

# GUIA DE RECOMANACIONS METODOLÒGIQUES I DE CONTINGUTS DE LES INTERVENCIÓNS EN PREVENCIÓ SOBRE DROGUES

Canal Salut

**Drogues**

<http://drogues.gencat.cat>

**GUIA DE RECOMANACIONS  
METODOLÒGIQUES I DE CONTINGUTS  
DE LES INTERVENCIIONS EN  
PREVENCIÓ SOBRE DROGUES**

**Direcció tècnica**

Joan Colom. *Subdirector general de Drogodependències.*

*Agència de Salut Pública de Catalunya.*

Maria Estrada. *Subdirecció General de Drogodependències.*

*Agència de Salut Pública de Catalunya.*

Jaume Larriba. *Promoció i Desenvolupament Social (PDS).*

**Coordinació**

Eulàlia Sot. *Subdirecció General de Drogodependències.*

*Agència de Salut Pública de Catalunya.*

**Textos**

Sara Valmayor. *Promoció i Desenvolupament Social (PDS).*

Jaume Larriba. *Promoció i Desenvolupament Social (PDS).*

**Col·laboracions**

Carles Ariza. *Agència de Salut Pública de Barcelona.*

Otger Amatller. *Fundació Salut i Comunitat.*

Mireia Ambrós. *Col·laboradora de la Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.*

Núria Calzada. *Energy Control. Associació Benestar i Desenvolupament (ABD).*

Pep Cura. *Col·laborador de la Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.*

Víctor Galán. *Col·laborador de la Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.*

Ana Ibar. *Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.*

Assumpta Lluch. *Ajuntament de Mataró.*

David Sanitjas. *Programa de Prevenció de Drogues de la Mancomunitat Vall del Tenes.*

Alba Saumell. *Promoció i Desenvolupament Social (PDS).*

Carles Sedó. *Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet.*

Lídia Segura. *Col·laboradora de la Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.*

**© Generalitat de Catalunya**

**Edita:** Departament de Salut

**Assessorament lingüístic:** Servei de Planificació Lingüística

**Disseny gràfic:** Natàlia Margarit

**Primera edició:** Juliol del 2016



La llicència completa es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

<b>PRÒLEG .....</b>	<b>4</b>
<b>ÚS DE LA GUIA.....</b>	<b>5</b>
<b>APUNTS D'EFICÀCIA EN PREVENCIÓ SOBRE DROGUES.....</b>	<b>6</b>
<b>OBJECTIUS DE LES INTERVENCIIONS EN PREVENCIIONS SOBRE DROGUES .....</b>	<b>7</b>
<b>RECOMANACIONS METODOLÒGIQUES I CONTINGUTS DE PREVENCIÓ DEL CONSUM .....</b>	<b>8</b>
Àmbit educatiu	
Àmbit familiar	
Àmbit comunitari	
Àmbit dels mitjans de comunicació social	
Àmbit laboral	
Àmbit dels serveis de salut	
Àmbit de l'oci i lleure	
<b>RECOMANACIONS METODOLÒGIQUES I DE CONTINGUTS EN REDUCCIÓ DE RISCOS.....</b>	<b>58</b>
<b>RECOMANACIONS: DETERMINANTS, MODELS TEÒRICS I METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ .....</b>	<b>59</b>
Educació en reducció de riscos a persones consumidores	
Anàlisi de substàncies	
Mesures per reduir els accidents de trànsit	
Intervencions en entorns de consum	
Programes comunitaris per reduir els riscos derivats del consum d'alcohol	
<b>MISSATGES CLAU .....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES .....</b>	<b>93</b>

Els anys de treball en la prevenció dels problemes associats al consum d'alcohol i altres drogues ens han deixat aprenentatges que ens permeten continuar avançant per millorar-ne l'eficàcia.

Amb l'objectiu de recollir les característiques i els components dels programes de més "èxit", hem elaborat la *Guia de recomanacions metodològiques i de continguts de les intervencions en prevenció de drogues* que us presentem. La guia s'adreça als equips tècnics que planifiquen i implementen actuacions en diversos àmbits (escola, família, lleure i comunitat, entre d'altres).

La informació es presenta en un format pràctic i breu, pensat per ajudar a definir el què i el com de les intervencions, des del vessant més universal fins a la reducció del risc; és a dir, com una eina de consulta, on es recull l'evidència i l'expertesa de professionals de l'àmbit de la prevenció del consum de drogues, a fi que s'usi quan s'hagin d'establir els objectius preventius per assolir, els temes per tractar i les maneres d'aconseguir-ho.

Aquest document complementa la [Guia de recomanacions per a la planificació de les intervencions en prevenció sobre drogues](#), que posa l'èmfasi en els processos estratègics necessaris per elaborar un projecte de prevenció. Per aquest motiu, és recomanable fer-ne un ús conjunt.

Voldria agrair la col·laboració de l'entitat PDS (Promoció i Desenvolupament Social) en la definició dels continguts de la guia, i les aportacions i els suggeriments de tècnics locals i d'entitats especialitzades que han participat en la revisió.

**Joan Colom i Farran**


*Subdirector general de Drogodependències*

Les recomanacions metodològiques i de continguts de cada àmbit venen precedides per una secció breu dedicada a les “Raons per intervenir”, que recorda algunes idees clau per dissenyar intervencions en aquests àmbits concrets. A continuació, les recomanacions es diferencien en tres apartats: determinants, models teòrics i metodologia d'intervenció.

- ▶ **Determinants.** Són característiques personals o socials, és a dir, els factors de risc i els factors de protecció que es recomana treballar —modificar o mantenir— amb les intervencions en prevenció sobre drogues.>> [Missatge clau | Determinants](#)
- ▶ **Models teòrics.** Són el marc de referència per conèixer els determinants en què cal centrar una intervenció i també per saber les estratègies que són útils per treballar aquests determinants. >> [Missatge clau | Models teòrics](#)
- ▶ **Metodologia d'intervenció.** Són els components que es necessiten per treballar els determinants conductuals/psicosocials i d'entorn d'una intervenció i la manera de fer-ho. Aquests components són: els mètodes i les estratègies d'actuació, les estratègies de difusió, captació i retenció de la població, les persones o els mitjans aplicadors, la durada d'una intervenció, els escenaris d'aplicació i els materials, entre d'altres. Aquestes recomanacions es fan dels components dels quals hi ha evidència, experiència o consens professionals.

A més, la Guia conté uns blocs anomenats d'“**ATENCIÓ!**”, que plantegen recomanacions metodològiques i de continguts que caldria evitar perquè semblen poc efectives per aconseguir els resultats esperats amb les intervencions.

Ahora, en diferents llocs de la Guia es remet a apartats indicats com a >> [Missatge clau](#), que ofereixen informació ampliada sobre un contingut particular. Aquesta Guia està adreçada a professionals que planifiquen i dissenyen intervencions en prevenció sobre drogues.<sup>1</sup> Té com a propòsit ser una eina àgil per definir tots els components que es necessiten per assolir els objectius d'una intervenció. Tanmateix, les persones que la utilitzin és probable que necessitin localitzar informació addicional en altres fonts que ajudin a completar el conjunt de la intervenció.

La Guia conté hipervincles interns que permeten navegar pel document. Tanmateix, sempre és possible tornar al lloc d'origen clicant sobre el símbol .

1. Nota: en aquesta Guia es fa referència tant a les intervencions en prevenció del consum de drogues com a les intervencions en reducció de riscos associats al consum de drogues, a excepció dels apartats sobre recomanacions metodològiques i de continguts, que estan diferenciats per les intervencions en prevenció i les intervencions en reducció de riscos. D'altra banda, el terme drogues s'utilitza per referir-se tant a les legals (tabac i alcohol) com a les il·legals (cànnabis, cocaïna, etc.).

