismes competents o col·legials, de guies pràctiques per als professionals de la comunicació sobre l'abordatge mediàtic de les drogues, el consum i la problemàtica associada.*

Aquestes accions promouran la consecució dels objectius específics ja definits:

- [+] Reflectir la complexitat dels fenòmens relacionats amb les drogues.
- [+] Eliminar prejudicis, estereotips, estigmes, tòpics, idees preconcebudes, etc.
- [+] Fomentar missatges preventius i d'avertiment sobre els riscos.
- [+] Adaptar el tractament mediàtic al propòsit i al públic objectiu.
- [+] Crear opinió i promoure la sensibilització ciutadana per trencar prejudicis socials.

**OG: Ampliar els espais d'informació sobre drogues i problemes associats.**

Es proposa com a actuació prioritària:

A: *La sensibilització i promoció en els mitjans de comunicació de la importància de tractar la temàtica de les drogues, el consum i la problemàtica.*

Aquesta acció promourà la consecució dels objectius específics ja definits:

- [+] Promoure el debat i la discussió sobre aquesta problemàtica.
- [+] Promoure espais en què s'abordin els problemes relacionats amb les drogues, en primer lloc com a fenòmens que es poden prevenir; quan s'hagi de parlar d'una drogodependència ja instaurada, que es tracti com a malaltia comuna que disposa d'estratègies assistencials específiques des del vessant biopsicosocial.
- [+] Aprofitar els dramàtics ja que permeten la inclusió de matisos i el desenvolupament de les línies argumentals, dos requisits especialment interessants per arribar al públic infantil i juvenil.

**OG: Millorar l'abordatge educatiu i/o preventiu, sobretot en els mitjans adreçats a adolescents i joves.**

Es proposa com a actuació prioritària:

A: *Crear equips interdisciplinaris que donin suport a l'abordatge educatiu i preventiu.*

Aquesta acció promourà la consecució de l'objectiu específic ja definit:

- [+] Constituir equips multidisciplinaris per assessorar respecte als continguts preventius adients per adreçar a aquestes edats.

**OG: Augmentar la participació pública sobre els mitjans de comunicació.**

Es proposa com a actuació prioritària:

A: *Divulgar i fer seguiment de les recomanacions del CAC.*

Aquesta acció promourà la consecució de l'objectiu específic ja definit:

- [+] Vetllar perquè les recomanacions del CAC siguin conegudes i respectades per tots els mitjans.

03.7

PROPOSTES  
DELS GRUPS DE TREBALL:  
OBJECTIUS GENERALS  
OBJECTIUS ESPECÍFICS  
I ACTUACIONS

ÀMBIT DELS  
SERVEIS DE SALUT

## 03.7

### ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT

El grup de treball de l'àmbit de serveis de salut ha definit el seu àmbit d'actuació preventiva com les “**activitats, programes i/o actuacions preventives del consum de drogues i problemes associats que realitzen els professionals sanitaris com a part de les seves competències professionals**”. Generalment, aquestes activitats, programes o actuacions són dutes a terme en l'espai dels recursos sanitaris tot i que a vegades poden desenvolupar-se en un altre àmbit, com el comunitari”.

El contingut presentat està basat i emmarcat en els diferents instruments que el Departament de Salut de la Generalitat utilitza per planificar i prioritzar les actuacions que s'han de dur a terme. Seria important que a l'hora d'estudiar i implantar les propostes proposades hi hagués sintonia entre tots els instruments de planificació per tal d'optimitzar els esforços i els recursos.

Per tal de cobrir exhaustivament la representativitat de tots els serveis de salut que poden tenir un paper important en la prevenció de les drogodependències, es va convidar a formar part del grup de treball professionals que exerceixen la seva activitat professional als diferents recursos assistencials: atenció primària de salut (APS), centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS), centres de salut mental infant i juvenil (CSMIJ), pediatria, urgències hospitalàries, centres de reducció de danys i oficines de farmàcia. Igualment, es considerarà d'importància vital comptar amb professionals de la salut que, com a representants de la seva professió específica, tenen o poden tenir un paper clau en el disseny i l'aplicació de les activitats, programes i/o actuacions preventives. Aquests són els professionals d'infermeria i pediatria.

Tots els objectius i propostes presentats a continuació es regeixen i guien pels **principis rectors següents**:

- [+] Els ens locals han de ser els agents nuclears de l'elaboració i desplegament de l'Estratègia, i han de respondre a la voluntat de territorialitat, equitat i participació de tots.
- [+] Totes les propostes desenvolupades en l'Estratègia han de ser previstes en el contracte de compra de serveis de les diferents entitats gestores dels centres de salut que les duen a terme.
- [+] Cal establir transversalitat entre les diferents actuacions preventives proposades en un marc únic de programes relacionats entre si. Aquesta transversalitat significa la coordinació entre les diferents administracions i departaments.

### 3.7.1. OBJECTIUS GENERALS

- > Millorar les activitats preventives des dels centres de salut.
- > Potenciar la participació dels farmacèutics en activitats preventives.
- > Potenciar la participació dels serveis de salut en les activitats de prevenció comunitària.
- > Adequar la prescripció dels psicofàrmacs en els serveis de salut.
- > Prevenir el consum de substàncies psicoactives en malalts amb trastorn mental greu.
- > Prevenir el consum de substàncies psicoactives en fills de persones consumidores de drogues.
- > Millorar la identificació precoç del consum de substàncies psicoactives, la intervenció i les derivacions a altres serveis, de la població atesa a urgències hospitalàries.
- > Millorar la detecció precoç i la intervenció breu del consum de substàncies (alcohol, cànnabis, cocaïna, heroïna, etc.).
- > Millorar la coordinació entre l'atenció primària i altres serveis de salut.
- > Reduir i, sempre que es pugui, eliminar la morbimortalitat i les situacions d'exclusió social en persones consumidores de drogues.
- > Millorar l'accés a la xarxa de salut normalitzada (CAS, atenció primària, hospitals, comunitats terapèutiques, unitats de desintoxicació, etc.).
- > Generalitzar la pràctica d'avaluar les activitats de prevenció.
- > Potenciar els observatoris sobre consum de drogues com a instruments d'avaluació.
- > Potenciar la recerca sobre prevenció de problemes relacionats amb el consum de substàncies psicoactives en els diferents àmbits dels serveis de salut.
- > Capacitar els professionals de la salut per poder prevenir els problemes relacionats amb les drogues.
- > Potenciar la relació dels CAS i recursos de reducció de danys amb les associacions de veïns i altres entitats ciutadanes.
- > Potenciar la participació de les associacions de veïns i altres entitats ciutadanes en les activitats de prevenció que es duen a terme des dels serveis de salut.
- > Homogeneïtzar les activitats de prevenció dels serveis de salut, d'acord amb les línies d'actuació existents a escala internacional.

### 3.7.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ UNIVERSAL

#### **OG: Millorar les activitats preventives des dels centres de salut.**

OE: Millorar la detecció precoç.

OE: Millorar els protocols d'intervenció en prevenció.

*A: Ampliar el PAPPS.*

*A: Ampliar i millorar el Protocol del nen sa (pediatria-primària).*

*A: Promocionar i protocol·litzar la interrelació entre xarxes (atenció primària, XAD, salut mental, urgències hospitalàries, hospitals, farmàcia).*

*A: Implantar el programa "Beveu Menys" a tots els centres d'atenció primària.*

*A: Ampliar els programes de detecció precoç i intervenció breu quan es detecta el consum de substàncies psicoactives no institucionalitzades.*

*A: Utilitzar la sala d'espera com a espai d'educació i prevenció sanitària (inclouent-hi les conductes addictives).*

*A: Crear comissions tècniques de prevenció territorials.*

#### **OG: Potenciar la participació dels farmacèutics en activitats preventives.**

OE: Implicar els farmacèutics en activitats preventives en drogodependències.

*A: Promoure i potenciar el paper de les oficines de farmàcia com a punt d'informació sobre les drogues i els seus efectes.*

*A: Promoure la participació del grup de treball de drogues del Col·legi de Farmacèutics en activitats de formació i/o sensibilització en l'àmbit educatiu.*

OE: Generalització de la participació de les oficines de farmàcia en l'Observatori de Medicaments d'Abús(OMA).

*A: Implicar l'OMA del Col·legi de Farmacèutics com a referent per a la consideració de substàncies psicoactives d'abús consum recreatiu de medicaments.*

#### **OG: Potenciar la participació dels serveis de salut en les activitats de prevenció comunitària.**

OE: Participació dels serveis de salut en els plans municipals de drogues i en els observatoris locals sobre consum de drogues.

*A: Dins del context de l'Espai Jove (real i/o virtual), donar entitat als temes relacionats amb les drogues i les drogodependències en els diferents serveis existents d'informació juvenil (PIJ, web, etc.).*

*A: Generalització, a totes les poblacions de Catalunya, de la xarxa d'observatoris locals de consum de drogues, ubicats als diferents CAS.*



**3.7.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIÓ PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ SELECTIVA**

**OG: Adequar la prescripció dels psicofàrmacs en els serveis de salut**

OE: Millorar els criteris de prescripció de benzodiazepines en l'atenció primària.

A: *Desenvolupar protocols de prescripció de benzodiazepines a l'atenció primària.*

A: *Comptar amb els metges i farmacèutics per afavorir el consum adequat de medicaments (prescrits o no).*

**OG: Prevenir el consum de substàncies psicoactives en malalts amb trastorn mental greu.**

OE: Reduir la prevalença de consum de substàncies en malalts amb trastorn mental greu.

A: *Elaborar un protocol d'intervenció preventiva en pacients (PTMS) dels CSM i dels altres dispositius sanitaris, i en qualsevol persona atesa amb trastorns mentals i dèficit intel·lectual (límit, lleuger o moderat).*

**OG: Prevenir el consum de substàncies psicoactives en fills de persones consumidores de drogues.**

OE: Reduir la prevalença de consum de drogues en fills de pares i mares que consumeixen substàncies psicoactives.

A: *Elaborar i aplicar un protocol d'intervenció preventiva en pares/mares usuaris dels CAS.*

**3.7.4. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIÓ PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ INDICADA, MÈTODES DE DETECCIÓ PRECOÇ I PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ**

**OG: Millorar la identificació precoç del consum de substàncies psicoactives, la intervenció i les derivacions a altres serveis, de la població atesa a urgències hospitalàries.**

OE: Detectar el consum de substàncies en pacients atesos als serveis d'urgències i valorar els factors de risc associats.

A: *Desenvolupar i aplicar protocols d'intervencions preventives en urgències hospitalàries.*

**OG: Millorar la detecció precoç i la intervenció breu del consum de substàncies (alcohol, cànnabis, cocaïna, heroïna, etc.).**

OE: Generalitzar programes d'intervenció amb problemes relacionats amb el consum de substàncies en l'atenció primària.

A: *Implantar el programa "Beveu Menys" en tots els centres d'atenció primària.*

A: *Ampliar els programes de detecció precoç i intervenció breu a substàncies no institucionalitzades.*

OE: Generalitzar programes d'intervenció amb problemes relacionats amb el consum de substàncies en l'atenció primària per a col·lectius específics.

A: *Adaptar i implantar els programes de detecció precoç i intervenció breu relatius a alcohol i altres drogues per a joves i per a immigrants.*

**OG: Millorar la coordinació entre l'atenció primària i altres serveis de salut.**

OE: Atendre els casos detectats a l'atenció primària i, en cas necessari, vinculació i seguiment del pacient mentre no és atès al servei especialitzat (CAS, CSM, CSMIJ).

A: *Programa d'intervenció psicològica als CAP.*

OE: Implantar la coordinació entre els diferents serveis de salut.

A: *Protocol de coordinació entre els professionals dels CAS/CSM, CSMIJ i els de l'atenció primària.*

-

**3.7.5. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS PER AL NIVELL DE PREVENCIÓ DETERMINADA**

**OG: Reduir i, sempre que es pugui, eliminar la morbimortalitat i les situacions d'exclusió social en persones consumidores de drogues.**

**OG: Millorar l'accés a la xarxa de salut normalitzada (CAS, atenció primària, hospitals, comunitats terapèutiques, unitats de desintoxicació, etc.).**

OE: Millorar l'accés dels usuaris als espais i programes de reducció de danys.

A: *Normalització de la presència del PIX i dispensació de preservatius a CAP a oficines de farmàcia i a centres penitenciaris.*

A: *Incrementar el nombre d'espais de consum higiènic (qualsevol substància, cocaïna inclosa) i millora dels espais existents.*

A: *Adequar els PMM.*

A: *Intervenir preventivament en embarassades consumidores de drogues: consell breu, i en el cas de consumidores de tabac, a més del consell breu, valorar l'administració de teràpia substitutiva de nicotina (TSN).*

A: *Implantar a tots els centres la xarxa hospitalària del programa Hospitals lliures de fum.*

A: *Generalitzar el Programa d'adolescents a tots els CAS.*

*A: Incrementar el suport preventiu i terapèutic en usuaris de centres de serveis socials (llars residències i residències) que tenen usuaris amb malaltia mental i usuaris discapacitats intel·lectuals amb trastorn mental o intel·lectual.*

OE: Facilitar l'accés i augmentar la freqüentació a l'assistència en els CAS.

*A: Promoure la utilització dels CAS, entre la població general i també en població en situació de risc.*

OE: Oferir atenció de qualitat a les persones immigrants residents i usuàries dels recursos de reducció de danys.

*A: Millorar l'accés a la documentació assistencial: TSI.*

*A: Adaptar els materials de reducció de danys a diferents idiomes, segons les prevalences de consum entre cada grup d'origen cultural divers.*

*A: Incorporar mediadors culturals en els recursos sanitaris (RD, CAS, CAP) segons la prevalença d'usuaris estrangers.*

OE: Potenciar l'establiment d'estratègies de reducció de danys en l'àmbit familiar.

*A: Grups psicoeducatius adreçats a mares i pares d'adolescents consumidors de substàncies psicoactives.*

OE: Ampliar i/o adaptar activitats de reducció de danys a diversos perfils de consumidors de substàncies psicoactives.

*A: Ampliar les formacions d'usuaris en actiu (FUA).*

*A: Ampliar el programa "Bola de neu".*

*A: Programes de reducció de danys en l'alcoholisme crònic.*

*A: Desenvolupar i aplicar programes de reducció del consum de tabac en pacients en TMS.*

*A: Sistematitzar l'educació sanitària a les seccions de medi obert.*

-

### 3.7.7. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTA D'ACTUACIONS

#### PER A L'AVALUACIÓ I RECERCA

**OG: Generalitzar la pràctica d'avaluar les activitats de prevenció.**

OE: Incloure l'avaluació com a part de tots els programes preventius.

**OG: Potenciar els observatoris sobre consum de drogues com a instruments d'avaluació.**

OE: Incrementar el nombre d'observatoris locals sobre consums de drogues.