# APUNTS D'EFICÀCIA EN PREVENCIÓ SOBRE DROGUES

L'experiència en l'aplicació d'intervencions en prevenció sobre drogues ens ha deixat alguns aprenentatges:

- ▶ Hi ha raons econòmiques per apostar per la prevenció. Les intervencions preventives eficaces tenen una relació cost-efectivitat positiva perquè comporten estalvis socials, sanitaris, legals, etc. que són superiors als costos generats pels problemes associats a l'ús de drogues. [>> Missatge clau | Intervencions eficaces](#)
- ▶ L'aplicació d'estratègies de prevenció universal eficaces aconsegeix que les persones decideixin en favor de la seva salut. S'ha de garantir que tota la població es beneficiï d'aquesta prevenció, especialment els infants i els joves, ja que actualment aquestes intervencions encara no arriben a tota la població.
- ▶ L'aplicació d'estratègies en prevenció sobre drogues, juntament amb la implicació de la societat civil i la col·laboració amb els diferents agents socials, enforteix les comunitats.
- ▶ Les característiques de les intervencions eficaces i ineficaces són conegudes. Tanmateix, encara se segueixen aplicant intervencions que avui en dia se sap que no funcionen. Les decisions institucionals i tècniques no sempre es basen en l'evidència disponible.
- ▶ L'accessibilitat i les normes socials favorables a l'ús de drogues contribueixen a incrementar les prevalences del consum. Per contra, les polítiques que en regulen l'ús redueixen aquestes prevalences.
- ▶ Els efectes indesitjats associats a l'aplicació d'intervencions ineficaces poden complicar l'aplicació d'intervencions de qualitat. Per exemple, una intervenció mal aplicada pot ocasionar reticències en la població a participar-hi de nou en un altre moment.
- ▶ Les intervencions en prevenció sobre drogues que funcionen compleixen diferents requisits: estan basades en l'evidència científica; modifiquen determinants conductuals/psicosocials i d'entorn que són rellevants per al consum de drogues; es dissenyen amb models teòrics de canvi (conductuals/psicosocials o d'entorn); preveuen les característiques, les necessitats i els recursos del territori; s'apliquen només si són viables; desestimen components ineficaços en el disseny; són sostenibles, i avaluen, si més no, el procés.
- ▶ Les intervencions planificades sota una perspectiva de gènere i transcultural s'adapten millor a les característiques de la població. [>> Missatge clau | Perspectiva de gènere i >> Missatge clau | Perspectiva transcultural](#)

-

# OBJECTIUS DE LES INTERVENCIIONS EN PREVENCIÓ SOBRE DROGUES

- ▶ Reduir la prevalença del consum de drogues.
- ▶ Retardar l'edat d'inici del consum de drogues.
- ▶ Evitar la progressió d'un consum ocasional a un consum regular.
- ▶ Detectar de manera precoç possibles problemes associats al consum de drogues.
- ▶ Reduir els riscos associats al consum de drogues.

# RECOMANACIONS METODOLÒGIQUES I DE CONTINGUTS DE LES INTERVENCIÓ EN PREVENCIÓ DEL CONSUM

## ÀMBIT EDUCATIU

### RAONS PER INTERVENIR

- ▶ Les intervencions preventives eficaces en l'àmbit educatiu tenen una relació cost-efectiva positiva. Això vol dir que s'estalvien futures despeses econòmiques i socials quan s'inverteix en aquestes intervencions. >> [Missatge clau | Intervencions eficaces](#)
- ▶ Les intervencions preventives eficaces en l'àmbit educatiu milloren la salut i el benestar de les persones.
- ▶ Les intervencions preventives universals són efectives per a l'alumnat que no ha iniciat el consum. També beneficien l'alumnat més vulnerable i amb condicions desfavorides.
- ▶ És un àmbit eficient i sistemàtic per arribar a un gran nombre d'infants, adolescents i joves.
- ▶ Pot ser un entorn adequat per afavorir un estil de vida saludable i reforçar una imatge positiva envers el no-consum de drogues.



## **ETAPA INFANTIL I DE PRIMÀRIA**

---

### **DETERMINANTS**

Els determinants conductuals/psicosocials més recomanats per treballar en aquesta etapa són les habilitats per a la vida que afavoreixen l'adquisició d'hàbits de salut positius en els infants, com ara els hàbits d'higiene, activitat física, descans o la cura del cos. Aquestes habilitats són les adaptades a aquesta etapa educativa, com ara: l'autoconeixement i el respecte cap a si mateix, aprendre a relacionar-se amb els altres i afrontar situacions, entre d'altres. Juntament amb el treball d'hàbits, també és recomanable treballar la influència social (norma subjectiva, pressió social, etc.), ja que la percepció que els infants tenen dels comportaments relacionats amb la salut de les persones de referència influeix en els seus propis hàbits. Tanmateix, és una etapa educativa en què l'entrenament i la consolidació de determinants més conductuals (hàbits) hauria de tenir més èmfasi que els determinants més de tipus psicosocials (actituds, creences, coneixements, etc.). [>> Missatge clau | Treballar per substàncies i determinants conductuals/psicosocials.](#)

En paral·lel, convé adequar els determinants d'entorn escolars per millorar la vinculació dels infants al centre educatiu. Entre les accions que s'han mostrat beneficioses destaca: l'enfortiment del clima de l'aula, ja des dels primers nivells educatius. Això es pot aconseguir millorant les habilitats de l'equip docent per gestionar l'aula, incorporant mecanismes per reduir els conflictes, millorant la disciplina i afavorint espais socials perquè l'alumnat desenvolupi conductes prosocials, entre d'altres. A més, la integració del treball de promoció de la salut en totes les àrees curriculars és una mesura molt indicada en aquesta etapa educativa. La transversalitat d'aquests continguts enforteix el treball d'hàbits saludables dels infants.

D'altra banda, també és recomanable introduir mesures per evitar l'absentisme escolar. Per exemple, facilitant ajuts per proveir menjar als alumnes amb desavantatges socials, incentivant econòmicament les famílies d'aquests alumnes quan facin accions concretes per mantenir els infants al centre educatiu o aplicant accions comunitàries per detectar els menors que no són a escola en horari lectiu, entre d'altres.

### **MODELS TEÒRICS**

Alguns enfocaments teòrics de referència per dissenyar intervencions preventives en aquesta etapa educativa són el model de promoció de la salut, l'educació en habilitats per a la vida i el model de desenvolupament social. [>> Missatge clau | Models teòrics](#)

---

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

És recomanable que la intervenció s'insereixi dins del currículum escolar de cada nivell i també en els diferents espais de l'entorn educatiu (aula, centre, activitats extraescolars, etc.). A més, convé dur a terme conjuntament accions dirigides a les famílies, ja que les intervencions multicomponent (a l'aula, al centre, amb la família, a la comunitat) aconsegueixen més impacte.

Es recomana que la **metodologia** per treballar els determinants conductuals/psicosocials amb l'alumnat a l'aula sigui **interactiva**, permeti la **participació** de l'alumnat i estigui **estructurada**. Les estratègies emprades haurien de ser coherents amb les que s'utilitzen en aquesta etapa educativa (jocs, treball cooperatiu, lectura de contes, etc.).

Entre les estratègies beneficioses per treballar les habilitats personals i socials en l'etapa infantil i primària destaquen les que ajuden l'alumnat a identificar comportaments adequats a l'aula i que ensenyen a **afrontar conductes inadequades**.

Entre les estratègies eficaces per enfortir el clima a l'aula destaquen: la utilització del **feedback** per part de l'equip docent com a manera d'ajustar les expectatives de l'alumnat i la utilització del compromís actiu dels alumnes per implicar-los i responsabilitzar-los del bon funcionament del grup classe.

2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

A l'educació primària es recomana que el **personal docent** —l'equip de mestres, tutors, educadors, psicopedagogs, monitors, etc.— del centre educatiu apliqui les intervencions. Aquesta és la manera de garantir la transversalitat dels continguts de salut en diferents àrees curriculars, implicar l'equip docent en l'educació en salut i, alhora, finançar la sostenibilitat de les intervencions de salut. Només en el cas que el personal docent no assumeixi totalment aquesta tasca es podria adoptar una fórmula mixta, de manera que un part de la intervenció l'apliqui personal docent i l'altra l'apliquin professionals externs. Tanmateix, seria convenient que aquesta fórmula s'implementés com una estratègia de motivació i apoderament del personal docent perquè de manera gradual assumís aquesta tasca de manera exclusiva. >> [Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

Les persones aplicadores han de rebre formació. >> [Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

3. DURADA DE LA INTERVENCIÓ

Les intervencions han de tenir una intensitat suficient perquè puguin promoure canvis. En algunes publicacions es proposa que no sigui inferior a cinc sessions, sobretot quan la intervenció es fa per primera vegada (és a dir, quan no és una intervenció de reforç).

## ATENCIÓ!



### 1. DETERMINANTS

En relació amb els determinants conductuals/psicosocials, caldria evitar aplicar intervencions centrades exclusivament a treballar l'autoestima. Les revisions realitzades sobre programes que treballen només l'autoestima no han mostrat canvis de comportament entre l'alumnat.

### 2. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 2.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Es desaconsellen les estratègies poc participatives, ja que no resulten atractives i limiten les possibilitats de captar l'atenció de l'alumnat.

#### 2.2. NIVELLS PREVENTIUS

En termes generals es desaconsella fer prevenció específica (centrada en substàncies concretes) en l'etapa de primària, a menys que es detecti el consum d'alguna substància entre l'alumnat. En aquest cas, podria ser recomanable fer una actuació que tingués en compte també aspectes relacionats amb la substància adreçada a aquells alumnes (prevenció selectiva), però —en principi— no a tot l'alumnat. En general, no és aconsellable fer intervencions de prevenció universal centrades en substàncies a l'educació primària. No obstant això, en els casos que es consideri adient treballar continguts preventius centrats en substàncies en l'educació primària, en general convé limitar aquesta informació al tabac i/o l'alcohol.

## ETAPA DE SECUNDÀRIA, BATXILLERAT I CICLES FORMATIUS

---

### DETERMINANTS

En aquesta etapa seria recomanable centrar les intervencions a treballar determinants **conductuals/psicosocials**, com són: la **percepció de risc** associada a les conseqüències **immediates** del consum de drogues, les normes socials i les **creences normatives** del consum i, de manera molt especial, les **habilitats personals i socials** generals i específiques, especialment adreçades a reconèixer la **pressió social** per consumir drogues i fer-hi front i també a prendre **de decisions**. [>> Missatge clau | Treballar per substàncies i determinants conductuals/psicosocials.](#)

Quant als determinants d'entorn és necessari desenvolupar **polítiques** sobre **drogues** als centres educatius. Això vol dir establir normes per a tota la **comunitat educativa** (alumnat, docents, personal no docent i persones que visiten el centre educatiu) que **prohibeixin el consum de drogues** (legals i il·legals) al **centre educatiu** i en les **activitats** educatives que s'organitzin fora del centre.

Paral·lelament a aquestes mesures, és molt recomanable que els centres educatius introdueixin protocols d'actuació per abordar situacions relacionades amb el consum de drogues dins i fora del centre en relació amb la seva tasca educativa. Aquestes intervencions serien de **prevenció selectiva i/o indicada adreçades a detectar i atendre situacions de consum, intoxicació o tinença, entre d'altres**.

### MODELS TEÒRICS

L'abordatge d'aquestes intervencions convindria que es basés en **models sociocognitius de canvi de conducta**. Aquests models posen l'èmfasi en els determinants conductuals/psicosocials (intencions, actituds, normes socials, autoeficàcia percebuda, habilitats, etc.) com a predictors de les conductes relacionades amb la salut i, per tant, com a elements clau que cal treballar en les intervencions de prevenció.

Entre aquests enfocaments destacarien el **model de creences de la salut, la teoria de l'acció planificada, la teoria de l'aprenentatge social**, les **teories de les normes socials**, els **models d'estadis de canvi i l'I-Change Model**. Alhora, convé incorporar també l'enfocament metodològic de l'**entrevista motivacional** en les intervencions individuals que es facin en l'àmbit educatiu. [>> Missatge clau | Models teòrics](#)

---

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Com passa en l'etapa de l'educació primària, les intervencions aconseguen més impacte quan s'insereixen en els diferents espais de l'entorn educatiu (aula, centre, activitats extraescolars, etc.), alhora que es fan extensives a la família (per millorar les habilitats educatives parentals) i s'estenen a la comunitat. És a dir, quan són de caire multicomponent.

Es recomana que les estratègies per treballar els determinants conductuals/psicosocials es dissenyin pensant a fer ús d'una **metodologia interactiva i estructurada**, com ara l'anàlisi de situacions en grup, discussió i debats estructurats, modelatge, *role-playing*, compromís conductual públic, ús del feedback (retroalimentació), etc.

Entre les estratègies eficaces per incorporar **polítiques sobre drogues** als centres educatius es recomana que **tota la comunitat educativa conegui i s'impliqui en la definició** d'aquestes polítiques i que l'entorn educatiu sigui **lliure de drogues**. Això vol dir que els centres prevegin en la normativa de funcionament i organització la prohibició de consumir drogues a tota la comunitat escolar en els espais interns i externs (activitats extraescolars, etc. ), que els incidents relacionats amb el consum de drogues es tractin com una **oportunitat educativa positiva** i que s'apliquin **procediments sancionadors transparents i positius** de manera sistemàtica i sense demora. El benefici d'aquestes polítiques és més elevat si es basen en el funcionament i l'ètica escolar, així com en el compromís i la participació de l'alumnat. En aquesta línia es podrien encabir les estratègies com els serveis d'orientació sobre drogues vinculats als centres i també els protocols de detecció i atenció davant el consum, la tinença o la intoxicació de drogues que han desenvolupat alguns centres com a mesures educatives i no coercitives.

D'altra banda, és molt important que es facin accions per promoure la **vinculació positiva de l'alumnat al centre**. Per exemple, buscant mecanismes per reforçar positivament i de manera contingent el compliment de la normativa sobre drogues per part de l'alumnat.

Pel que fa a les intervencions de prevenció selectiva i indicada als centres educatius, s'han mostrat efectives aquestes estratègies: a) ajudar que l'alumnat amb més dificultats es vinculi al centre educatiu; b) mantenir contactes regulars entre el personal docent, les famílies i l'alumnat, i c) connectar l'alumnat amb altres recursos prosocials del territori. De vegades, convé planificar estratègies i oferir recursos perquè el col·lectiu de docents incorpori aquestes accions dins les tasques d'atenció a l'alumnat.

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

Ahora, els protocols de detecció davant el consum de drogues als centres educatius es presenten com una bona proposta educativa davant l'incompliment de la normativa de centre per part de l'alumnat. Aquestes intervencions atorguen als centres una imatge d'espai saludable i, a més, permeten que desenvolupin una funció educativa i no únicament o principalment punitiva o sancionadora.