OE: Participar en els plans municipals de drogues i en els observatoris locals sobre consum de drogues.

*A: Generalitzar la xarxa d'observatori de consum de drogues a totes les poblacions des dels diferents CAS en cada població o districte.*

**OG: Potenciar la recerca sobre prevenció de problemes relacionats amb el consum de substàncies psicoactives en els diferents àmbits dels serveis de salut.**

OE: Potenciar el suport a activitats de recerca de prevenció des de l'Administració sanitària.

A: *Ajuts a iniciatives de recerca en prevenció des de l'Administració sanitària.*

A: *Incloure programes de recerca en prevenció (i la seva avaluació) en els serveis de les agències de salut pública al territori.*

-

### 3.7.8. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTES D'ACTUACIONS PER A LA FORMACIÓ

**OG: Capacitar els professionals de la salut per poder prevenir els problemes relacionats amb les drogues.**

OE: Proporcionar coneixements sobre els diferents tipus de substàncies i proporcionar eines per a la detecció, intervenció i derivació des de l'atenció primària.

A: *Potenciar la formació dels professionals de l'atenció primària en drogodependències.*

OE: Proporcionar coneixements sobre els diferents tipus de substàncies: el cribratge, la derivació a recursos especialitzats i el seguiment de tota intoxicació atesa.

A: *Formar els professionals d'urgències hospitalàries en drogodependències.*

-

### 3.7.9. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTES D'ACTUACIONS PER A LA IMPLICACIÓ I LA PARTICIPACIÓ ACTIVA DE LA CIUTADANIA

**OG: Potenciar la relació dels CAS i recursos de reducció de danys amb les associacions de veïns i altres entitats ciutadanes.**

OE: Facilitar el desenvolupament d'activitats de reducció de danys en el territori i millorar-ne l'acceptació en la comunitat.

**OG: Potenciar la participació de les associacions de veïns i altres entitats ciutadanes en les activitats de prevenció que es duen a terme des de l'àmbit del serveis de salut.**

OE: Participar en els plans municipals de drogues i en els observatoris locals sobre consum de drogues.

OE: Participació de les associacions d'usuaris en programes de prevenció des dels recursos específics en drogodependències.

A: *Ampliar les formacions d'usuaris en actiu (FUA).*

A: *Ampliar el programa "Bola de neu".*

### 3.7.10. OBJECTIUS ESPECÍFICS I PROPOSTES D'ACTUACIONS PER A LA COOPERACIÓ INTERNACIONAL

**OG: Homogeneïtzar les activitats de prevenció en l'àmbit dels serveis de salut, d'acord amb les línies d'actuació existents a escala internacional.**

OE: Millorar el coneixement i la difusió d'actuacions i programes que duen a terme organismes internacionals (UE, OMS, UNESCO) sobre prevenció en drogo-dependències.

OE: Facilitar la formació de professionals en recursos d'altres països.

OE: Potenciar i difondre les iniciatives o projectes existents: PHEPA II, HP2, Living with a daily dose, Correlation, IMHPA, MHENI, CAMHEE i Inebria.

OE: Potenciar l'intercanvi d'experiències de prevenció i l'adaptació al nostre àmbit.

*A: Programar ajuts a la formació i la recerca en prevenció a la UE.*

-

### 3.7.11. PRIORITZACIÓ D'OBJECTIUS I ACTUACIONS

Les prioritats assenyalades pel grup de treball es presenten per ordre de major a menor importància i són les següents:

[+] El grup considera prioritària la millora de les activitats preventives des dels centres de salut. Per dur-ho a terme, el grup proposa la promoció i protocolització de la interrelació entre xarxes (atenció primària, XAD, salut mental, urgències hospitalàries, hospitals i farmàcia), l'ampliació del Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS), l'ampliació i la millora del Protocol del nen sa, la implantació del programa "Beveu Menys" a tots els centres d'atenció primària, l'ampliació dels programes de detecció precoç i l'aplicació de la intervenció breu quan es detecti el consum de substàncies psicoactives no institucionalitzades, així com la utilització de la sala d'espera com a espai d'educació i prevenció sanitària.

[+] En segon lloc, es prioritzen dos objectius: la prevenció del consum de substàncies psicoactives en fills de consumidors de drogues, i la reducció i l'eliminació (sempre que es pugui) de la morbimortalitat i de la situació d'exclusió social en persones consumidores de drogues.

[-] Per a la consecució del primer objectiu es proposa establir un protocol d'intervenció preventiva en pares i mares usuaris dels CAS.

[-] Per aconseguir reduir i/o eliminar la morbimortalitat, les propostes són normalitzar la presència dels PIX i dispensar preservatius en CAP, oficines de farmàcia i centres penitenciaris; incrementar el nombre d'espais de consum higiènic i millorar els espais existents; adequar els PMM; intervenir de manera preventiva en embarassades consumidores de drogues; implantar a tots els

centres de la xarxa hospitalària el programa Hospitals lliures de fum; facilitar l'accés i augmentar la freqüentació a l'assistència als CAS; millorar l'accés a la documentació sanitària (TSI) per part de persones immigrants; adaptar els materials de reducció de danys a diferents idiomes; incorporar mediadors culturals en els diferents recursos sanitaris; realitzar grups psicoeducatius adreçats a mares i pares d'adolescents consumidors de substàncies; ampliar l'oferta de formació d'usuari en actiu (FUA) i el programa Bola de neu; posar en marxa programes de reducció de danys en alcoholisme crònic i programes de reducció de consum de tabac en pacients amb trastorn mental greu.

- [+] La millora de la detecció precoç i la intervenció breu del consum de substàncies psicoactives (alcohol, cànnabis, cocaïna, heroïna...). Les propostes relatives a aquest objectiu són la implantació del programa “Beveu Menys” a tots els centres d'atenció primària (ja esmentada en el primer objectiu prioritzat); l'ampliació dels programes de detecció precoç i intervenció breu quan es detecti el consum de drogues no institucionalitzades (també esmentada en el primer objectiu prioritzat), i l'adaptació i la implantació dels programes de detecció precoç i intervenció breu relativa a alcohol i altres drogues per a joves i persones immigrants.
- [+] La millora de la identificació precoç del consum de substàncies psicoactives, la intervenció i les derivacions a altres serveis de la població atesa a urgències hospitalàries, a través de la realització de protocols d'intervencions preventives en aquest servei.
- [+] En cinquè lloc, el grup prioritza dos objectius. D'una banda, la millora de l'accés a la xarxa de salut normalitzada (CAS, atenció primària, hospitals, comunitats terapèutiques, unitats de desintoxicació, etc.), i de l'altra, la capacitat dels professionals de la salut per poder prevenir els problemes relacionats amb les drogues. Les propostes per aconseguir la millora de l'accés a la xarxa de salut normalitzada són les mateixes que les exposades en el segon objectiu prioritzat (prevenció de substàncies en fills de persones consumidores, i reducció i eliminació –sempre que es pugui– de la morbiditat i situació d'exclusió social en consumidores). Per aconseguir la capacitat dels professionals de la salut, el grup proposa potenciar la formació dels professionals de l'atenció primària en drogodependències.
- [+] En sisè lloc es prioritzen tres objectius:
  - [-] Potenciar la participació dels serveis de salut en les activitats de prevenció comunitària.
  - [-] Adequar la prescripció de psicofàrmacs en els serveis de salut.
  - [-] Millorar la coordinació entre l'atenció primària i els altres serveis de salut.
- [+] En setè lloc es proposa potenciar la recerca sobre prevenció de problemes relacionats amb l'ús de substàncies en els diferents àmbits de servei de salut.
- [+] En vuitè lloc se situa prevenir el consum de substàncies en malalts amb trastorn mental greu.

[+] Seguidament es prioritzen aquests objectius:

- [-] Potenciar la participació dels farmacèutics en activitats preventives.
- [-] Generalitzar la pràctica d'avaluar les activitats de prevenció.
- [-] Potenciar la relació dels CAS i els recursos de reducció de danys amb les associacions de veïns i altres entitats ciutadanes.
- [-] Potenciar la participació de les associacions de veïns i altres entitats ciutadanes en les activitats de prevenció que es duen a terme des de l'àmbit dels serveis de salut.
- [-] Homogeneïtzar les activitats de prevenció en l'àmbit dels serveis de salut a escala internacional.
- [-] Potenciar els observatoris sobre consum de drogues com a instruments d'avaluació.

## BIBLIOGRAFIA

### A

Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JM, Jiménez García-Pascual R, Martínez Higuera I. Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2004.

### B

Barbero JM, Cortés F. Trabajo comunitario, organización y desarrollo social. Madrid: Alianza Editorial, 2005.

### D

Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2006.

Direcció General de Salut Pública. L'Agència de Salut Pública de Catalunya. Document de bases per a la seva creació. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2006.

### S

Sánchez A. Ética de la intervenció social. Barcelona: Paidós Trabajo Social 7, 1999.



04

BASES  
DEL PLA DE PREVENCIÓ  
DE CATALUNYA

# 04.1

## MISSIÓ

El Departament de Salut, com a responsable de la coordinació i l'impuls de totes les polítiques, estratègies, programes i activitats que influeixin en el nivell i en la qualitat de la salut pública catalana, té com una de les seves missions potenciar i impulsar la cohesió de totes aquestes actuacions, per garantir el dret de la ciutadania a assolir un grau òptim de salut i benestar. I aquesta responsabilitat és, per tant, també aplicable a la coordinació, la promoció i el lideratge de totes les actuacions encaminades a prevenir els problemes sanitaris i socials relacionats amb el consum de substàncies psicoactives, tot preservant el dret de les persones a triar els seus estils de vida.

Per tant, el propòsit del Pla de prevenció de Catalunya: drogues i problemes associats haurà de ser incrementar l'efectivitat, la coherència, la cohesió, la qualitat i l'eficiència de les actuacions institucionals engegades a Catalunya en aquest àmbit.

A més, per tal de reduir de forma significativa la problemàtica social i sanitària relacionada amb el consum de substàncies psicoactives, s'ha de garantir la valoració objectiva dels problemes que afecten els sectors de població més vulnerables al potencial desenvolupament de problemes relacionats amb les drogues. I també s'ha de mantenir un compromís per vetllar per la qualitat i l'objectivitat. Així, el Pla no només garantirà un diagnòstic acurat, sinó també el desenvolupament d'una resposta planificada que permeti la implicació institucional adient, i l'avaluació, tant dels processos com dels resultats esperats, en termes de millora dels indicadors de salut, de qualitat de vida i d'integració social que es plantegin.

## VISIÓ

El Pla de prevenció de Catalunya: drogues i problemes associats ha d'oferir una proposta d'organització institucional que permeti fer operatives les línies estratègiques definides durant el procés d'elaboració de l'Estratègia nacional de prevenció. El Pla també haurà de reforçar els avenços ja assolits i respondre a les mancances identificades, tot impulsant les respostes més adients per afrontar-les i per preveure els propers passos que permetin avançar en l'àmbit preventiu al nostre país.

Aquest darrer aspecte emfasitza la importància de l'últim dels principis esmentats a la llista present al punt anterior: la necessitat d'impulsar la recerca per tal de conèixer millor els processos implicats en el desenvolupament dels problemes relacionats amb les drogues, així com validar les formes més adients d'afrontar-los des de la perspectiva preventiva.

## 04.2

### PRINCIPIIS RECTORS DEL PLA DE PREVENCIÓ

A més dels principis rectors<sup>1</sup> que ja han estat previstos en l'elaboració de l'Estratègia nacional de prevenció (vegeu capítol 1, punt 1.4. d'aquesta segona part del *Llibre blanc*), el Pla de prevenció de Catalunya: drogues i problemes associats, considerarà també els principis:

#### **Equitat**

El Pla ha de garantir l'equitat social en l'accés a les prestacions preventives desenvolupades a Catalunya, i prestar atenció especial als grups socials exposats a un nombre més gran de factors de risc per desenvolupar problemes en relació amb les drogues.

#### **Territorialitat**

El principi d'equitat del Pla s'ha d'estendre a les necessitats territorials comptant amb la participació dels ens locals com a agents nuclears d'elaboració i desplegament de les actuacions i programes de prevenció a Catalunya.

#### **Base en l'evidència**

Els criteris d'elegibilitat dels programes i les actuacions de l'Estratègia hauran de tenir en compte el conjunt del coneixement derivat de la recerca científica disponible per a cada àmbit d'actuació. I per tant, es promourà el desenvolupament de programes i actuacions preventives basades en l'evidència de l'eficàcia i l'efectivitat.

#### **Marc legal i institucional**

El Pla estarà integrat per propostes que responguin a les fites, i s'integrin en les línies generals, marcades per la reforma de la salut pública a Catalunya, el Pla director de salut mental i addiccions, així com per la resta de desenvolupaments legals i institucionals descrits en el capítol 2 de la primera part d'aquest *Llibre blanc*.

#### **Eficiència**

El Pla prioritzarà el desenvolupament dels programes i les actuacions que, d'acord amb l'evidència disponible, demostrin el grau més gran d'eficiència entre totes les opcions possibles.

#### **Anticipació**

Ha de ser capaç de preveure i anticipar-se als fenòmens nous d'oferta i demanda, de manera que en tot moment s'orienti a l'afrontament dels problemes potencials abans que aquests es manifestin, s'agreugin o es cronifiquin.

1. Universalitat, interdisciplinarietat, participació, perspectiva de gènere, multiculturalitat, avaluació i qualitat.

### **Investigació**

Estretament relacionat amb el principi d'anticipació, cal assenyalar el suport a la investigació com una aposta decidida dins del camp de la prevenció.

A Catalunya s'ha mantingut una activitat d'investigació epidemiològica de qualitat per conèixer l'evolució dels principals indicadors relacionats amb el consum de drogues, així com l'enregistrament acurat de les actuacions assistencials. Dins el marc que oferirà el Pla de prevenció de Catalunya, es promouran també els àmbits d'investigació que ens permetin apropar a un millor coneixement dels factors de risc i protecció relacionats amb el desenvolupament de problemes associats a les drogues, a la validació de noves hipòtesis amb caràcter preventiu, i a la validació de models i programes d'actuació.

## 04.3

### ESTABLIMENT DE PRIORITATS

Es presenten a continuació els criteris en els quals es fonamentarà la definició dels continguts concrets del Pla de prevenció de Catalunya: drogues i problemes associats. Sobre la base d'aquests criteris s'establiran les prioritats per cada línia estratègica, els objectius i les actuacions.

#### **Consideració de les propostes de l'estratègia**

Es tindran en compte les prioritats establertes per cada grup de treball durant el procés de desenvolupament de l'Estratègia, tenint especial cura de potenciar els elements necessaris per a la coordinació entre àmbits.

#### **Atenció a la realitat**

S'establiran les prioritats d'actuació segons les dimensions actuals dels problemes socio-sanitaris que més impacte negatiu tenen en la morbiditat i la mortalitat en relació amb les drogues.