Tant en el nostre entorn com internacionalment existeixen intervencions educatives que treballen els determinants conductuals/psicosocials i d'entorn fent servir metodologies interactives per treballar amb l'alumnat i incorporant mesures normatives als centres i protocols d'actuació davant situacions relacionades amb les drogues (consum, tinença, intoxicació), etc. Per això, és convenient conèixer-les i veure la manera d'adaptar-les a cada territori. [>> Missatge clau | Fidelitat de l'aplicació.](#)

## **2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS**

Igual que a primària, es recomana que el personal docent, és a dir, l'equip de professors, tutors, psicopedagogs, etc. del centre educatiu apliqui les intervencions per tal de garantir-ne la sostenibilitat. Tanmateix, també les poden aplicar professionals especialistes en drogues externs al centre (tècnics de drogues, tècnics de salut, etc.) o bé adoptar una fórmula mixta, de manera que una part de la intervenció l'apliqui el personal docent i l'altra l'apliquin professionals externs. Aquesta fórmula podria ser una mesura adient per motivar i implicar el personal docent en el desenvolupament d'intervencions sobre prevenció.

En aquesta etapa també hi ha programes que utilitzen peers (iguals) com a agents d'intervenció. En aquest cas els iguals poden ser alumnat del mateix nivell educatiu o superior. [>> Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

Les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) també acostumen a utilitzar-se com a mitjà aplicador. Tanmateix, mostren més eficàcia com a complement de les intervencions presencials de prevenció que no pas com un mitjà substitutiu. Semblen una eina molt adequada per reforçar missatges durant i després d'una intervenció intensiva. [>> Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

## **3. DURADA DE LA INTERVENCIÓ**

Les intervencions que s'han mostrat més eficaces són les que s'adapten a cada nivell educatiu i es mantenen al llarg de totes les etapes educatives.

És recomanable que les intervencions siguin més intenses quan s'implementen per primera vegada, i menys en l'aplicació de sessions de reforç posteriors. L'interval que va entre 5 i 15 sessions pot servir d'orientació per determinar un marge ampli d'intensitat recomanable de les intervencions. Ahora, en intervencions de prevenció selectiva i indicada convé incrementar les sessions dedicades a entrenar les habilitats socials, generals i específiques, associades al consum de drogues.

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

Incorporar sessions de reforç incrementa l'impacte de les intervencions, ajuda a consolidar-les i contribueix a neutralitzar l'esvaïment dels efectes de la intervenció amb el pas del temps.

**4. MOMENTS PROPICIS PER INTERVENIR**

L'efectivitat de les intervencions en aquesta etapa educativa s'incrementa si s'apliquen des dels primers nivells de l'educació secundària.

En el cas que es treballi amb alumnat amb condicions de vulnerabilitat o situacions d'alt risc per al consum de drogues pot estar justificat iniciar intervencions centrades en la prevenció del consum de substàncies, si les dades del territori ho confirmen, abans de l'edat en què convindria fer-ho en intervencions de caire universal.

**5. SUBSTÀNCIES**

Tot i que hi ha similituds entre els determinants que expliquen l'inici del consum de drogues entre les diferents substàncies, també és cert que hi ha especificitats. Per exemple, el moment en què es produeixen les puntes de màxim consum d'unes o altres substàncies, el tipus de consum que es fa, els motius, la tolerància social que existeix envers unes drogues i no unes altres, etc. Per això, el més recomanable és que a partir de la secundària s'iniciïn les intervencions centrades en substàncies. Per determinar el tipus de substància més adequada per treballar a cada nivell educatiu, cal tenir en compte els criteris següents:

- ▶ El procés d'iniciació i consolidació del consum de les diferents substàncies (es pot saber consultant els estudis relatius al consum de drogues entre la població jove en el nostre entorn).
- ▶ L'edat mitjana d'inici del consum (es pot consultar en enquestes locals i/o nacionals), ja que s'haurien d'iniciar immediatament abans de l'edat mitjana d'inici.
- ▶ Les prevalences de consum, les característiques i les necessitats de la població a cada territori.

[>> Missatge clau | Treballar per substàncies i determinants conductuals/psicosocials.](#)

## ATENCIÓ!



### 1. DETERMINANTS

Segons l'evidència disponible referida als determinants conductuals/psicosocials, cal evitar aplicar intervencions centrades exclusivament a treballar l'autoestima o els coneixements sobre els riscos que comporta l'ús de drogues. L'autoestima i els coneixements, si es treballen, es poden abordar conjuntament amb els determinants esmentats anteriorment, però no s'hauria de fer d'una manera exclusiva. Alhora, es desaconsella utilitzar la por com a vehicle de transmissió quan es transmet informació sobre les drogues, així com donar informacions falses o exagerades sobre els riscos associats a l'ús de drogues. La informació sobre les conseqüències associades al consum de determinades substàncies ha de ser objectiva i ha d'estar ajustada a les característiques de l'alumnat al qual s'adreça.

### 2. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 2.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Les estratègies per treballar la presa de decisions relacionades amb l'ús de drogues s'han de basar en la responsabilitat individual i en les conseqüències personals i socials que es poden produir. Alhora, cal evitar l'ús de tàctiques de caire moral que jutgin si les decisions són "moralment bones" o "moralment dolentes".

Els mètodes i les estratègies d'aprenentatge passiu (classes magistrals, xerrades, etc.) no aconsegueixen canvis. Per tant, no s'han de fer servir en les intervencions de prevenció de drogues en l'àmbit educatiu i cal aplicar, per contra, estratègies que permetin interaccionar i establir un diàleg obert amb l'alumnat.

#### 2.2. PERSONES APLICADORES

En general, es desaconsella que persones exusuàries de drogues apliquin intervencions preventives en l'àmbit educatiu. Tampoc sembla recomanable que agents policials o dels cossos de seguretat siguin les persones encarregades d'aplicar intervencions de prevenció del consum de drogues als centres educatius, més enllà d'informar sobre la normativa legal relacionada amb les drogues i sobre les conseqüències que es poden derivar de no complir-la. D'aquesta manera, els agents policials poden acomplir funcions que complementin les intervencions preventives en aquestes etapes educatives, però no suplir-les ni fer-les de manera exclusiva.

D'altra banda, les intervencions aplicades per persones que ni coneixen, ni han rebut formació per implementar la intervenció acostumen a desenvolupar-la de manera deficient.



## ETAPA UNIVERSITÀRIA

### DETERMINANTS

En aquesta etapa és recomanable centrar les intervencions a treballar els determinants conductuals/psicosocials següents: les actituds crítiques davant el consum de drogues, les normes socials i les creences normatives, amb l'objectiu d'incrementar l'**autoconsciència** del consum i l'**autodetecció** de possibles consums problemàtics. >> [Missatge clau | Treballar per substàncies i determinants conductuals/psicosocials.](#)

Quant als determinants d'entorn és recomanable desenvolupar **polítiques que limitin i prohibeixin el consum de substàncies** en els espais de la universitat i en les activitats acadèmiques vinculades (festes universitàries, etc.). També és convenient impulsar mesures d'entorn per **assessorar, atendre i promoure canvis de comportament** (envers la reducció de riscos i/o la cessació del consum) en persones universitàries consumidores.