#### **Atenció als problemes emergents**

Es prioritzaran les actuacions tendents a la millora dels processos i instruments de detecció precoç i d'intervenció de les problemàtiques associades als consums de drogues.

#### **Atenció a la territorialitat**

Es promouran les propostes preventives basades i condicionades per les característiques del fenomen en el territori, és a dir, tenint en compte les necessitats locals i donant suport a les demandes derivades d'aquestes propostes.

#### **Atenció a la qualitat**

Atenent les mancances i amenaces descrites durant el procés estratègic, es prioritzaran les propostes tendents a l'establiment de processos i sistemes d'acreditació de programes. Paral·lelament caldrà preveure el desenvolupament de processos de difusió d'eines preventives de qualitat per tal de facilitar-ne l'accés i promoure les bones pràctiques.

#### **Incorporació de l'evidència**

Es prioritzaran aquelles actuacions i programes que disposin d'una sòlida evidència d'efectivitat. I es promourà la investigació en les àrees on no es disposa d'evidència d'efectivitat suficient.

#### **Consideració de l'eficiència**

Els recursos cal invertir-los en les actuacions que, considerant l'efectivitat de totes les actuacions alternatives, proporcionin la millor relació cost-benefici.

**BIBLIOGRAFIA****B, C, H**

Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1982.

Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 1999.

Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 2002.

Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 437-446.

Catalano RF, Hawkins D. The social development model: A theory of antisocial behavior. A: Hawkins JD, ed. *Delinquency and crime. Current theories*. Nova York: Cambridge University Press 1996a: 198-235.

Catalano RF, Kosterman R, Hawkins JD, Newcomb MD, Abbott RD. Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *J Drug Issues* 1996 b; 26 (2): 429- 455.

Hidalgo E. Hacia la percepción de riesgo basada en la evidencia. *Energy Control*, 2004. A: <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=161>

**O, S, T,**

Oetting ER, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Subst Use Misuse* 1998 març; 33 (4): 995-1026.

Oetting ER, Deffenbacher JL, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Subst Use Misuse* 1998a maig; 33 (6): 1337-1666.

Oetting ER, Deffenbacher JL, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. *Subst Use Misuse* 1998b; 33 (8):1629-1665.

Oetting ER, Donnermeyer JF, Trimble JE, Beauvais F. Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Subst Use Misuses* 1998c ag; 33 (10): 2075-2107.

Oetting ER. Primary socialization theory: Developmental stages, spirituality government institutions, sensation seeking, and theoretical implication. V. *Subst Use Misuse* 1999; 34 (7): 947-982.

Spora. Oci nocturn i substàncies psicoactives. Avaluació de les polítiques i intervencions de salut pública amb adolescents i joves en espais d'oci nocturn a Catalunya. Barcelona: Spora. Consultoria Psicosocial/Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2007. A: [www.spora.ws](http://www.spora.ws)

Torjman Sherri R. Prevention in the Drug Field: Monograph I, Essential Concepts and Strategies. Toronto: Addiction Research Foundation, 1986.

**W**

WHO. Health promotion: A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1984.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 1986 nov 17-21; Ottawa, Canadà.

05

INVENTARI  
DE RECURSOS EN  
PREVENCIÓ DELS CONSUMS  
DE DROGUES I  
PROBLEMES ASSOCIATS



# 05.1

## PRESENTACIÓ

Els problemes relacionats amb els consums de drogues han propiciat que en els darrers vint anys a Catalunya s'hagin desenvolupat un gran nombre de recursos i programes de promoció d'hàbits saludables i prevenció dels possibles riscos associats al consum de drogues. Per això, al llarg de l'any 2006, i en el marc de l'elaboració de l'Estratègia nacional de prevenció del consum de drogues i problemes associats, la Subdirecció General de Drogodependències del Departament de Salut va iniciar el procés d'inventariar els recursos, els programes preventius i les activitats implementats.

L'inventari de recursos en prevenció dels consums de drogues i problemes associats, juntament amb el procés participatiu per determinar les línies estratègiques, facilitarà l'accés dels professionals a les diverses experiències del territori i sobretot afavorirà el desenvolupament coordinat de les polítiques preventives amb tots els organismes, entitats i associacions implicades. També pretén ser una eina dinàmica en procés continu d'actualització i d'inclusió del màxim d'informació possible.

El breu informe que ara us presentem és el resultat de la primera fase de recollida de l'inventari, en la qual es va contactar amb els ajuntaments de municipis de més de 10.000 habitants de tot Catalunya (112), així com amb els consells comarcals (41), els centres d'atenció i seguiment de drogodependències (64) i amb les entitats que col·laboren en la realització de la tasca preventiva (48). La informació recollida ens permet presentar una anàlisi essencialment descriptiva, que aporta un primer apropament a la realitat de la prevenció i els seus recursos. En aquesta anàlisi s'està aprofundint en una segona fase de la realització del recull. A través de la segona fase, que s'està desenvolupant actualment, s'obtindran dades dels municipis amb un cens inferior a 10.000 habitants, així com dels municipis de més de 10.000 habitants, consells comarcals, CAS i entitats de les quals no disposem dades. A més, per tal de completar i millorar el retrat fidedigne de la feina preventiva que s'està duent a terme arreu del nostre territori, s'afegiran ítems al qüestionari original.

Volem agrair als tècnics i responsables polítics que han participat en la creació d'aquest inventari la col·laboració, així com a totes les persones i entitats que durant tot aquest temps han desenvolupat la seva activitat en l'àmbit preventiu.

## 05.2

### POBLACIÓ

#### **Municipis de Catalunya de més de 10.000 habitants**

Font: Padró municipal d'habitants de Catalunya 2006.

Institut d'Estadística de Catalunya.

Nombre de municipis de més de 10.000 habitants: 112

Nombre de municipis de més de 10.000 habitants participants: 99 (88,39%)

Veure annex 1.

#### **Consells comarcals de Catalunya**

Nombre de consells comarcals: 41

Nombre de consells comarcals participants: 38 (92,68%)

Veure annex 2.

#### **Centres d'atenció i seguiment de la xarxa pública de Catalunya**

Nombre de centres d'atenció i seguiment de drogodependències (CAS): 64

Nombre de CAS participants: 52 (81,25%)

Veure annex 3.

#### **ONG, entitats privades i fundacions**

Nombre d'ONG, entitats o fundacions: 48

Nombre d'ONG, entitats o fundacions participants: 39 (81,25%)

Veure annex 4.

## 05.3

### MÈTODE

Per a la recollida de la informació, es van elaborar quatre tipus de qüestionaris, amb una estructura general comuna:

- [+] Informació sobre les bases estructurals en les quals es fonamenta el treball preventiu.
- [+] Informació sobre el perfil dels tècnics responsables del desenvolupament de les activitats preventives.
- [+] Informació sobre les activitats i recursos en els àmbits educatiu, familiar, del lleure, dels mitjans de comunicació social i laboral, entre d'altres.

Les diferències entre els qüestionaris es van establir en funció del tipus d'organisme al qual s'adreçava.

## 05.4

### ANÀLISI DESCRIPTIVA DELS RECURSOS DE PREVENCIÓ DEL CONSUM DE DROGUES I PROBLEMES ASSOCIATS

#### 5.4.1. BASES ESTRUCTURALS I

##### PERFIL DELS PROFESSIONALS DELS EQUIPS DE PREVENCIÓ

Les dades de participació de les institucions contactades són elevades i una gran majoria donen suport i implementen activitats preventives: així, el 90,90% dels municipis, el 76,92% dels CAS i el 68,42% dels consells comarcals. Lògicament el 100% de les entitats assenyalades pels municipis responen que desenvolupen aquest tipus d'activitats.

Les àrees entorn de les quals s'organitza la prevenció en els municipis i els consells comarcals són la social i la de salut, i són un nombre important els que la planifiquen des d'àrees en què conflueixen els dos àmbits. Els equips tècnics responsables tendeixen a estar formats per un tècnic o tècnica que desenvolupa les accions preventives com a part d'altres tasques, vinculades o no amb la prevenció. De manera menys freqüent, també hi ha municipis i consells comarcals que disposen d'un tècnic o tècnica amb dedicació exclusiva o que contracten una entitat externa a l'ens públic, els quals poden actuar en un sol municipi o desenvolupar les seves funcions en més d'un.

El perfil formatiu dels professionals implicats prové, en el cas dels municipis, principalment de les àrees de psicologia i educació social. En els consells comarcals, els professionals provenen del camp de l'educació social, i de manera molt menys freqüent, de la psicologia i del treball social.

Pel que fa als CAS, la majoria responen que realitzen la prevenció a través d'un tècnic o tècnica que comparteix aquesta tasca amb altres àrees d'actuació, i en un 11,54% dels casos, a través d'un o una professional amb dedicació exclusiva. Els psicòlegs, i en menor mesura els treballadors socials i el personal d'infermeria, en són els responsables.

A grans trets, la majoria de les entitats que donen suport a les activitats implementades per les administracions i els CAS manifesta que el seu principal àmbit d'intervenció se centra en el camp de les drogodependències i la sida. Més de la meitat participa en activitats d'un programa que no gestiona directament, i una tercera part gestiona un programa en un únic municipi; la mateixa freqüència amb què responen que treballen per a més d'un. La província de Barcelona és l'àrea territorial a la qual es dona més cobertura. El voluntariat conforma de manera significativa la majoria dels equips de treball.

Un nombre important de municipis i consells comarcals té una comissió municipal especialitzada, en la qual participen principalment les regidories o àrees de serveis socials, salut i infància i joventut. També en formen part la policia local, els centres d'atenció primària, els centres d'atenció i seguiment, entitats i representants de les escoles de primària, de secundària i de les associacions de mares i pares d'alumnes (AMPA).

S'observa una tendència a l'establiment de comissions específiques de treball de cobertura supramunicipal). En aquesta mateixa línia, els projectes se solen implementar coordinadament amb altres regidories, altres comissions dels consells, els centres d'atenció primària (CAP), els CAS, les entitats especialitzades i altres administracions com la Diputació i la Generalitat de Catalunya. És destacable la freqüència amb què les AMPA, les associacions de veïns i les entitats que s'inclouen en el desenvolupament d'aquests projectes. De manera més puntual, alguns municipis i consells comarcals col·laboren amb les associacions i/o propietaris de locals d'oci nocturn, amb els sindicats i la patronal.

Més de la meitat dels CAS es coordinen principalment amb els CAP i amb els ajuntaments. Aproximadament la tercera part manifesta col·laborar amb les AMPA, les ONG i les associacions de veïns. De la mateixa manera, els municipis i els consells comarcals de manera puntual s'impliquen en projectes de prevenció en espais d'oci nocturn i en l'àmbit laboral.

Pel que fa a l'avaluació, l'anàlisi de les dades del qüestionari posa de manifest una tendència a l'impuls de processos d'avaluació que generalment es reflecteixen a les memòries d'activitat que es realitzen anualment. El tipus d'avaluació més freqüent és la de procés, tot i que un nombre important de municipis i CAS manifesten que combinen la realització de tots dos tipus d'avaluació.

#### 4.2. ÀMBITS D'INTERVENCIÓ

##### Àmbit educatiu

De manera generalitzada, els municipis, els consells comarcals, i les entitats contractades, concentren les seves activitats preventives, per aquest ordre, en els nivells educatius de l'educació secundària obligatòria (ESO), batxillerat i educació primària. Amb menys freqüència, en els cicles formatius de grau mitjà, les aules taller i els programes de garantia social. En els cicles formatius de grau superior, segons els resultats obtinguts, no s'hi incideix.

El tipus d'activitat més prevalent és la realització de propostes educatives en les aules dels centres, seguida de la difusió de materials de sensibilització, ja siguin propis o d'altres institucions. D'altra banda, pràcticament la meitat dels municipis i una tercera part dels consells informants duen a terme accions formatives per al professorat dels centres educatius. De manera menys freqüent, s'impulsen activitats extraescolars.

Les activitats principals de les entitats són la realització de tallers dins les aules i la distribució de material informatiu. Un nombre important d'aquestes entitats també elaboren i editen materials, formen el professorat i organitzen activitats extrascolars.

Els CAS desenvolupen l'activitat preventiva en l'àmbit educatiu amb molta menys freqüència; tot i així, les seves intervencions en primer lloc es desenvolupen amb els alumnes de l'ESO i el batxillerat, seguides de les que es fan als cicles formatius de grau mitjà. És important ressaltar la seva implicació en la implementació d'accions en els programes de garantia social, les aules taller, i sobretot, en els cicles formatius de grau superior. La meitat de les intervencions es duen a terme en les aules, i també s'orienten a la formació del professorat i a la difusió de material informatiu.

Les activitats principals que les entitats realitzen són l'edició i la difusió de materials preventius i el desenvolupament de tallers dins de l'aula.

Altres activitats que desenvolupen en l'àmbit educatiu els municipis, els consells comarcals i els CAS són visites a exposicions i tallers, trobades amb associacions de lleure i obres de teatre.

### Àmbit familiar

Les activitats preventives adreçades a pares i mares en general són les implementades amb més freqüència des dels municipis i els consells comarcals. En segon lloc, es desenvolupen programes selectius, orientats a famílies que tenen fills que es troben en situació de risc de consum.

És important destacar l'existència de serveis d'assessorament directe i accions formatives per a les famílies en més de la meitat dels municipis, que a més, solen editar i difondre material preventiu. Els consells comarcals prioritzen l'organització d'accions formatives per a les famílies i l'edició i/o la difusió de materials propis o d'altres entitats vinculades a la prevenció del consum de drogues. Una tercera part disposa de serveis d'assessorament directe.

Els CAS intervenen principalment amb les famílies que tenen fills i/o filles que presenten un consum problemàtic de drogues, i en un percentatge similar donen suport a famílies en les quals els seus progenitors tenen problemes derivats del consum de tòxics. De manera coincident amb els municipis, més de la meitat d'aquests centres disposen d'un servei d'atenció i assessorament directe a les famílies. Una tercera part realitza activitats formatives per a pares i mares en general.

Les entitats que són les proveïdores dels serveis de prevenció dels organismes actuen d'acord amb les prioritats establertes, de la mateixa manera que els municipis i els consells intervenen amb pares i mares en general; una tercera part intervenen amb famílies de joves en situació de risc i, amb menys freqüència, amb famílies amb joves que presenten uns hàbits de consum problemàtic. En aquestes famílies

se'ls ofereix orientació i assessorament directes en casos de sospita o detecció de consum de drogues, se'ls distribueix i elabora material específic.

Altres activitats desenvolupades en aquest àmbit que han estat mencionades pels municipis, els consells comarcals i els CAS són l'organització de tallers de salut, la presentació i/o visita a exposicions itinerants, la realització de taules rodones en matèria de consum de substàncies tòxiques i activitats al carrer (Setmana de la Salut).

### Àmbit del lleure

La majoria d'intervencions en l'àmbit de l'oci i el lleure desenvolupades pels municipis, els consells comarcals i les entitats s'adrecen als joves en general. Menys freqüents són les intervencions de prevenció indicada (joves amb consum problemàtic) i selectiva (joves de grups de més risc). Tot i així, un nombre important d'entitats indica que treballa amb joves en situació de risc i, en menor grau, desenvolupa activitats amb minories ètniques.

L'edició i/o la difusió de materials representa més de la meitat de l'activitat preventiva, seguida, en el cas dels municipis, de l'existència d'un recurs d'assessorament a disposició dels joves. La instal·lació d'estands informatius en zones de lleure i d'oci nocturn és una línia de treball compartida, tot i que menys generalitzada que les anteriors. En una tercera part dels municipis s'han organitzat programes d'oci alternatiu i intervencions per sancions administratives relacionades amb el consum i la possessió de substàncies en espais públics. Les accions menys freqüents són l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per difondre els missatges preventius i oferir formació del personal dels locals d'oci nocturn, de mediadors i d'agents de salut.

L'edició i la difusió de materials preventius representa un 60% de les accions realitzades per les entitats, i més de la meitat té a disposició dels joves un servei d'assessorament i orientació. També tenen una rellevància significativa en les accions d'aquestes entitats la formació de mediadors socials i agents de salut.

Les activitats efectuades des dels CAS s'adrecen principalment a joves amb un consum problemàtic de substàncies i a joves que es consideren en situacions de risc. La intervenció més generalitzada és un servei d'assessorament i orientació especialitzat en l'atenció als joves. En més petita mesura editen i/o difonen materials preventius i duen a terme intervencions vinculades a les sancions per tinença i/o consum de substàncies en espais públics.

### Altres àmbits

Els mitjans de comunicació (programes de ràdio i televisió, articles de premsa, etc.) com a difusors de discursos relacionats amb les activitats preventives són utilitzats

amb poca freqüència tant pels municipis com pels consells comarcals. Les entitats són les que mostren un nivell de col·laboració més alt (32,50%), així com els CAS, amb un 26,92%.

En l'àmbit laboral, les freqüències de les accions preventives són baixes en els organismes, els CAS i les entitats enquestats.

### **Altres recursos**

Una tercera part dels municipis participants realitza accions formatives adreçades a professionals de l'àmbit dels serveis de salut i dels cossos de seguretat, i ofereix una adreça electrònica de consulta a disposició dels ciutadans. En més petita mesura ofereix un telèfon i/o web informatius.

Un 26,32% dels consells comarcals disposa d'una adreça electrònica de consulta, facilita l'accés a un web informatiu relacionat amb les drogues i realitza accions formatives per a professionals que, des de la seva àrea d'actuació, poden necessitar coneixements específics sobre les drogodependències.

Més de la meitat de les entitats ofereix una adreça electrònica a la qual les persones usuàries poden accedir per tal de plantejar consultes i aclarir dubtes, amb menys freqüència realitza cursos formatius per a professionals d'altres àmbits. Una quarta part ofereix un web informatiu i una minoria disposa d'un telèfon d'informació.

Pel que fa als CAS, més de la meitat fa cursos de formació específica en matèria de prevenció (52,94%) per a professionals de diferents àmbits relacionats amb la prevenció.



## ANNEX 1

RELACIÓ DELS MUNICIPIS  
DE MÉS DE 10.000 HABITANTS PARTICIPANTS

1. Ajuntament d'Amposta
2. Ajuntament d'Arenys de Mar
3. Ajuntament d'Argentona
4. Ajuntament de Badalona
5. Ajuntament de Balaguer
6. Ajuntament de Banyoles
7. Ajuntament de Barberà del Vallès
8. Ajuntament de Barcelona
9. Ajuntament de Blanes
10. Ajuntament de Caldes de Montbui
11. Ajuntament de Calella
12. Ajuntament de Cambrils
13. Ajuntament de Canet de Mar
14. Ajuntament de Canovelles
15. Ajuntament de Cardedeu
16. Ajuntament de Castellar del Vallès
17. Ajuntament de Castellbisbal
18. Ajuntament de Castelldefels
19. Ajuntament de Cerdanyola del Vallès
20. Ajuntament de Corbera de Llobregat
21. Ajuntament de Cornellà de Llobregat
22. Ajuntament de Deltebre
23. Ajuntament d'Esparreguera
24. Ajuntament d'Esplugues de Llobregat
25. Ajuntament de Figueres
26. Ajuntament de la Garriga
27. Ajuntament de Gavà
28. Ajuntament de Girona
29. Ajuntament de Granollers
30. Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat
31. Ajuntament d'Igualada
32. Ajuntament de la Llagosta
33. Ajuntament de les Franqueses del Vallès
34. Ajuntament de Lleida
35. Ajuntament de Lloret de Mar
36. Ajuntament de Malgrat de Mar
37. Ajuntament de Manlleu
38. Ajuntament de Manresa
39. Ajuntament de Martorell
40. Ajuntament del Masnou
41. Ajuntament de Mataró
42. Ajuntament de Molins de Rei
43. Ajuntament de Mollerussa
44. Ajuntament de Mollet del Vallès
45. Ajuntament de Montcada i Reixac
46. Ajuntament de Montornès del Vallès
47. Ajuntament d'Olesa de Montserrat
48. Ajuntament d'Olot
49. Ajuntament de Palafrugell
50. Ajuntament de Palamós
51. Ajuntament de Palau-solità i Plegamans
52. Ajuntament de Pallejà
53. Ajuntament de Paret del Vallès
54. Ajuntament de Piera
55. Ajuntament de Pineda de Mar
56. Ajuntament de Reus
57. Ajuntament de Ripoll
58. Ajuntament de Ripollès
59. Ajuntament de Roses
60. Ajuntament de Rubí
61. Ajuntament de Sabadell
62. Ajuntament de Salou
63. Ajuntament de Salt
64. Ajuntament de Sant Adrià de Besòs
65. Ajuntament de Sant Andreu de la Barca
66. Ajuntament de Sant Boi de Llobregat
67. Ajuntament de Sant Carles de la Ràpita
68. Ajuntament de Sant Celoni
69. Ajuntament de Sant Cugat del Vallès
70. Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols
71. Ajuntament de Sant Feliu de Llobregat
72. Ajuntament de Sant Joan de Vilatorrada
73. Ajuntament de Sant Just Desvern
74. Ajuntament de Sant Pere de Ribes
75. Ajuntament de Sant Quirze del Vallès
76. Ajuntament de Sant Sadurn d'Anoia

- |  |  |
|--|--|
| 77. Ajuntament de Sant Vicenç dels Horts   | 89. Ajuntament de Tortosa                |
| 78. Ajuntament de Santa Coloma de Farners  | 90. Ajuntament de Vallirana              |
| 79. Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet | 91. Ajuntament de Valls                  |
| 80. Ajuntament de Santa Perpètua de Mogoda | 92. Ajuntament del Vendrell              |
| 81. Ajuntament de Sitges                   | 93. Ajuntament de Vic                    |
| 82. Ajuntament de Tarragona                | 94. Ajuntament de Viladecans             |
| 83. Ajuntament de Tàrrrega                 | 95. Ajuntament de Vilafranca del Penedès |
| 84. Ajuntament de Terrassa                 | 96. Ajuntament de Vilanova del Camí      |
| 85. Ajuntament de Tordera                  | 97. Ajuntament de Vilanova i la Geltrú   |
| 86. Ajuntament de Torelló                  | 98. Ajuntament de Vila-seca              |
| 87. Ajuntament de Torredembarra            | 99. Ajuntament de Vilassar de Mar        |
| 88. Ajuntament de Torroella de Montgrí     |  |

## ANNEX 2

### RELACIÓ DELS CONSELLS COMARCALS QUE HI HAN PARTICIPAT

- |   |  |
|---|--|
| 1. Consell Comarcal de l'Alt Camp           | 20. Consell Comarcal del Maresme         |
| 2. Consell Comarcal de l'Alt Empordà        | 21. Consell Comarcal del Montsià         |
| 3. Consell Comarcal de l'Alt Urgell         | 22. Consell Comarcal de la Noguera       |
| 4. Consell Comarcal de l'Alta Ribagorça     | 23. Consell Comarcal d'Osona             |
| 5. Consell Comarcal de l'Anoia              | 24. Consell Comarcal del Pallars Jussà   |
| 6. Consell Comarcal del Bages               | 25. Consell Comarcal del Pallars Sobirà  |
| 7. Consell Comarcal del Baix Camp           | 26. Consell Comarcal del Pla de l'Estany |
| 8. Consell Comarcal del Baix Ebre           | 27. Consell Comarcal del Pla d'Urgell    |
| 9. Consell Comarcal del Baix Empordà        | 28. Consell Comarcal del Priorat         |
| 10. Consell Comarcal del Baix Llobregat     | 29. Consell Comarcal de la Ribera d'Ebre |
| 11. Consell Comarcal del Baix Penedès       | 30. Consell Comarcal del Ripollès        |
| 12. Consell Comarcal del Barcelonès         | 31. Consell Comarcal del Segrià          |
| 13. Consell Comarcal del Berguedà           | 32. Consell Comarcal de la Selva         |
| 14. Consell Comarcal de la Cerdanya         | 33. Consell Comarcal del Solsonès        |
| 15. Consell Comarcal de la Conca de Barberà | 34. Consell Comarcal del Tarragonès      |
| 16. Consell Comarcal del Garraf             | 35. Consell Comarcal de la Terra Alta    |
| 17. Consell Comarcal de les Garrigues       | 36. Consell Comarcal de l'Urgell         |
| 18. Consell Comarcal de la Garrotxa         | 37. Consell Comarcal de la Vall d'Aran   |
| 19. Consell Comarcal del Gironès            | 38. Consell Comarcal del Vallès Oriental |

## ANNEX 3

RELACIÓ DELS CENTRES D'ATENCIÓ  
I SEGUIMENT DE DROGODEPENDÈNCIES PARTICIPANTS

1. Àmbit Esport-Fundació Mensalus
2. Centre d'Atenció a les Drogodependències d'Osona (CADO). Hospital General de Vic
3. Centre d'Atenció i Seguiment Centre de Salut Municipal (Sant Feliu de Llobregat)
4. Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències. CAP Olesa de Montserrat (Baix Llobregat Nord)
5. Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de l'Anoia
6. Centre d'Atenció i Seguiment del Baix Camp. Hospital Sant Joan
7. Centre d'Atenció i Seguiment Benito Menni (Sant Boi de Llobregat)
8. Centre d'Atenció i Seguiment Cerdanyola-Ripollet. CAP II Cerdanyola-Ripollet
9. Centre d'Atenció i Seguiment Cerdanyola-Ripollet. CAP Canaletes
10. Centre d'Atenció i Seguiment d'Alcoholisme del Ripollès
11. Centre d'Atenció i Seguiment de Blanes. Fundació Teresa Ferrer
12. Centre d'Atenció i Seguiment del Prat. ABS Pujol i Capçada
13. Centre d'Atenció i Seguiment de Girona. Fundació Teresa Ferrer
14. Centre d'Atenció i Seguiment de Granollers
15. Centre d'Atenció i Seguiment de la Barceloneta
16. Centre d'Atenció i Seguiment de la Creu Roja
17. Centre d'Atenció i Seguiment de la Garrotxa. Hospital Sant Jaume
18. Centre d'Atenció i Seguiment de la Mancomunitat de la Fontsanta
19. Centre d'Atenció i Seguiment de la Mancomunitat Penedès-Garraf
20. Centre d'Atenció i Seguiment de la Mancomunitat Penedès-Garraf (Vilanova i la Geltrú)
21. Centre d'Atenció i Seguiment de la Seu d'Urgell
22. Centre d'Atenció i Seguiment de l'Alt Empordà. Fundació Teresa Ferrer
23. Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències. ABS de Tàrraga
24. Centre d'Atenció i Seguiment de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme. Servei de Psiquiatria
25. Centre d'Atenció i Seguiment de Mollet. CAP Plana Lledó de Mollet del Vallès
26. Centre d'Atenció i Seguiment de Nou Barris
27. Centre d'Atenció i Seguiment de Palafrugell. Fundació Teresa Ferrer
28. Centre d'Atenció i Seguiment de Premià de Mar. ABS de Premià de Mar
29. Centre d'Atenció i Seguiment de Sants
30. Centre d'Atenció i Seguiment de Sarrià-Sant Gervasi
31. Centre d'Atenció i Seguiment del Bages. Hospital General de Manresa
32. Centre d'Atenció i Seguiment del Vallès Occidental
33. Centre d'Atenció i Seguiment Extracte. CAP La Mina
34. Centre d'Atenció i Seguiment Garbí-Vent
35. Centre d'Atenció i Seguiment Horta-Guinardó
36. Centre d'Atenció i Seguiment Hospital Mútua de Terrassa
37. Centre d'Atenció i Seguiment Joan XXIII-IMSS. CAP Tarragonès
38. Centre d'Atenció i Seguiment Vall d'Hebron. Hospital Vall d'Hebron
39. Centre d'Orientació Sanitària Ferran Salas. Servei de Drogodependències
40. Dispensari d'Alcoholisme i Altres Toxicomanies de Santa Rosa. Fundació Hospital de l'Esperit Sant
41. Dispensari d'Alcoholisme i Altres Toxicomanies. Hospital de Santa Maria
42. Dispensari d'Alcoholisme i Altres Toxicomanies. Hospital de la Santa Creu (Tortosa)
43. Dispensari d'Assistència a les Drogodependències. Servei de Salut Mental. Hospital de Puigcerdà

- 44. Programa d'Atenció a les Drogodependències. ABS de les Borges Blanques
- 45. Programa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències. ABS de Balaguer
- 46. Programa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències. ABS de Mollerussa
- 47. Servei d'Atenció a les Drogodependències. Ajuntament de l'Hospitalet
- 48. SPOTT Centre Comunitari d'Atenció a les Drogodependències
- 49. Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat. Hospital Clínic

## ANNEX 4

### RELACIÓ D'ONG, ENTITATS I FUNDACIONS PARTICIPANTS

- 1. AMBIT Prevenció
- 2. Asaupam
- 3. Associació Alba
- 4. Associació d'Ajuda al Toxicòman (AAT)
- 5. Associació d'Alcohòlics Rehabilitats
- 6. Associació Anti-sida de Lleida
- 7. Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)-Energy Control
- 8. Associació de Casals i Grups de Joves de Catalunya
- 9. Associació CEPS. Associació per a la Prevenció i la Promoció de la Salut
- 10. Associació Comunitària Anti-SIDA de Girona (ACAS)
- 11. AECC-Associació Espanyola contra el Càncer de Catalunya de Lleida
- 12. AEC-Gris. Associació d'Exconsumidors de Catalunya/Grup de Reinserció i Inserció Social
- 13. Associació d'Intervenció en Drogodependències d'Egara (AIDE)
- 14. Associació Juvenil SASC-PIXIES
- 15. Associació La Llum del Bages
- 16. Associació Manresana d'Alcohòlics Rehabilitats (AMAR)
- 17. Associació Retorn
- 18. Associació A Reus Som Útils
- 19. Càrites Diocesana de Barcelona
- 20. Centre Català de Solidaritat (CECAS)
- 21. Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS)
- 22. Creu Roja Joventut
- 23. Creu Roja Drogodependències i SIDA
- 24. Fundació Alcohol i Societat
- 25. Fundació Catalana de l'Esplai
- 26. Fundació Marianao
- 27. Fundació Mensaluo
- 28. Fundació Pere Tarrés
- 29. Fundació Salut i Comunitat
- 30. Fundació Teresa Ferrer
- 31. GASS-Grup Associat pels Serveis de Salut
- 32. Grup IGIA
- 33. H2O, Gais, Lesbianes, Bisexuals i Transexuals del Camp de Tona
- 34. Institut per a la Promoció Social de la Salut (IPSS)
- 35. Lliga Catalana d'Ajuda al Malalt de Càncer. Fundació Oncolliga de Girona
- 36. Promoció i Desenvolupament Social (PDS)
- 37. Psicojove.com
- 38. Teatracció
- 39. VIH-DA Associació

## GLOSSARI DE TERMES

## GLOSSARI DE TERMES

Es presenta a continuació un glossari de termes que contribueix a aclarir i donar més concreció a alguns dels conceptes utilitzats en aquest *Llibre blanc de la prevenció*.