### MODELS TEÒRICS

Aquestes intervencions es poden basar en **models sociocognitius de canvi de conducta**, com els que es preveuen en l'etapa d'educació secundària. No obstant això, com que en l'etapa universitària s'incrementa la prevalença del consum de drogues és recomanable dur a terme accions basades en el model de reducció de riscos. Alhora, les intervencions dirigides a la població universitària consumidora convé que es dissenyin sota l'enfocament metodològic de l'**entrevista motivacional**. >> [Missatge clau | Models teòrics](#)

### METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Entre les estratègies per treballar determinants conductuals/psicosocials es recomana utilitzar la **difusió de missatges** a través de diferents espais i/o agents de l'entorn universitari, **facilitar informació rellevant** a la població universitària en els espais més propicis per consumir (festes, etc.), impartir formació dirigida a estudiants (p. ex. a través de l'aplicació de cursos recompensats amb crèdits) i també generar accions perquè les mateixes persones universitàries promoguin una representació social favorable al no-consum. En aquesta línia es poden encabir les estratègies educatives "d'igual a igual", amb elaboració de missatges saludables per part dels mateixos estudiants universitaris (p. ex. a partir de la creació de materials gràfics o audiovisuals), entre d'altres.

Es recomana que aquestes mesures vagin **acompanyades de canvis en l'entorn** que generin dispositius per atendre, assessorar i promoure canvis de comportament (reducció de riscos i/o cessació del consum) en universitaris consumers. Per exemple, **serveis de consulta** i d'assessorament (presencial o en línia), intervencions breus dissenyades amb estratègies basades en l'**entrevista motivacional** (si és possible, vinculades als serveis de salut de la universitat), **programes per promoure la cessació** del consum, accions per **reduir els riscos associats** al consum de les substàncies més consumides en l'entorn universitari, etc.

---

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

Les intervencions en l'etapa universitària podrien incrementar l'eficàcia si s'emmarquen en intervencions més àmplies de promoció de la salut, per exemple, a través de la pertinença a xarxes, com ara Universitats Saludables, impulsades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), i si aconseguixen el compromís de participació dels equips de direcció: rectorat, deganat, etc.

Aquí, com a la resta d'àmbits, és recomanable que el tipus d'actuació s'adapti a la població a la qual s'adreça. Això, amb població universitària, implica tenir en compte que hi ha perfils molt diversos: persones no consumidores, policonsumidores, que voldrien deixar de consumir, que consumeix unes substàncies i no d'altres o que consumeixen en unes condicions però no en d'altres, etc.

## **2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS**

En l'àmbit universitari és freqüent desenvolupar intervencions a través d'**iguals** amb la finalitat que l'alumnat canviï la representació social de les drogues en aquest entorn. En el cas que s'utilitzin iguals és bàsic que rebin una formació prèvia a l'aplicació de la intervenció. [>> Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

També és freqüent utilitzar les **TIC** com a mitjà per transmetre i interaccionar amb informació relativa a la prevenció del consum i/o la reducció de riscos associats al consum de drogues.

D'altra banda, quan la intervenció l'apliquen **professionals externs** acostumen a formar part de serveis d'assessorament, atenció i seguiment relatius a les drogues. Tanmateix, igual que en altres àmbits educatius, l'aplicació pot ser mixta. [>> Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

## **3. ESCENARIS D'INTERVENCIÓ**

L'eficàcia d'aquestes intervencions es pot incrementar si s'apliquen a través dels diferents espais o entorns (físics o virtuals) on es troba la població universitària. Això implica poder reforçar missatges preventius amb activitats diverses i a través de diferents canals.

---

## ÀMBIT FAMILIAR

### RAONS PER INTERVENIR

- ▶ Les intervencions preventives eficaces en l'àmbit familiar són rendibles. Així, hi ha estudis que estimen que es poden estalviar fins a nou dòlars per cada dòlar invertit en aquesta mena de prevenció. [>> Missatge clau | Intervencions eficaces](#)
- ▶ La família pot influir en el consum de drogues dels seus fills i filles perquè són les persones adultes de referència i un model general de comportament (també en l'àmbit de la salut i del consum de drogues). En concret, en l'àmbit de la prevenció en drogues la vinculació positiva amb la família, la cohesió familiar i la bona comunicació s'han emfatitzat com a factors clau de les intervencions preventives.
- ▶ Les intervencions en l'àmbit familiar són un component clau de les intervencions multicomponents dirigides a infants i adolescents. Les intervencions familiars han de treballar amb els fills i filles, però també, i sobretot, amb els pares i les mares. És molt difícil aconseguir canvis en els fills i filles si no es treballa amb el nucli familiar.
- ▶ Les intervencions familiars eficaces **beneficien** els progenitors (p. ex. milloren la confiança en l'educació dels seus fills i filles), també ajuden els seus fills i filles (p. ex. enforteixen habilitats), la família (p. ex. reforçant el vincle familiar) així com al conjunt de la comunitat (p. ex. contribuint a la millora del suport social). En aquest sentit, alguns estudis mostren que els efectes positius de les intervencions de prevenció familiar efectives es fan també extensius a altres menors, companys dels fills de les persones que han participat en la intervenció, malgrat que les seves famílies no hi hagin participat.
- ▶ Els factors de risc relacionats amb la família vinculats amb el consum de drogues també s'associen a altres problemes com ara la salut mental, la violència o altres conductes de risc. Així doncs, les intervencions de prevenció familiar poden tenir **efectes sinèrgics positius** en altres àmbits de la persona i contribuir al seu benestar. A més, siguin universals, selectives o indicades, també ajuden a detectar altres situacions familiars (consum problemàtic de substàncies, violència domèstica, etc.) que poden constituir factors de risc per al desenvolupament de problemes de conducta en els fills i filles.

---

## DETERMINANTS

En les intervencions familiars es recomana intervenir en tres nivells: amb pares i mares (o tutors i tutores legals), amb fills i filles i amb el conjunt de la unitat familiar. A més, la seva aplicació s'ha mostrat efectiva tant en intervencions universals, selectives com indicades.

Els determinants **conductuals/psicosocials** prioritaris per treballar amb **pares i mares** són les **habilitats parentals**, enteses com el conjunt de competències necessàries per gestionar l'educació i la convivència familiar. Les habilitats per abordar en les intervencions de prevenció familiar que generen més consens són: 1) establiment d'un entorn estructurat adequat i consistent que proporcioni normes, límits, sancions i reforç (p. ex. l'ús educatiu de les conseqüències de les conductes), suport i motivació dels comportaments positius; 2) habilitats de comunicació; 3) habilitats de supervisió parental; 4) habilitats emocionals per establir uns vincles afectius càlids estables, mostrar afecte i amor als fills i també gestionar els conflictes familiars (p. ex. l'ús del time out); 5) habilitats per reconèixer el valor dels fills, respondre a les seves necessitats i implicar-se i tenir un paper actiu en la seva vida; 6) promoure conductes i actituds preventives en relació amb les drogues, així com adoptar i comunicar una posició familiar clara respecte al consum de drogues.

En relació amb els fills, els determinants **conductuals/psicosocials** que es recomana treballar són: 1) la gestió emocional; 2) les habilitats socials (comunicació, fer front a la pressió social, etc.); 3) la motivació pel futur i el suport a habilitats per afrontar nous reptes vitals; 4) les competències i capacitats per canviar les coses, influir sobre els altres i mantenir l'autoestima, i 5) l'estimulació i el suport a l'aprenentatge quotidià i escolar per fomentar la motivació i les seves capacitats.

Quan el treball s'orienta al conjunt de la **unitat familiar** és recomanable centrar-lo en: 1) la vinculació familiar i l'enfortiment de lligams afectius a través del foment de la interacció positiva entre pares, mares i fills; 2) la planificació d'objectius comuns com a família i del temps compartit en família; 3) la creació d'una organització familiar (normes, maneres de gestionar els conflictes i solucionar els problemes, etc.) i la participació dels joves en la vida familiar; 4) les habilitats de comunicació eficaç entre pares i fills i el foment de l'aprenentatge mutu, i 5) la vinculació familiar amb l'escola, establint contactes amb el centre educatiu, així com amb la comunitat en general.

Les intervencions en l'àmbit familiar tenen per objectiu prevenir el consum de drogues dels fills i filles. Per aquesta raó, de vegades, les intervencions familiars es consideren en si mateixes intervencions que modifiquen determinants d'entorn, de manera que es redueixen els factors de risc familiars que pot haver-hi al voltant dels infants i joves i es contribueix així a generar uns entorns familiars més segurs.

---

## MODELS TEÒRICS

El **model d'ecologia** social és un dels models de referència per dissenyar intervencions de prevenció familiar, així com el **model ecosistèmic** (o model ecològic social). Tanmateix, aquestes intervencions també poden complementar-se amb els enfocaments derivats dels **models sociocognitius**, com ara el **model de creences de la salut**, la **teoria de l'acció planificada**, la **teoria de l'aprenentatge social**, les **teories de les normes socials**, els **models d'estadis de canvi** i l'**I-Change Model**. >> [Missatge clau | Models teòrics](#)

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

### 1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Els continguts i la manera de treballar els determinants **conductuals/psicosocials** en la família acostumen a planificar-se en **intervencions formatives** en grup, de diverses sessions. Tanmateix, els **serveis d'informació** i **assessorament en drogues** són una estratègia força utilitzada, habitualment de manera individual, que complementa les intervencions familiars en prevenció sobre drogues que es duen a terme en altres àmbits (aquests serveis no es dirigeixen exclusivament a les famílies, sinó també a la població general, joves, professionals, etc.). En conseqüència, una bona estratègia en prevenció familiar consisteix a apropar la població als recursos d'informació, assessorament i atenció sobre drogues.

Les intervencions familiars s'han d'adaptar al nivell i a l'etapa evolutiva dels fills: les característiques evolutives, les potencialitats i els riscos propis de la infància, la preadolescència, l'adolescència, etc. Alhora s'han de treballar habilitats parentals ajustades a cada etapa, les estratègies de cooperació familiar segons el moment evolutiu, etc. S'ha d'aconseguir apoderar les famílies, implicar-les en la gestió de les pròpies necessitats, així com en el desenvolupament actiu de la intervenció. Aquest apoderament és clau per aconseguir l'eficàcia de les intervencions.

Els serveis d'informació i assessorament ofereixen atenció personalitzada (presencial, telefònica o virtual) a les famílies derivades d'algun altre servei especialitzat i a les que els consulten per voluntat pròpia. Els objectius són detectar situacions de risc, orientar sobre drogues i apropar les persones a recursos disponibles, assessorar en prevenció i tractament i facilitar la derivació a altres serveis.

És convenient que l'atenció a les famílies que fan una consulta per una situació vinculada al consum de drogues es dugui a terme en un clima de respecte, confiança i empatia, de manera que les famílies trobin en el servei un espai acollidor per aclarir dubtes i neguits, lliure de judicis i discriminacions. La confiança és la garantia que la persona pugui atendre la informació que se li facilita, que en pugui fer ús i, si ho necessita, torni a utilitzar el servei (o hi derivi un fill o filla o un altre membre de la família). La confiança es pot generar si es deixa clar que la informació es tractarà de manera confidencial, es transmet professionalitat i s'ofereix informació objectiva i realista. L'estil de conversa amb les famílies hauria d'incorporar estratègies basades en l'entrevista motivacional, com ara evitar les discussions i propiciar el diàleg, explorar les ambivalències i reduir les resistències internes que s'han de canviar, fomentar l'autoeficàcia i les potencialitats de la família per fer canvis, entre d'altres.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

Pel que fa a la formació, les estratègies interactives són les eines més recomanables per apoderar les famílies perquè generen estratègies que fan participar les persones assistents.

En el bloc dels determinants s'ha comentat que el treball de les habilitats parentals i les pautes educatives són una part fonamental del treball que es fa amb les famílies. En aquest sentit, és recomanable dissenyar estratègies que aconseguixin modificar habilitats cognitives. Per exemple, amb tècniques d'observació conductual, d'anàlisi de situacions, de discussió en grup, de canvi de perspectiva (posar-se al lloc dels fills). Així mateix, convé entrenar habilitats conductuals amb mètodes com el modelatge (demostració conductual), la representació de papers (assaig de conducta i/o role playing), la verbalització pública (p. ex. davant del grup) dels compromisos de canvi i el reforçament continu dels assoliments per petits que semblin.

Una estratègia interactiva cada vegada més utilitzada en la formació familiar és la **metodologia experiencial**. Les sessions d'intervenció es converteixen en un espai d'autoreflexió, anàlisi, ajuda mútua i cerca de solucions. És a dir, els canvis que es promouen en les intervencions han de partir de l'experiència quotidiana de cada família. D'una banda, és recomanable generar situacions en què els pares i les mares analitzin i valorin el comportament dels seus fills i filles, observin com actuen ells (els pares i les mares) davant d'aquest comportament i les conseqüències que es produeixen per aquesta manera d'actuar. D'altra banda, es tracta que siguin les mateixes famílies les que identifiquin les solucions i que verbalitzin un objectiu de canvi realista i, finalment, que assagin les habilitats durant les sessions i els canvis que volen aconseguir en la vida real.

Per això, com a complement d'aquesta tasca formativa, en les intervencions familiars és molt eficaç proposar tasques per practicar a casa les habilitats que s'han après durant les sessions. És a dir, plantejar exercicis molt concrets (p. ex. referits a observar les conseqüències que tenen determinats comportaments en la dinàmica família o a practicar algun comportament nou) per posar-los en pràctica en un medi real (a casa), observar les dificultats i les facilitats amb què es troben i compartir l'experiència amb el grup en una sessió posterior. En aquest punt, el rol que adquireix el grup de persones assistents és d'escolta, ajuda i model. D'aquesta manera, les famílies poden trobar un suport proper per part del grup d'iguals. Aquest suport contribueix a reforçar el paper de les altres famílies com a proveïdores de xarxa social, un altre dels punts clau de les intervencions familiars.

Com s'ha comentat inicialment, les intervencions familiars que aconseguixen resultats més prometedors incorporen accions per a pares i mares, accions per als fills i filles i accions per al conjunt de la unitat familiar. Tanmateix, l'aplicació d'intervencions familiars comporta més requeriments dels que són necessaris per aplicar intervencions preventives parentals (adreçades només a treballar amb pares i mares).

---

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

En el disseny d'intervencions familiars grupals és recomanable tenir en compte unes pautes. La dimensió ideal del grup és de 12 a 15 persones, ja que els grups més petits poden rebre més suport, però no es nodreixen tant de l'experiència grupal. Alhora, en aquests casos convé formar grups al més homogenis possible quant a les característiques socials i culturals dels membres que en formen part. En aquest sentit, es desconsella que en la composició dels grups hi hagi famílies amb un desavantatge social clar i altres que tinguin situacions més normalitzades.

Els programes de prevenció familiar que estan integrats en programes comunitaris que treballen en diversos àmbits (educatiu, serveis socials, serveis de suport familiar, comunitat, etc.) i s'acompanyen de polítiques familiars generen efectes sinèrgics positius i milloren els resultats preventius de les intervencions. Alhora, és recomanable desenvolupar intervencions de prevenció familiar per a diferents perfils de població (intervencions universals, selectives, indicades).