La principal font d'informació utilitzada per a aquest capítol, el treball *Prevención de la A a la Z. Glosario de prevención del abuso de drogas* editat pel Centre d'Estudis sobre Promoció de la Salut (CEPS), amb la col·laboració de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Alonso Sanz, Salvador Llivina, Suelves Joanxich et al., 2004). A més s'han incorporat termes nous, i s'ha fet també una revisió i actualització dels termes inclosos en la publicació del CEPS.

Al costat d'alguns termes inclosos en aquest glossari s'ha afegit el terme equivalent en anglès amb la finalitat de facilitar la lectura i la interpretació de paraules freqüentment utilitzades en la bibliografia científica del camp preventiu, que de vegades no són molt freqüents o conegudes en els textos preventius editats en català.

## A

**Abús de drogues (*substance abuse*).** Patró conductual que es manifesta a través de l'aparició de conseqüències adverses, desadaptatives i recurrents relacionades amb el consum generalment repetitiu d'una o diverses substàncies psicoactives. Aquesta desadaptació conductual pot manifestar-se en forma de l'incompliment d'obligacions importants (a casa, a l'escola, a la feina, etc.); l'aparició de problemes interpersonals, socials o legals diversos (discussions amb la parella, violència física, etc.); o el consum pot generar situacions que posen en perill la integritat física pròpia o la d'altri (per exemple: conduir sota els efectes de l'alcohol o altres drogues, o desenvolupar treballs arriscats després d'haver consumit, etc.). En aquests casos, no cal que la conducta sigui repetitiva, el perill és present des del primer episodi de consum. A diferència dels criteris que defineixen la dependència, els criteris per definir l'abús, no inclouen la tolerància, l'hàbit de consum compulsiu, o l'aparició de la síndrome d'abstinència quan s'interromp el consum.

**Actuació preventiva.** Activitat que, en el marc d'un pla o d'un programa de prevenció, s'adreça a (o es treballa amb) un grup concret de població per promoure modificacions en el seu estil de vida com prevenir o retardar l'inici del consum de drogues, reduir el consum problemàtic de substàncies psicoactives, reduir la probabilitat que es presentin problemes relacionats amb les drogues en el futur, prevenir o minimitzar els problemes socio-sanitaris relacionats amb el consum.

**Addicció a substàncies psicoactives.** Consum repetit d'una o diverses drogues, que comporta en la persona consumidora l'aparició d'una intoxicació periòdica o crònica, el desenvolupament probable de tolerància, el consum compulsiu que, quan

s'intenta interrompre, generalment deriva l'aparició de síndrome d'abstinència, i, quan manca la substància, l'inici d'una cerca compulsiva per obtenir-la. Als anys seixanta del segle XX, l'OMS va proposar la substitució del terme *addicció* pel de *dependència*, per considerar que permet una diferenciació millor de diferents nivells de gravetat, a més d'estar definit dins el DSM-IV.

**Anys potencials de vida perduts (*potential years of life lost, PYLL*).** Indicador que valora la mortalitat prematura que suporta una societat a causa de l'existència d'un problema sociosanitari. Mesura el nombre d'anys que una persona o grup social ha deixat de viure perquè no arriba a assolir els anys que li correspondrien d'acord a l'esperança de vida existent en el moment en què es produeix el mesurament.

**Assertivitat.** Habilitat o conjunt d'habilitats personals necessàries per expressar els sentiments i opinions propis en el moment oportú i de la manera adequada, sense negar o menysprear els drets de les altres persones. Implica disposar de la capacitat d'expressar de manera sincera l'afecte vers altri (assertivitat positiva); manifestar desacord amb altri sense ferir-ne la sensibilitat (assertivitat negativa); o saber expressar desitjos i sentiments, després d'haver reconegut els agents (assertivitat empàtica). L'assertivitat pot desenvolupar-se mitjançant un entrenament adient, que sovint constitueix un element important en els programes de prevenció, per ajudar els adolescents a afrontar les pressions de l'entorn per consumir drogues.

**Avaluació.** Procés sistemàtic i científic de mesura que implica la planificació, la recollida, el processament i l'anàlisi de dades referides a una intervenció. Per tant, inclou un conjunt de procediments sistemàtics que permeten estimar, de forma objectiva, la capacitat d'una actuació, programa, pla o estratègia preventius per obtenir la seva finalitat. En general, i segons el mètode d'avaluació adoptat, permeten estimar l'eficàcia, l'efectivitat, l'eficiència i l'impacte assolit en relació amb els objectius marcats inicialment. Es tracta d'un procediment que ha de considerar-se des de l'inici de la planificació de qualsevol actuació preventiva com a part indispensable.

**Avaluació d'impacte.** Malgrat que sovint es confon amb *avaluació de resultats*, l'avaluació d'impacte considera quins han estat tots els efectes de la intervenció, i no solament els canvis obtinguts segons els objectius establerts en la població destinatària. Per exemple, els efectes –favorables o no– que ha tingut un programa d'educació sobre drogues a l'escola en les famílies de l'alumnat destinatari del programa.

**Avaluació de resultats.** Estudi que té com a objectiu mesurar els efectes atribuïbles a l'aplicació d'una actuació preventiva, prenent com a referència els resultats esperats (objectius). Pot plantejar-se a curt termini (immediatament després d'acabar la intervenció), a mitjà termini (als 12-18 mesos de finalitzada la intervenció), o a llarg termini (24 mesos o més després de finalitzada la intervenció).

**B**

**Banc d'instruments d'avaluació de programes preventius.** Fons documental que ofereix un ventall d'instruments que faciliten la planificació d'una actuació. Permet la mesura de la situació inicial (abans de començar l'actuació), i planificar l'avaluació (establir objectius, indicadors i definir resultats esperats). Actualment, l'Observatori Europeu de Drogues i Toxicomanies (OEDT), disposa d'un banc d'instruments d'avaluació d'actuacions preventives en anglès i castellà (Evaluation Instruments Bank, a: <http://eib.emcdda.europa.eu>). S'hi poden trobar eines d'avaluació organitzades en les categories següents: avaluació formativa, avaluació de variables mediadores, avaluació de la planificació, avaluació per grups o entorns específics, avaluació sumativa.

**Bases de dades bibliogràfiques especialitzades en prevenció de l'abús de drogues.** Conjunt organitzat de referències i documents rellevants en prevenció (articles, llibres, informació sobre programes preventius i altres documents o recursos). Entre d'altres destaquen les bases de dades següents:

Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA) de l'OEDT, que inclou un nombre extens de programes preventius desenvolupats als països de la UE. Està disponible a: [www.eddra.emcdda.europa.eu](http://www.eddra.emcdda.europa.eu)

La del centre de documentació de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas que inclou publicacions especialitzades en prevenció organitzades per àmbits d'intervenció. Està disponible a: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/home.htm](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/home.htm)

**Beure de forma compulsiva (*binge drinking*).** Consum elevat i puntual d'alcohol en grans quantitats en un període de temps limitat (un dia, una nit, un cap de setmana). Se sol produir associat a les activitats d'oci nocturn i de "marxa". Les persones que només consumeixen els caps de setmana responen a aquest patró de consum.

**Beure de forma controlada.** Consum moderat de begudes alcohòliques per evitar la intoxicació o consumde risc. Se sol utilitzar quan hi ha alguna raó per qüestionar la capacitat de controlar el volum de beguda ingerida com ara passa en persones que mostren signes de dependència alcohòlica.

**Bevedor no problemàtic.** Persona que, pel que fa al consum de begudes alcohòliques, respon al perfil següent: té més de 18 anys, presenta un estat nutricional adequat, la quantitat d'alcohol consumit no supera els límits considerats acceptables per les autoritats de salut (per a homes i per a dones), no presenta episodis d'embriaguesa, consum en situacions en què no posa en risc la seva integritat o la d'altres persones, no presenta problemes familiars o laborals relacionats amb la beguda, no depèn de l'alcohol per comunicar-se, desinhibir-se, alegrar-se o gaudir d'una festa; no presenta patologies que s'agreguin o descompensin amb la ingesta d'alcohol, i si és dona, no beu si està embaassada o en període de lactància.



**Bevedor problemàtic.** Persona que, pel que fa al consum de begudes alcohòliques, presenta, o ha presentat en algun moment, un o més problemes relacionals amb el consum de begudes alcohòliques, com per exemple: conduir un vehicle després d'haver begut, ha sofert algun accident relacionat amb el consum d'alcohol, té o ha tingut alguna complicació de salut relacionada amb el consum, o té problemes de conducta, de relacions familiars o laborals, per la mateixa causa.

**Biaix.** Desviació de les dades d'un estudi o de les deduccions que se'n deriven, que allunyen els resultats de la realitat. Poden produir-se durant la selecció de la mostra (per exemple, quan es busca una mostra representativa de la població que es vol estudiar, però no s'aconsegueix i malgrat tot es desenvolupa l'estudi). Poden també derivar-se de la utilització d'instruments de mesura inapropiats o no validats, d'una recollida de dades deficient, o d'errors en l'anàlisi i la interpretació dels resultats.

## C

**Capacitació per a la salut (*empowerment for health*).** Procés proposat per l'OMS, des del model de promoció de la salut, pel qual les persones adquireixen un control més gran, tant sobre els condicionants externs com sobre les decisions personals que afecten el seu estat de salut. Pot facilitar-se des de les administracions públiques responsables de la salut i permet seguir un procés de capacitació per expressar necessitats, plantejar preocupacions, participar en processos de participació estratègica per respondre a les necessitats identificades.

**Cobertura.** Percentatge de persones beneficiàries o protegides per un recurs, programa o actuació destinat a afrontar les conseqüències no desitjables d'un fenomen. Permet avaluar fins a quin punt la intervenció o el servei arriben a tota la població que potencialment el necessiten. S'expressa com la proporció de persones a les quals s'ha arribat de totes a les quals s'hauria d'haver arribat.

**Cohort.** Fa referència als membres d'una població nascuts en un moment donat (per exemple durant un any). Permet identificar-los de forma que es poden fer estudis de seguiment de les diverses característiques que presenten a mesura que avança el temps.

**Comorbiditat.** Malaltia o conjunt de malalties que coexisteixen en una mateixa persona que s'està estudiant o amb la qual s'està fent una intervenció a causa d'un altre problema de salut. És sinònim del terme *morbidity conjunta*.

**Consum de drogues.** Terme que algunes vegades s'utilitza com a sinònim de *consum no perjudicial de drogues*, com ara és el cas del consum de medicaments sota prescripció facultativa. També podria incloure el consum d'alcohol en dosis baixes per part de persones que per la seva edat i estat de salut no facin previsible cap efecte nociu. En altres casos, s'utilitza com a sinònim d'abús de drogues.

**Consum controlat de drogues.** Manteniment d'un consum regular, no compulsiu, de substàncies psicoactives, que no interfereix amb el funcionament quotidià de la vida d'una persona. Pot ser el resultat de la utilització d'un mètode de reducció de riscos que minimitza els efectes adversos de la droga consumida.

## E

**Educació per part dels iguals (*peer education*).** Utilització, com a educadors, de persones d'igual edat i/o iguals característiques que la població beneficiària d'una intervenció, amb la finalitat de desenvolupar actuacions d'educació sobre drogues en el marc escolar. També s'utilitzen persones consumidores de drogues per educar altres sobre com abandonar o reduir el consum, o bé consumir de forma més segura.

**Efectivitat (*effectiveness*).** Grau en el qual una determinada intervenció, procediment o servei, desenvolupats en condicions habituals (reals) assoleix els resultats que pretén assolir.

**Eficàcia (*efficacy*).** Grau en el qual una determinada intervenció, procediment o servei, desenvolupats en condicions ideals (o de laboratori) assoleix els resultats que pretén assolir. L'avaluació de l'eficàcia és, doncs, el resultat d'un assaig aleatori controlat.

**Eficiència (*efficiency*).** Resultat assolit per una determinada intervenció, procediment o servei en relació amb l'esforç esmerçat en termes de recursos econòmics, humans o temporals. Permet identificar i escollir la intervenció, procediment o servei que, comparat amb altres alternatives possibles, aconsegueix el mateix grau d'efectivitat o d'eficàcia amb el menor cost possible. Per tant, permet invertir i gestionar els recursos públics de la manera més adient possible.

**Epidemiologia.** Ciència que permet la investigació d'aspectes socio-sanitaris de gran rellevància. Permet estudiar l'ocurrència i la distribució d'estats o esdeveniments relacionats amb la salut i els factors amb els quals s'associen, o els determinen, en poblacions definides. Ha estat la base del desenvolupament de la salut pública, i és una ciència també indispensable en prevenció.

**Equitat en salut.** Situació mitjançant la qual totes les persones que pertanyen a una mateixa societat gaudeixen d'igualtat d'oportunitats per exercir el dret a mantenir i tenir cura de la seva salut, mitjançant un accés just als programes i serveis socio-sanitaris disponibles, com també a tots aquells recursos que faciliten l'adopció d'estils de vida saludables. L'estratègia socio-sanitària d'un país ha de tenir en compte criteris d'equitat si pretén assolir una millora significativa de la salut de tots els grups socioeconòmics que integren la seva població.

**Esperança de vida (*life expectancy*).** Mesura la mitjana d'anys que s'espera que vis-

qui una persona en el moment de néixer, si es mantenen les taxes de mortalitat existents en aquell moment. S'utilitza com indicador de la salut global d'una població.