A l'hora d'endegar intervencions de prevenció familiar cal preveure la provisió de materials i suport a l'organització, així com possibles assessoraments sobre la manera d'introduir el programa i de superar les possibles resistències.

És molt recomanable revisar els programes familiars que s'han mostrat eficaços i valorar si es poden adaptar a la població i al territori on es vol planificar la intervenció. Respecte d'això, cal recordar que l'efectivitat dels programes millora quan es tenen en compte el context comunitari i les tradicions culturals de la població. >> [Missatge clau | Fidelitat de l'aplicació](#)

## 2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

Les intervencions grupals de prevenció familiar s'apliquen normalment en sessions de formació. Les persones que acostumen a dinamitzar aquestes sessions són **professionals** dels **serveis socials** (p. ex. serveis d'atenció familiar), **educatius**, **professionals experts en drogues**, entre d'altres. En les intervencions de prevenció selectiva i indicada pot ser recomanable la presència d'una persona que faci de colíder, normalment amb menys experiència en la intervenció amb famílies o en procés de formació per aplicar la intervenció. Fins i tot pot ser un pare o mare voluntari que ha rebut anteriorment la intervenció, per la qual cosa exerceix com a igual i du a terme tasques d'observació, escenificació de situacions, presentació de tasques per a properes sessions, entre d'altres.

En les intervencions familiars universals també s'han utilitzat programes de prevenció aplicats a través de tecnologies de la informació i la comunicació (**TIC**). Tanmateix, a diferència de les sessions presencials, l'aplicació virtual limita el contacte entre les famílies, les possibilitats de donar-se suport mútuament i de ser un model de canvi de comportament. Aquests elements són essencials per aconseguir canvis en els patrons de comportament familiar. >> [Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

**Formació de les persones aplicadores d'intervencions familiars grupals**

En la formació de les persones aplicadores de les intervencions preventives familiars convé incloure: 1) coneixements i habilitats per desenvolupar la intervenció: continguts i metodologia d'aplicació, estructura i ordre de les sessions, cronologia dels exercicis i les pràctiques que es proposen, etc. i 2) rol, aptituds i habilitats per treballar amb les famílies. És especialment important que les persones aplicadores mantinguin actituds obertes i de respecte davant les diferents realitats i valors familiars. Per exemple, que tinguin empatia, imparcialitat, desig de donar suport a les famílies i habilitats de comunicació en contextos multiculturals i educatius.

En referència al rol que convé desenvolupar durant les sessions, és més efectiu que la persona aplicadora actui com a mediadora i no com a experta, ja que això ajuda que les famílies evolucionin cap als objectius de canvi que cada una pugui assolir. La metodologia de treball amb les famílies convé que sigui experiencial. Això implica que les famílies arriben al canvi a través de la vivència personal (o observada en els altres) de les situacions familiars que es treballen. Per tant, la persona aplicadora ha de cuidar el clima del grup, donar pistes perquè les famílies trobin solucions als seus problemes, potenciar l'autoeficàcia de les famílies per solucionar problemes, visibilitzar models de comportament adequats que aporta el grup, etc. En definitiva, el rol és fer de guia i no de transmissor de coneixements. >> [Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

**3. ESTRATÈGIES DE DIFUSIÓ I CAPTACIÓ**

Les estratègies per atraure la població a les intervencions familiars adquireix un paper rellevant per la impossibilitat de tenir grups ja formats, com contràriament pot passar en l'àmbit educatiu. Tanmateix, la difusió i el mateix disseny de les intervencions poden beneficiar el procés de captació, tal com s'exposa a continuació.

La presentació de la intervenció s'ha de fer de manera positiva, intentant evitar elements que puguin estigmatitzar la població. Per exemple, és preferible presentar un programa de suport a les famílies o un espai per aprendre habilitats parentals educatives que una intervenció exclusivament de prevenció de les drogues. El consum de drogues es pot abordar com una experiència més de l'educació dels fills i filles.

Quant a la difusió, és preferible que la intervenció es difongui de manera intensa a través dels canals coneguts per la població. Això vol dir que convé utilitzar diverses estratègies i implicar-hi diferents agents (professionals, líders comunitaris, assistents en altres edicions, etc.) susceptibles d'atraure la població diana. A més, quan la població té més desavantatges socials és preferible adreçar-s'hi amb mètodes interpersonals (entrevistes individuals, visites, etc.) abans que amb estratègies més massives.



**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

**4. ESTRATÈGIES DE RETENCIÓ**

Les intervencions familiars eficaces solen desenvolupar-se en diverses sessions espaiades al llarg del temps. Un risc que cal preveure en les intervencions de prevenció familiar és el de l'abandonament de les persones participants. Per això, és aconsellable inscriure-hi algunes persones més, així com procurar que no passi gaire temps entre la inscripció i l'inici de la intervenció. Després, una vegada que la intervenció ha començat és recomanable fer recordatoris previs a les sessions (p. ex. fer trucades telefòniques, enviar correus electrònics o missatges a través de mòbils).

Per contra, sembla que les persones que assisteixen a les primeres sessions és més probable que hi continuïn anant fins al final de la intervenció. Durant les primeres sessions (i abans d'iniciar la intervenció) és convenient conèixer i solucionar possibles obstacles que poden impedir la participació en la intervenció (p. ex. problemes personals per assistir-hi, manca de percepció d'utilitat de la intervenció, expectatives errònies sobre els resultats de la intervenció, desmotivació, etc.).

A més, es pot planificar la intervenció considerant elements que poden afavorir la participació de la població, com són: aplicar-la en horaris adequats a les necessitats familiars; oferir menjar (esmorzar, berenar, etc.); facilitar serveis addicionals de transport, guarderia o similar, si escau; organitzar activitats lúdiques paral·leles al voltant de les sessions d'intervenció o, fins i tot, donar incentius condicionats a la participació.

Un cop la intervenció ja ha començat, existeixen mecanismes que milloren l'adhesió i la motivació de les persones per completar tota la intervenció, com són: atendre les diferents necessitats familiars, fomentar la cohesió, generar un ambient càlid, centrar-se en les fortaleses de les famílies, no posar en dubte l'autoritat parental o implicar les persones participants en un acte de cloenda de final de la intervenció (lliurament de certificats, etc.).

**5. DURADA DE LA INTERVENCIÓ**

Tenint en compte que les intervencions familiars eficaces treballen diferents habilitats parentals, aquestes solen incorporar diverses sessions. La intensitat de cada intervenció varia en funció del nivell preventiu. De manera orientativa, algunes publicacions sostenen que les intervencions familiars grupals universals han de tenir un mínim de tres sessions, mentre que el nombre de sessions per a les selectives i indicades ha de ser superior (la major part dels programes de prevenció familiar selectiva o indicada inclouen entre 8 i 15 sessions). La població amb més risc té més dificultats per aplicar els aprenentatges adquirits en el programa i, per tant, es necessiten més sessions per incidir en els aspectes essencials de la intervenció. A més, també s'han de tenir en compte que són famílies que requereixen l'atenció d'altres necessites bàsiques, més enllà de les necessitats educatives, com ara qüestions econòmiques, socials, etc.

---

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

La durada aconsellada de les sessions formatives no hauria de superar les dues hores, per tal d'evitar la fatiga i de mantenir el nivell adequat d'implicació i atenció dels participants.