**Estratègia.** En l'àmbit sociosanitari descriu les característiques que orienten i proporcionen la base d'una actuació política o tècnica d'abast ampli.

**Estudi descriptiu.** Investigació centrada a explicar el valor i la distribució de les variables explorades, sense analitzar les relacions o associacions que hi ha entre aquestes variables.

**Estudi de cohorts o estudi longitudinal.** Estudi observacional en el qual la mostra es determina segons la presència o l'absència d'una determinada característica o exposició a un factor o factors que, suposadament, poden influir en la probabilitat d'aparició d'un determinat efecte. S'estableixen dos grups de persones lliures de la condició per estudiar (l'efecte no s'ha produït), mentre un està exposat al factor que es vol estudiar i l'altre no, i ambdós grups se segueixen durant un temps determinat (normalment, anys) amb la finalitat d'observar l'aparició de l'efecte que es vol estudiar i examinar les relacions existents entre les variables d'interès.

**Estudi de cohorts retrospectiu.** Estudi de cohorts realitzat mitjançant la reconstrucció de dades sobre persones i fets que van tenir lloc en el passat, quan ja s'ha produït el fet que es vol estudiar. La recollida d'aquestes dades es fa utilitzant els registres sanitaris disponibles. Serveixen per determinar l'estat actual de salut o preveure'n el futur de la cohort de població estudiada.

**Estudi experimental.** Investigació que, en oposició amb l'estudi observacional, permet controlar, manipular i crear les condicions necessàries per poder avaluar l'efecte d'una acció o intervenció en un nombre determinat de persones, i amb la intenció d'evitar o disminuir les possibles fonts d'error o biaix, així com assolir que la variació en factors diferents del que interessa per a l'estudi sigui al més petita possible. El paradigma d'aquests estudis és l'assaig clínic controlat.

**Estudi observacional.** Investigació epidemiològica en la qual no es pot controlar la variable d'exposició, l'acció o la intervenció d'interès de l'estudi. L'investigador segueix l'evolució natural dels fenòmens i recull la informació que pretén analitzar. És sinònim d'*estudi no experimental*.

**Estudi prospectiu.** Es tracta d'una investigació longitudinal, que pot ser observacional o experimental, en la qual la selecció de les persones subjectes a estudi es realitza abans que es presenti el fenomen o esdeveniment d'interès.

**Estudi retrospectiu.** Es tracta d'una investigació longitudinal observacional, en la qual els esdeveniments que són l'objecte de l'estudi ja s'han produït quan s'inicia la selecció de les persones subjectes de l'estudi.

**Estudi transversal o de prevalença (*cross-sectional study*).** Estudi observacional de caràcter descriptiu o analític que identifica problemes o fets que afecten la salut en un punt o període de temps determinant. Contràriament al que fa un estudi lon-

gitudinal, examina les relacions entre les variables d'interès d'una població en un moment determinat. Brinda informació descriptiva i permet formular hipòtesis que posteriorment podran ser comprovades per altres estudis.

**Etiologia.** Ciència que s'ocupa de l'estudi de les causes de determinats fenòmens. Actualment, disposem de suficient evidència per saber que els problemes relacionats amb el consum i l'abús de drogues són fenòmens d'etiologia múltiple. I que, malgrat que s'han establert associacions importants entre el desenvolupament d'aquests problemes i diferents variables de caire molt divers (factors de risc), no es disposa de suficient evidència com per poder establir relacions causals.

**Evidència.** En un sentit ampli, aquest terme fa referència a qualsevol informació objectiva i objectivable que determina o demostra la veritat d'una asseveració que, desprovista d'aquesta informació objectiva, podria ser falsa. En l'àmbit preventiu, el terme *prevenció basada en l'evidència* fa referència a tota la informació obtinguda a través de mètodes científics per descriure certs aspectes altament rellevants per a la pràctica preventiva. Concretament, la *prevenció basada en l'evidència* té com a finalitat descriure aquells aspectes de la prevenció que depenen d'anàlisis empíriques sobre els factors de risc associats a l'aparició de problemes relacionats amb el consum de drogues, així com descriure l'eficàcia i l'efectivitat (és a dir, els beneficis) de l'aplicació d'intervencions preventives amb la finalitat de prendre decisions informades sobre les millors opcions preventives disponibles.

## F

**Factors de protecció.** Són aquelles característiques de caràcter individual, ambiental o social que redueixen la probabilitat que una persona s'impliqui en el consum de drogues o que aquest consum arribi a causar problemes importants, a ella o a altres persones. La presència de factors de protecció atenua l'impacte dels factors de risc, però no són la part oposada d'un mateix continu. Hi ha factors de protecció individuals (tenir habilitats socials, capacitat d'adaptació, estabilitat emocional, capacitat de resolució de problemes, autoimatge positiva, etc.); factors de protecció familiars (existència de vincles afectius positius, suport familiar, una gestió parental clara, bona relació família-escola, etc.); factors de protecció escolars (vincles afectius positius amb el professorat, suport per part de l'escola, regles de conducta clares, participació de l'alumnat en les tasques i decisions escolars, etc.); factors de protecció de l'entorn proper (implicació del grup d'iguals en tasques prosocials, existència de vincles afectius positius amb instàncies socialitzadores com associacions no governamentals, etc.).

**Factors de risc.** Són aquelles característiques de caràcter individual, familiar, ambiental o social que incrementen la probabilitat que una persona s'impliqui en el consum de drogues o que aquest consum arribi a causar problemes importants,

bé de caràcter conductual (conductes desadaptatives, problemes relacionals, etc.), sanitari (morbidity o mortalitat evitables) o social (violència, aldarulls, etc.). Hi ha factors de risc individuals (períodes vitals més vulnerables són, en general, tots els que impliquen una transició entre etapes vitals, l'inici precoç del consum d'alguna droga, cerca de noves sensacions, impulsivitat, necessitat d'acceptació en el grup d'iguals, agressivitat, baixa percepció del risc, sobrevaloració del consum real a l'entorn social general, etc.); factors de risc familiars (baixa cohesió familiar, conflictes parentals, deficient gestió normativa, consum de drogues per part dels adults, o actituds tolerants vers el consum, manca de comunicació entre la família, disponibilitat alta de diners de "butxaca" etc.); factors de risc escolars (l'absentisme, el fracàs escolar, l'existència d'un clima escolar negatiu o violent, etc.); factors de risc de l'entorn proper (implicació del grup d'iguals en tasques prosocials, existència de vincles afectius positius amb instàncies socialitzadores com associacions no governamentals, etc.), i factors de risc de l'entorn social general (l'elevada disponibilitat i accessibilitat a les drogues, les pressions del mercat de cada droga independentment del seu estatus legal, l'extrema deprivació social i la manca de recursos i equipaments socials, la tolerància social vers el consum de drogues legals, el consumisme, les actituds discriminatòries vers poblacions en situació de vulnerabilitat social, etc.).

**Factors de risc i grup d'iguals.** S'ha vist que hi ha una relació entre l'inici del consum de drogues i el grup d'iguals. En el passat es va arribar a assenyalar que el consum per part del grup era el factor de risc més important per a l'inici del consum de drogues. Més endavant s'ha vist que no totes les persones són igualment influenciables per la pressió –real o percebuda– del grup i que hi ha relacions d'influència recíproca entre l'individu i el grup, és a dir, les persones tenen també tendència a relacionar-se amb grups que els són afins.

**Família.** La família és el primer grup social de pertinença. Actualment hi ha un ventall ampli de situacions familiars diverses que impossibilita una sola definició de família, però aquesta diversitat no resta importància a la funció principal que totes les opcions comparteixen: la de donar suport afectiu i emocional als seus membres i desenvolupar una funció de socialització clau per a cada persona, i contribuir al seu creixement emocional, cognitiu i social. Els models principals de família actualment vigents són famílies plurinuclears o extenses en les quals conviuen diverses generacions i parents de divers grau en una mateixa llar; famílies nuclears integrades exclusivament per una parella heterosexual o homosexual amb fill/s; famílies de nucli estricte formades per una parella de persones sense descendència; famílies monoparentals en les quals un progenitor (pare o mare) viu amb els fills; famílies reconstituïdes, formades per progenitors que tenen una família prèvia a l'actual i per tant conviuen fills d'anteriors unions, i famílies d'acollida generalment nuclears que amb la mediació de

l'Administració pública acullen temporalment fills que no poden ser atesos adequadament per la seva família biològica. Pel que fa a les drogues, les actituds dels pares/mares o tutors en relació amb l'alcohol, el tabac i altres drogues són un factor de gran influència en la posterior conducta dels fills en relació amb les drogues.

## G

**Generalització.** Grau en què els principis, els models i els resultats de la investigació són aplicables a altres poblacions.

**Grup de control.** En un disseny experimental, és el grup que –presentant les mateixes característiques de partida– no està exposat a la intervenció preventiva, i per tant, serveix de comparació a l'hora de valorar els resultats de la intervenció.

**Habilitats socials.** Capacitats i recursos personals, interpersonals, cognitius, emocionals i físics que permeten a les persones controlar i dirigir la seva vida, facilitant la capacitat de viure en el seu entorn i contribuint a modificar-lo.

## I

**Implantació.** Procés complex i multietàpic mitjançant el qual s'aplica un pla, un programa o una activitat de prevenció.

**Incidència.** Nombre de casos nous que es produeixen d'un determinat fenomen o problema en una població definida i en un termini concret. Generalment, s'expressa com a taxa d'incidència, és a dir, el nombre de casos és el numerador i la població en situació de risc és el denominador. Normalment, les taxes d'incidència es presenten de forma estandarditzada, com ara nous casos a l'any per cada 100.000 habitants.

**Indicador d'avaluació.** Variable, susceptible de ser mesurada directament o indirectament que permet examinar una situació abans de començar qualsevol intervenció preventiva, fixar-ne els objectius, i al final, valorar els resultats obtinguts sobre la base dels objectius inicialment marcats. És a dir, permet mesurar els canvis que s'han produït respecte a la situació inicial, que siguin atribuïbles a la intervenció.

**Instruments d'avaluació.** Són eines especialment dissenyades per a la recollida de dades (indicadors/variables), i generalment tenen forma de qüestionari.

**Intercanvi de xeringues.** Intervenció preventiva que té com a finalitat reduir la transmissió de malalties infeccioses a través de la sang. Inicialment, es va desenvolupar com una resposta a l'aparició del VIH/sida i s'estengué a tots els països on el consum de drogues com l'heroïna es feia per via parenteral. Implica la distribució de xeringues estèrils a canvi de xeringues utilitzades. Si bé en la pràctica no sempre és imprescindible l'intercanvi i les xeringues estèrils són distribuïdes gratuïtament o a cost baix.

**Intervenció breu.** Estratègia de prevenció selectiva, indicada i determinada per la qual la intervenció s'estructura en un nombre limitat de sessions de curta durada (entre 3 i 30) i que s'ofereix per promoure la reducció o la interrupció del consum d'alcohol, tabac o altres drogues. També apareix en la bibliografia com a *intervenció mínima*.

**Intervenció del grup d'iguals (*peer intervention*).** Intervenció en la qual els iguals assessoren o presten alguna intervenció preventiva de manera sistemàtica i continuada. Pot desenvolupar-se en programes de carrer o d'oci i temps lliure.

**Investigació qualitativa.** És un dels dos enfocaments principals d'investigació en ciències socials: la recerca qualitativa i la quantitativa. La investigació qualitativa proposa mètodes sistemàtics per aprofundir en el coneixement de la conducta humana i les raons que la regeixen. Per exemple, investiga la percepció subjectiva del perquè i el com de la presa de decisions. Requereix mostres petites i categoritza les dades recollides en patrons com a base primària d'organització i presentació de resultats.

**Investigació quantitativa.** Terme que sol utilitzar-se en el marc de les ciències socials per descriure un dels dos enfocaments principals d'investigació en ciències socials i el principal en ciències de la salut. Permet operacionalitzar i quantificar qualsevol indicador de caràcter qualitatiu per estudiar-ne tots els aspectes i relacions rellevants que en permetin la descripció i la interpretació. L'objectiu de la investigació quantitativa és desenvolupar i aplicar models matemàtics sobre la base de teories i hipòtesis per descriure i/o explicar qualsevol fenomen. El control acurat dels processos de mesura constitueix el cor central de la investigació quantitativa.

## M

**Marc teòric o model conceptual.** És la representació abstracta de les relacions (lògiques, analítiques o empíriques) que hi ha entre els components d'un sistema. Es tracta de l'expressió formalitzada d'una teoria o model explicatiu sobre la gènesi i l'evolució del consum de drogues. La qualitat del model teòric depèn de l'evidència acumulada a través de la investigació que sustenta el model. Tota intervenció preventiva requereix basar-se en un model conceptual.

**Mediador o agent de prevenció.** És la persona, professional o no, que facilita l'execució de les activitats preventives. En general, la seva missió no és la de transmetre coneixements sinó facilitar les eines i els mètodes que han de permetre l'assoliment dels objectius preventius en la població beneficiària del programa. Tant si es tracta de professionals com si no, cal que hagin seguit un procés de formació de qualitat per desenvolupar la seva funció preventiva de forma efectiva.

**Metaanàlisi.** Procés sistemàtic que utilitza mètodes estadístics per combinar, avaluar i analitzar conjuntament els resultats de diversos estudis experimentals i independents entre si. Inclou l'aplicació d'uns criteris de qualitat per discriminar quins estudis s'inclouen i quins s'exclouen. Els objectius principals d'una metaanàlisi

són revisar de manera crítica els estudis publicats sobre un tema específic; investigar la relació existent entre variables, i augmentar la precisió i la potència de les estimacions de l'efecte d'un mètode d'intervenció sobre les variables que s'estudien.

**Mètode.** Conjunt de procediments que se segueixen en una investigació o en l'aplicació d'un programa d'intervenció i que explicita la forma en què aquestes actuacions s'han de desenvolupar. Inclou l'atenció als procediments, els passos, els recursos necessaris, així com la forma en què s'organitzen tots aquests elements.

**Metodologia.** Ciència que estudia els mètodes o procediments utilitzats per assolir uns objectius concrets. No s'ha de confondre amb el terme *mètode*, malgrat que erròniament la paraula *metodologia* s'empra freqüentment en lloc de *mètode*.

**Mostra (*sample*).** Un segment d'un cos més gran o d'una població completa. Pot ser definida per procediments aleatoris, i segons el mètode d'obtenció, pot ser representativa o no de la població estudiada.

## O

**Odds ratio (OR).** En els estudis de casos i controls, proporciona una aproximació al valor del risc relatiu, si la prevalença d'una condició o problema no és excessivament alta i l'error de mostra petit. Permet estimar la probabilitat que els casos del grup experimental estiguin exposats al factor d'estudi en comparació de la probabilitat que ho estiguin els casos del grup de control.

## P

**Paradigma.** Conjunt de principis filosòfics, valors i normes que expressen una teoria científica o socialment admesa i acceptada en un moment històric concret.

**Pla d'acció.** Trasllat del mapa conceptual representat per un model lògic a una proposta operativa concreta. Per això permet detallar les tasques clau que han de ser desenvolupades, així com les mesures dels resultats esperats. Un pla d'acció ha d'incloure *a)* el marc conceptual de partida; *b)* els objectius esperables; *c)* els mètodes i les activitats que constituïran el pla, inclosos els mètodes i els instruments d'avaluació previstos; *d)* el tipus i la quantitat de recursos materials, humans i temporals necessaris; *e)* els aspectes competencials; *f)* preveure els aspectes relacionats amb la coordinació de recursos i *g)* el calendari d'aplicació.

**Població diana o beneficiària (*target population*).** Grup de persones a les quals s'adreça una actuació o servei.

**Població en situació de risc.** Grup de població que, a causa de circumstàncies diverses, es troba més exposat a un o més factors de risc per desenvolupar problemes relacionats amb les drogues que qualsevol persona de la població general. Freqüentment, s'utilitza de manera inadequada l'expressió *població de risc*, que no és



apropiada perquè la major part de factors de risc no són intrínsecs sinó circumstancials. El concepte de *risc* implica solament l'existència d'una probabilitat relativa, i mai una certesa pel que fa a un determinat resultat. Per tant, la identificació d'una persona com *de risc* és inadequada i perillosa ja que pot portar a estigmatitzacions socials. No hi ha persones ni poblacions *de risc*, sinó persones o poblacions que estan *en situació de risc*, és a dir, en condicions que augmenten les probabilitats que es produeixin problemes relacionats amb les drogues.

**Política preventiva.** Conjunt d'estratègies, plans, programes i activitats engegats per un govern, a través de l'Administració pública, per aconseguir els objectius preventius prèviament establerts i definits en estratègies i plans d'actuació.

**Prevalença.** Nombre de casos que presenten una determinada característica, conducta o problema en una població determinada i en un moment donat. S'expressa com una proporció. En el numerador es troben els casos que presenten la característica estudiada i en el denominador, el total de la població en la qual s'inclouen els casos. Es poden expressar casos prevalents per cada 100, 1.000, o 100.000 casos, etc. segons la magnitud.

**Problemes relacionats amb les drogues.** Qualsevol de les conseqüències indesitjables relacionades amb el consum de drogues. *Relacionades* no necessàriament implica causalitat. Els principals problemes relacionats amb les drogues a la nostra societat són d'ordre sanitari (morbidity i mortalitat prematures i, per tant, evitables).

**Programa de prevenció.** Conjunt estructurat i coordinat d'activitats que es realitzen segons el coneixement d'unes necessitats prèviament identificades. El coneixement de les necessitats existents permet la determinació d'uns objectius establerts, d'uns indicadors associats a cada objectiu i d'un mètode d'avaluació per saber si al final s'han obtingut els resultats esperats (objectius). Perquè sigui factible cal tenir en compte els recursos necessaris i els disponibles, com també la definició dels mètodes que s'utilitzaran per completar les activitats prèviament determinades.

**Qualitat en prevenció.** La qualitat en prevenció ve determinada pel compromís en la cerca i la utilització de programes provadament efectius. A més d'aquesta condició inicial, cal que el programa parteixi d'un coneixement exacte de les necessitats existents, la prioritització d'objectius, la utilització de models, mètodes i activitats coherents amb les necessitats, que a més siguin conceptualment lògiques, que hi hagi coherència entre els objectius, l'organització i la temporalització del programa, i la previsió d'un sistema de recollida de dades que garanteixi la factibilitat del pla d'avaluació previst.

## R

**Reducció de danys.** Es tracta d'un enfocament que sustenta les polítiques i els programes que tenen com a finalitat disminuir significativament les conseqüències negatives resultants del consum d'alcohol, tabac i altres drogues, tant per a les

persones de forma individual com per a la comunitat en general, sense requerir necessàriament l'abstinència.

**Reducció de riscos.** Es tracta d'un enfocament que sustenta les polítiques i els programes que tenen com a finalitat disminuir els riscos de patir danys associats al consum de drogues.

**Revisió per parells (*peer review*).** Procés de revisió d'estudis enviats per ser publicats en revistes científiques o resums per a la presentació en congressos científics. En aquest mètode de revisió, dos o més professionals experts en el camp de l'estudi, valoren la qualitat científica i el mètode emprat en la investigació presentada. La valoració final depèn de més d'una valoració.

**Risc atribuïble.** Taxa d'ocurrència d'un problema en individus exposats a sofrir-ne les conseqüències potencials derivades d'aquesta exposició. Diferència entre les taxes d'incidència en les persones exposades i les no exposades, i assumir que la resta de variables exerceixen el mateix pes en tots dos grups. Permet apreciar millor les conseqüències quantitatives de l'exposició al factor de risc per al conjunt de la població afectada.

**Risc relatiu.** És la raó existent entre la incidència d'una condició o problema sociosanitari en un grup de població exposat a un factor de risc i la incidència del problema en el grup no exposat. Indica la probabilitat que una condició o problema sociosanitari es desenvolupi en el grup exposat en relació amb el grup no exposat. Un risc relatiu d'1 indica que no hi ha relació entre el factor d'estudi i la condició o problema sociosanitari estudiat. Si és significativament més gran que 1, hi ha una associació positiva, i si és significativament més petit que 1, l'associació és negativa.

## S

**Salut.** A la constitució de l'OMS (1948), es defineix la *salut* com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament com l'absència de la malaltia. Més endavant, amb el desenvolupament del model de promoció de la salut, la salut és considerada com un dret humà fonamental, a més de com un mitjà per aconseguir que les persones gaudeixin d'una vida individualment, socialment i econòmicament gratificant i productiva. L'OMS, en la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut, destaca l'existència de determinades condicions prèvies per assolir la salut, que inclouen la pau, la disponibilitat d'aliments i recursos econòmics suficients, d'habitatge, d'un ecosistema estable i de la utilització sostenible dels recursos existents.

**Significació estadística.** La possibilitat de generalitzar a una població la relació entre variables d'un estudi. Es diu que aquesta relació és estadísticament significativa quan la seva presència és tan freqüent que justifica –amb una probabilitat determi-

nada— la hipòtesi que aquesta relació no es pugui atribuir a l'atzar. Generalment, el nivell de significació estadística es constata mitjançant el valor de  $p$ , i té relació amb el rebuig de la hipòtesi nul·la.

**Sistema d'informació.** Un sistema d'informació és un conjunt de procediments de recollida de dades de forma sistemàtica i continuada. Tot sistema d'informació ha d'identificar, seleccionar i/o definir la informació que ha de recollir en forma d'indicadors. En l'àmbit preventiu, l'existència de sistemes d'informació proporcionen informació rellevant per a la prioritització d'actuacions, la planificació de programes i la seva millora; promouen i faciliten l'avaluació dels plans i programes preventius.

**Sostenibilitat.** Capacitat pròpia d'un programa per continuar a llarg termini, fins i tot quan canvien o desapareixen les fonts principals de finançament disponibles inicialment.

## T

**Taxa (*rate*).** És la mesura que indica la freqüència d'aparició d'un fenomen en un temps determinat (per exemple: anualment). Permet realitzar comparacions entre poblacions en diferents moments i llocs. Els components d'una taxa són el numerador, el denominador, el temps específic en què es produeix el fenomen i, generalment, un factor multiplicador (una potència de 10), per oferir nombres enters. Si el numerador està inclòs en el denominador es parla de *proporcions*.

**Treball de carrer (*outreach work*).** Activitat de l'àmbit comunitari que té com a objectiu facilitar la millora de la salut i la reducció dels riscos o dels danys relacionats amb el consum de drogues per a persones a les quals no es pot arribar a través de programes o serveis convencionals. El treball de carrer pot ser independent (quan es desenvolupa al carrer o altres llocs públics com clubs, hotels, bars, etc.); ambulatori (quan es desenvolupa en el marc d'alguna organització com cases d'acollida, centres juvenils, escoles, presons, etc.); o domiciliari (quan es du a terme a la llar de la persona beneficiària).

**Transferència de tecnologia.** És l'acció i l'efecte de difondre els resultats de la investigació científica tant entre la comunitat científica, com entre els agents de prevenció que apliquen les intervencions. Facilita que els avenços científics permetin avenços significatius en els procediments de treball i en la millora de les eines de treballs preventius. La connexió entre la investigació i la pràctica no és una tasca fàcil, i requereix l'aplicació explícita d'una política de transferència de tecnologia. Cal que les institucions i els departaments d'investigació proporcionin una infraestructura de suport als estudis de recerca aplicada i epidemiològica, i per tant cal que incloguin els programes i serveis preventius com a socis dels projectes d'investigació. En general, qualsevol estratègia que intenti apropar a la pràctica els avenços

derivats de la investigació ha d'engegar *a)* estratègies d'aproximació entre recerca i pràctica; *b)* estratègies per donar coherència al triangle: resultats de la investigació –definició de polítiques– i implantació de programes; *c)* estratègies per al desenvolupament sostingut de la investigació; *d)* estratègies de difusió i transmissió del coneixement; *e)* estratègies per a la participació dels usuaris, i *f)* estratègies de formació dels professionals del sector.

**Trastorn del comportament (*conduct disorder*).** Trastorn de la conducta en el qual s'observa un patró repetitiu i persistent d'actuacions que vulneren els drets d'altres persones o les normes bàsiques de convivència social.

## U

**Unitat de beguda estàndard (UBE).** Per tal de simplificar els processos de conversió de les diferents begudes alcohòliques en una unitat d'equivalència i amb la finalitat de possibilitar la comparabilitat entre diferents poblacions, organitzacions internacionals com l'OMS, i nacionals com el Ministeri de Sanitat i Consum, han proposat mesurar el consum d'alcohol a través d'unitats estandarditzades de beguda com la unitat de beguda estàndard (UBE). El càlcul del consum d'alcohol en UBE es realitza de forma senzilla: una cervesa, un got de vi o un aperitiu equival a 1 UBE, mentre que una consumició de begudes destil·lades equival a 2 UBE. La conversió d'una UBE a ml/cc es realitza multipliquen el valor de l'UBE per 12,5.

## GLOSSARI DE SIGLES

## GLOSSARI DE SIGLES

### A

**AAP.** American Academy of Pediatrics (EUA)

**ABS.** Àrea bàsica de salut

**AMA.** American Medical Association (EUA)

**AMPA.** Associació de mares i pares d'alumnes

**ANEPA.** Asociación Nacional de Entidades Preventivas Acreditadas (en l'àmbit laboral)

**AP.** Atenció primària

**APS.** Atenció primària de salut

**ASPA.** Federació de Serveis de Prevenció Aliens (en l'àmbit laboral)

**ASPCAT.** Federació Catalana de Serveis de Prevenció Aliens (en l'àmbit laboral)

**AUDIT.** Qüestionari d'identificació dels trastorns a causa del consum d'alcohol

### C

**CAC.** Consell Audiovisual de Catalunya

**CAP.** Centre d'atenció primària

**CAS.** Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències

**CAGE.** Nom derivat de les quatre preguntes que componen el test

**CDC.** Center for Disease Control (EE.UU.)

**CCOO** Comissions Obreres

**CNPT.** Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

**CRAE.** Centre residencial d'acció educativa

**CRAFFT.** *Test, care, relax, alone, forget, friends, trouble*

**CSAP.** Center of Substance Abuse Prevention (EUA)

**CSM.** Centre de salut mental

**CSMIJ.** Centre de salut mental infantil i juvenil

### D

**DARE.** Database of Abstracts of Review on Effectiveness

**DAFO.** Estudi de debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats

**DGAIA.** Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

**DGPNSD.** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

**DGJJ.** Direcció General de Justícia Juvenil

**DRA.** Dispensació responsable de begudes alcohòliques

### E

**EAC.** Estatut d'autonomia de Catalunya

**EAIA.** Equip d'atenció a la infància i adolescència

**EAP (en l'àmbit educatiu).** Equip d'assessorament i orientació psicopedagògica

**EAP (en l'àmbit dels serveis de salut).** Equip d'atenció primària

**EDDRA.** Exchange on Drug Demand Reduction Action de l'EMCDDA /OEDT.

**EP.** Empreses públiques

**EMCDDA.** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (vegeu OEDT)

**EM.** Estat membre de la Unió Europea

**ERIC.** Educational Resource Information Center

**EUA.** Estats Units d'Amèrica

## F

**FAD.** Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

**FIS.** Fondo de Investigación Sanitaria

**FUA.** Formació d'usuaris en actiu

## I

**IES.** Institut d'ensenyament secundari

**IDES.** Institut d'Estudis de la Seguretat (en l'àmbit laboral)

**IMAS.** Institut Municipal d'Assistència Sanitària (Barcelona)

**IMHPA.** Implementing Mental Health Promotion Action

**IMIM.** Institut Municipal d'Investigació Mèdica (Barcelona)

**ISCA.** Interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics

**ITS.** Infecció de transmissió sexual

## L, M

**LOE.** Ley Orgánica de Educación

**MMCC.** Mitjans de comunicació social

**MRO.** Medical Reviewer Officer

**NIAAA.** National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (EUA)

## N, O

**NICE.** National Institute for Health and Clinical Excellence (Regne Unit)

**NIOSH.** National Institute of Security and Health (EUA)

**OEDT.** Observatori Europeu de Drogues i Toxicomanies (vegeu EMCDDA)

**OF.** Oficina de farmàcia

**OIT.** Organització Internacional del Treball

**OMA.** Observatori de Medicaments d'Abús

**OTD.** Òrgan Tècnic de Drogedependències

**P**

- PAIMM.** Programa d'atenció integral al metge malalt
- PAPPS.** Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut
- PEPSE.** Promoció i educació per la salut a l'escola
- PIJ.** Punt d'informació juvenil
- PIX.** Programa d'intercanvi de xeringues
- PNJCAT.** Pla nacional de joventut de Catalunya
- PMM.** Programa de manteniment amb metadona
- PNSD.** Plan Nacional sobre Drogas
- PPA.** Plataforma Pro Afters
- POSIT.** Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers
- PR.** Prevenció de recaigudes
- PTMS.** Persona amb trastorns mentals greus

**R, S**

- RD.** Reducció de danys
- RdR.** Reducció de risc
- SCSMT.** Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball
- SM.** Salut mental
- SOD.** Servei d'Orientació en Drogodependències (Ajuntament de Barcelona)

**T**

- TIC.** Tecnologies de la informació i la comunicació
- TMS.** Trastorn mental greu
- TSI.** Targeta sanitària individual
- TSN.** Teràpia substitutiva de nicotina

**U**

- UE.** Unió Europea
- UEC.** Unitat d'escolarització compartida
- UDVP.** Usuari de drogues per via parenteral
- UNESCO.** Organització de les Nacions Unides per l'Educació, la Ciència i la Cultura
- UHD.** Unitat hospitalària de desintoxicació
- USL.** Unitat de salut laboral

**V, X**

- XAD.** Xarxa d'Atenció a les Drogodependències
- XHUP.** Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública



# ACTORS DE LA ESTRATÈGIA

## ACTORS DE L'ESTRATÈGIA

### EQUIP

#### ORGANITZADOR

##### **Director**

Joan Colom Farran  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

##### **Responsable**

Maria Estrada Ocón  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

##### **Cos tècnic**

Lourdes Bassa Requena  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Stephane Leclercq  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Joan Pi González  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Luis Angel Agirre Muxia  
*Col·laborador de la Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

##### **Assessor del procés participatiu**

Guy Giménez  
*Proman Consulting*

##### **Cos administratiu**

Anna Peix Calvo  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Amb el suport de:  
Encarna Moreno Oñate  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Montse Solà Navarro  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Montse Rodríguez Benito  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

### CONSELL

#### DIRECTOR

Andreu Segura Benedicto  
*Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut*

Antonio Marcos López Pulido  
*FAPAES Catalunya*

Assumpta Lluch Cornellans  
*Ajuntament de Mataró*

Begoña del Pueyo Ruiz  
*Punto Radio. Onda Rambla*

Blanca Carcolé Batet  
*Servei Municipal de Drogodependències de l'Institut de Serveis Socials de Tarragona*

Concepció Mayós Servet  
*Direcció General d'Ordenació i Innovació Educativa. Departament d'Educació*

Gemma Pifarré Matas  
*Subdirecció General de Programació i Avaluació. Departament d'Acció Social i Ciutadania*

Felisa Pérez Anton  
*Associació Benestar i Desenvolupament Coordinadora de Cas*

Francesc Hernández Torres  
*Servei d'Acció Social. Diputació de Barcelona*

Jordi Casals i Prats  
*Secretaria de Joventut. Departament d'Acció Social i Ciutadania*

Izabella Rohlfs  
*Grup KYRIA*

Jaume Funes i Artiaga  
*Psicòleg i Educador. Especialista en el món dels adolescents*

Joan Elias i Garcia  
*Ex Secretari general del Consell Interuniversitari de Catalunya. Departament d'Innovació, Universitats i Empresa*

Joan Guix Oliver  
*Agència de Salut Pública de Barcelona*

Joan Jordi Rossell Casas  
*FAPAC Catalunya*

Joaquim Bayarri i Nogueras  
*Mossos d'Esquadra*

Jordi Camps Martí  
*Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil. Departament de Justícia*

José Carlos Pérez de los Cobos Peris  
*Societat Espanyola de Toxicomanies*

Josep Lluís de Peray Baiges  
*Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut*

Lídia Vidal Viñas  
*Ajuntament de Girona*

Lluïsa Conejos Ara  
*Ajuntament de Lleida*

M. Eugènia Sala Gomez  
*ICASS. Departament d'Acció Social i Ciutadania*

Marta Torrens Mèlich  
*Hospital del Mar*

Mila Barruti Martínez  
*Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil. Associació Institut Genus*

Miquel Casas Brugué  
*Hospital de la Vall d'Hebron*

Mònica Gasol i Tost  
*Consell de l'Audiovisual de Catalunya*

Montse Contel Guillamon  
*Socidrogalcohol*

Montserrat Garcia i Llovera  
*Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. Departament de Justícia*

Montserrat Grané Alsina  
*Pla director de salut mental i Addiccions*

Jaume de Montserrat i Nonó  
*Centre de seguretat i salut laboral de Girona. Departament de Treball*

Oriol Romaní i Alfonso  
*Grup IGIA*

Ramon Prats Coll  
*Programa de Salut Maternoinfantil. Departament de Salut*

Ricard Tresserres Gaju  
*Subdirecció General de Planificació Sanitària. Departament de Salut*

Roberto Flores Fernández  
*EDEX*

Rosa Securun Fuster  
*Unitat de Programes d'Innovació Educativa. Departament d'Educació*

Roser Batlle Suñer  
*Fundació Catalana de l'Esplai*

Soco Mbuy  
*Consell Nacional de la Joventut de Catalunya*

Sònia Algueró González  
*Fundació Mensalus*

Carles Martí Jufresa  
*Federació de Municipis*

Teresa Salvador i Llivina  
*Estudios y Consultoría en Promoción de la Salud*

Tre Borràs Cabacés  
*Coordinadora de CAS*

Xavier Farrés i Fabrè  
*Associació Catalana de Municipis i Comarques*

Xavier Ferré Pérez  
*Fundació Salut i Comunitat*

Xavier Sánchez Pretel  
*Plataforma d'Usuaris de Drogues*

## MEMBRES DELS GRUPS DE TREBALL

### ÀMBIT COMUNITARI

#### Responsables

Rosa López Tejero  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Xavier Majó Roca  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

#### Coordinadores

Carme Iniesta Torres  
*Subdirecció de Programació i Avaluació. Departament d'Acció Social i Ciutadania*

Assumpta Lluch Cornellas  
*Pla municipal de drogodependències. Ajuntament de Mataró*

#### Col·laboradors

Anna Guitart Garcia  
*Agència de Salut Pública de Barcelona*

Antoni Durán Vinyeta  
*Promoció i Desenvolupament Social*

Begoña Suriol Alonso  
*SPOTT Centre Comunitari d'Atenció a Persones amb Drogodependències. Diputació de Barcelona*

Laura Vega Motger  
*SPOTT Centre Comunitari d'Atenció a Persones amb Drogodependències. Diputació de Barcelona*

Lluís Camino Vallhonrat  
*CAS Fontsa*

Marita Ramírez Roca  
*Consell Comarcal del Montsià*

Rafael Carmona Fernández  
*Mossos d'Esquadra ABP Nou Barris*

Xesco Montañez Zarcero  
*Ajuntament de Sant Boi de Llobregat*

### ÀMBIT EDUCATIU

#### Responsable

Lourdes Bassa Requena  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

#### Coordinadors

Anna Prieto Soria  
*Subdirecció General d'Ordenació i Programes Educatius. Departament d'Educació*

Carles Ariza Cardenal  
*Agència de Salut Pública de Barcelona*

#### Col·laboradors

Carles Sedó Luzuriaga  
*Educació per l'Acció Crítica*

Ester Castejón Coronado  
*Subdirecció General d'Ordenació i Programes Educatius. Departament d'Educació*

Eulàlia Sot Rahola  
*Grup Associat de Serveis de Salut*

Eva López de la Plaza  
*CAS Mataró*

Eva Massó Tamayo  
*CAS Teresa Ferrer*

Isabel Matas Salla  
*Serveis d'Esplais*

Jordi Camps Martí  
*Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil. Departament de Justícia*

Margarita Coll Falgàs  
*Programa Salut i Escola. Departament de Salut*

Maria José Morcillo Buscató  
*Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Departament d'Acció Social i Ciutadania*

Teresa Peñafiel Ramírez  
*IES Joan Miró*

Xesca Arqués Sendra  
*Ajuntament de Reus*

### ÀMBIT FAMILIAR

#### Responsable

Norma Garriga Garriga  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

#### Coordinadors

Rosa Suárez Vázquez  
*CEPS Centre d'Estudis sobre la Promoció de la Salut*

Xavier Pedrós Cortasa  
*Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil. Departament de Justícia*

#### Col·laboradors

Amparo Junquero Valle  
*SPOTT Centre comunitari d'Atenció a Persones amb Drogodependències. Diputació de Barcelona*

Cristina Brullet Tenas  
*Facultat de Sociologia UAB*

Jaume Larriba Montull  
*Promoció i Desenvolupament Social*

Josep Maria Suelves Joanxich  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Mariona Corbella Virós  
*Fundació Mensalus*

Míriam Sánchez Pellisé  
*Projecte Jove-Projecte Home*

Quim Cabra Soler  
*EAP de Sant Vicenç dels Horts*

Roser Batlle Suñer  
*Fundació Catalana de l'Esplai*

Roser Orriols Guillemas  
*SPOTT Centre comunitari d'Atenció a Persones amb Drogodependències. Diputació de Barcelona*

## ÀMBIT LABORAL

### Responsables

Lídia Segura Garcia  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

Joaquim Maria Solé i Montserrat  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

### Coordinadors

Ramona Garcia Macià  
*Unitat del Servei Mancomunitat de Prevenció de Riscos Laborals. Departament de Salut*

Esteve Saltó Cerezuela  
*Servei d'Educació Sanitària i Programes de Salut. Departament de Salut*

### Col·laboradors

Àngels Camacho Alcalde  
*Comissions Obreres*

César Sánchez Hernández  
*Foment del Treball Nacional*

Jaume de Montserrat i Nonó  
*Centre de Seguretat i Salut Laboral de Girona. Departament de Treball*

M. Carmen Márquez Garcia  
*Unió General de Treballadors*

Miquel Vila Sabaté  
*MC Prevenció*

Montse Gascón Macias  
*PIMEC Petites i Mitjanes Empreses de Catalunya*

Pere Plana Almuní  
*Reckitt Benckiser i Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball*

Xavier Trallero Vilar  
*Mútua Universal*

Xavier Orpella Garcia  
*Unitat de Salut Laboral del Barcelonès Nord-Maresme*

## ÀMBIT DEL LLEURE

### Responsable

Stephane Leclercq  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

### Coordinadores

Lluïsa Jiménez Gusi  
*Secretaria General de Joventut. Departament de la Presidència*

Núria Calzada Álvarez  
*Energy Control. ABD*

Patricia Ros Garcia  
*Ajuntament de Tarragona*

### Col·laboradors

Asun Pié Balaguer  
*Fundació Pere Tarrés*

Ester Martínez Núñez  
*Som.Nit. Creu Roja Joventut*

Fidel González Pérez  
*Casals de Joves de Catalunya*

François F. José Pedregosa Alcalde  
*Ajuntament de l'Ametlla del Vallès*

Guillermo Canales Sagarminaga  
*Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil. Associació Institut Genus*

Lina Abellanas Molleví  
*Fundació Mensalus*

Núria Gómez Camprubí  
*Escoltes Catalans*

## ÀMBIT DELS MITJANS

## DE COMUNICACIÓ SOCIAL

### Responsable

Joan Pi González  
*Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut*

### Coordinadors

Begoña del Pueyo Ruiz  
*Punto Radio. Onda Rambla*

Eduardo Martín de Pozuelo  
*La Vanguardia*

Josep Rovira Guardiola  
*Associació Benestar i Desenvolupament*

### Col·laboradors

Carla Marimón Tardà  
*Projecte Home*

Lola Abelló Planas  
*BTV i CEAPA*

Xavier Romero Cormines  
*TV3*

Ana Belén Solana Solana  
*Projecte Home*

Anna Estrada Alsina  
*Consell de l'Audiovisual de Catalunya*

**ÀMBIT DELS SERVEIS  
DE SALUT**

**Responsable**

Marta Coronado Piqueras  
*Subdirecció General de Drogodepen-  
dències. Departament de Salut*

**Coordinadors**

Olga Montserrat i Mestre  
*Subdirecció General de Drogodepen-  
dències. Departament de Salut*

Enric Batlle de Santiago  
*CAS Mataró*

**Col·laboradors**

Carme Grifoll de la Esperanza  
*CSMIJ de Nou Barris*

Carme Marquilles Bonet  
*CAP Bordeta*

Carme Queralt Pasqual  
*Servei Urgències Hospital Clínic*

Manel Anoro Preminger  
*CAP Drassanes i Sala Baluard*

Mónica Portillo Santamaría  
*CAS Hospital Mútua Terrassa*

Óscar García-Algar  
*Servei de Pediatria de  
l'Hospital del Mar*

Rafael Borràs Vives  
*Col·legi Oficial de  
Farmacèutics de Barcelona*

Robert Pou Calvo  
*Servei d'Urgències. Hospital Mataró*

Salvador Badia Capdevila  
*Servei d'Atenció a les Drogodepen-  
dències de l'Hospitalet de Llobregat*

GRUP DE TREBALL PER  
LA REDACCIÓ DEL  
*LLIBRE BLANC*

## GRUP DE TREBALL PER LA REDACCIÓ DEL LLIBRE BLANC

### **Responsables**

Teresa Salvador i Llivina  
*Estudios y Consultoría en  
Promoción de la Salud*

Maria Estrada Ocón  
*Subdirecció General de Drogodepen-  
dències. Departament de Salut*

### **Epidemiologia del consum de substàncies**

Josep Maria Ollé Oltrà  
*Subdirecció General de Drogodepen-  
dències. Departament de Salut*

Josep Maria Suelves Joanxich  
*Subdirecció General de Drogodepen-  
dències. Departament de Salut*

Xavier Ayneto Rodríguez  
*Subdirecció General de Drogodepen-  
dències. Departament de Salut*

### **Recerca de l'evidència en prevenció**

Anna Cabanes  
*MPH per la Johns  
Hopkins University*

Antoni Parada Martínez  
*Agència d'Avaluació de  
Tecnologia i Recerca Mèdiques*

### **Assessoria Jurídica**

Marta Megías Gili  
*Direcció General de Salut Pública.  
Departament de Salut.*

Agustí Codina Ros  
*Direcció General de Salut Pública.  
Departament de Salut.*

### **Col·laboradors**

Alícia Rodríguez Martos  
*Agència de Salut Pública de  
Barcelona*

Andreu Obrador i Siquier  
*Diputació de Barcelona*

Carles Ariza Cardenal  
*Agència de Salut Pública de  
Barcelona*

Carles Sedó Luzuriaga  
*Educació per l'Acció Crítica*

Ernesto Sierra Terrádez  
*CAS Creu Roja*

Esteve Salto i Cerezuela  
*Direcció General de Salut Pública.  
Departament de Salut*

Jaume Larriba i Montull  
*Promoció i Desenvolupament Social*

Joan Artur Sales  
*Acció Social i Ciutadania*

Jordi Royo Isach  
*Diputació de Barcelona*

Lluïsa Jiménez Gusi  
*Secretaria General de Joventut.  
Departament de la Presidència*

Marisa Melgarejo Clarà  
*Inpross Grup. Sant Cugat del Vallès.*

Montserrat González Martínez  
*Psicòloga*

Quim Cabra i Soler  
*EAP de Sant Vicenç dels Horts*

Rosa Suárez Vázquez  
*CEPS Centre d'Estudis sobre la  
Promoció de la Salut*

Victor Martí Carrasco  
*CAS Rubí*

Xavier Ferrer Perez  
*Fundació Salut i Comunitat*

Xavier Majó Roca  
*Subdirecció General de Drogodepen-  
dències. Departament de Salut*

### **Correcció d'estil:**

*Secció de Planificació Lingüística.  
Departament de Salut*