Les intervencions realitzades en els serveis informatius i d'assessorament es poden adaptar a les necessitats particulars de cada família concreta. Així que és possible que una demanda es pugui resoldre en una sessió o bé que es necessitin més trobades per atendre cada cas particular. Moltes vegades això dependrà de si es fa una demanda voluntària o la família ve derivada d'un altre servei, institució, etc. Per exemple, existeixen protocols d'actuació amb famílies davant situacions particulars de consum dels fills o filles, com és el cas dels programes alternatius a la sanció administrativa davant el consum o tinença de drogues il·legals a la via pública. En aquests casos, l'atenció a les famílies acostuma a constar de més d'una sessió: una sessió d'acollida, exploració i informació; una o dues sessions més, que són d'intervenció, i una darrera sessió de tancament.

## **6. MOMENTS PROPICIS PER INTERVENIR**

Les intervencions de prevenció familiar són efectives des de la infància fins a l'adolescència. A partir d'aquesta etapa, no hi ha tanta evidència sobre l'èxit d'aquests programes. Tanmateix, dintre d'aquest cicle vital hi ha moments en què les famílies poden estar més receptives a participar en aquest tipus d'intervenció. Aquestes ocasions acostumen a coincidir amb moments de canvis, com per exemple l'inici d'una nova etapa escolar del fill o filla, i també si es viuen esdeveniments que poden resultar perjudicials per als fills o filles (separacions, experiències traumàtiques, conflictes legals, etc.).

## **7. ESCENARIS D'INTERVENCIÓ**

És important que la intervenció es desenvolupi en un espai conegut, confortable i accessible (físicament i socialment) per a les persones assistents. L'adherència a la intervenció pot augmentar si es du a terme en espais normalitzats (centre educatiu, centre cultural, llocs de treball, etc.) perquè així s'eviten situacions d'estigmatització. Així, algunes intervencions familiars s'han dissenyat per implementar-se en l'entorn laboral, en les estones de descans, etc.

L'èxit depèn també de la viabilitat del programa en el context organitzacional i comunitari. Això vol dir que la comunitat ha d'acceptar les intervencions i també que aquestes han de rebre un ampli suport organitzacional. Com s'ha dit, els programes familiars tenen més probabilitat de ser acceptats si s'emplacen en organitzacions normalitzades o en escenaris confortables i creïbles.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

8. NIVELLS PREVENTIUS

Les intervencions de prevenció universal que treballen habilitats parentals aconseguen modificar factors familiars que perduren a mitjà i llarg termini.

Els programes selectius i indicats més eficaços són els que s'implementen en les primeres etapes del cicle vital, en la primera infància o inclús en l'etapa prenatal.

Les intervencions dirigides a dones embarassades o mares primerenques en situació d'alt risc social poden prevenir el consum de drogues dels fills i, a més, tenen una relació cost-efectivitat positiva. Aquestes intervencions se solen basar en visites professionals domiciliàries, regulars i perllongades en el temps, que ofereixen suport professional en la criança, vinculació afectiva amb el (futur) fill, habilitats parentals i assessorament en salut, llei, habitatge, treball, etc.

Les intervencions dirigides a famílies amb fills preadolescents o adolescents que presenten problemes de conducta i/o baix rendiment escolar associat a absentisme o a una baixa vinculació amb l'escola són eficaces per prevenir el consum de drogues i els problemes que hi estiguin relacionats. Alhora, aquests efectes positius es fan també extensius a altres conductes de risc.

La incorporació de la família en les intervencions dirigides a adolescents consumidors afavoreix el compromís i la vinculació del menor amb la intervenció preventiva, millora el funcionament familiar i possibilita una vinculació més forta del menor amb grups d'iguals no consumidors.

ATENCIÓ!



1. DETERMINANTS

Les intervencions familiars que només es basen a proporcionar coneixements sobre les drogues i els seus riscos perquè les famílies els transmetin als fills són ineficaces. També s'han mostrat ineficaces les intervencions familiars que debiliten l'autoritat paterna. Justament, apoderar les famílies i enfortir el seu rol en l'educació dels fills són dues de les característiques essencials que s'han de treballar amb els pares i les mares.

2. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

2.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Els mètodes i les estratègies d'aprenentatge passiu com les classes magistrals, les xerrades o les conferències no són efectives i no aconseguen canvis ni en les famílies ni en els fills.

2.2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

Les intervencions de prevenció familiar aplicades per persones que no han rebut formació sobre la seva aplicació no funcionen.

## ÀMBIT COMUNITARI

### RAONS PER INTERVENIR

- ▶ Els programes d'àmbit comunitari són essencials per implicar, capacitar i enfortir els membres d'una comunitat en l'anàlisi, la prevenció i la solució dels problemes associats al consum de drogues. És, per tant, un **àmbit estratègic per a la prevenció**.
- ▶ Una intervenció comunitària és un conjunt d'activitats planificades i coordinades per implicar o donar resposta a diferents agents: societat civil organitzada, les administracions públiques i el sector privat, en la prevenció de l'abordatge dels problemes relacionats amb el consum de drogues. Aquestes intervencions són multicomponents. Acostumen a incorporar **mesures educatives i de sensibilització, així com mesures normatives**, i solen desenvolupar-se en diversos **àmbits** (educatiu, familiar, medi obert, etc.). En el context d'aquesta mena d'intervenció, les **coalicions comunitàries** esdevenen un actor clau per impulsar actuacions de prevenció.
- ▶ Les intervencions comunitàries eficaces arriben a la població a través de **diferents àmbits** i amplifiquen l'efecte positiu de les intervencions preventives aplicades en d'altres. Per exemple, poden impactar fortament en les **normes comunitàries**, enfortir el canvi d'actituds envers l'abús de drogues, minorar l'efecte de possibles factors de risc social, contribuir que les persones adoptin estils de vida més saludables, promoure mesures normatives d'acord amb les necessitats socials i millorar-ne el compliment i l'acceptació, entre d'altres. [>> Missatge clau | Intervencions eficaces](#)
- ▶ Aquestes intervencions contribueixen a **optimitzar els recursos** existents en un territori, permeten donar **coherència als missatges preventius** i ajuden a reduir l'estigma que viuen determinats col·lectius en condicions de desavantatge social.

## DETERMINANTS

Els **determinants conductuals/psicosocials** que s'acostumen a treballar són els coneixements i les creences, amb l'objectiu de transmetre informació rellevant a diferents grups de la població per canviar-los les actituds envers les drogues.

L'objectiu dels **determinants d'entorn** és aconseguir un context comunitari més segur mitjançant l'acció social, en concret, capacitant i enfortint la comunitat. Per això, els determinants que convé treballar inclouen: a) afavorir la cohesió social i la implicació comunitària en la cerca de solucions als problemes de drogues al territori; b) promoure recursos (assistencials, socials, etc.) per atendre les persones amb problemes de drogues i les seves famílies, i c) limitar l'accessibilitat, la disponibilitat i la promoció de les drogues.

## MODELS TEÒRICS

Les intervencions d'aquest àmbit s'acostumen a basar en enfocaments teòrics de caire comunitari i organitzacional, entre els quals destaquen el **model de promoció de la salut**, el **model ecosistèmic** i els **enfocaments participatius i d'organització comunitària**. Així mateix, convé tenir presents els postulats d'enfocaments més interpersonals, de caire sociocognitiu, com és el cas de la **teoria de l'aprenentatge social**. [-> Missatge clau | Models teòrics](#)

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

### 1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Les intervencions comunitàries són més eficaces quan formen part de l'estratègia global d'abordatge de les drogues en un territori, per exemple, d'un pla local de drogues. És recomanable que les intervencions en aquest àmbit incorporin cinc mesures bàsiques:

- ▶ El desenvolupament d'accions en diferents àmbits de la comunitat.
- ▶ L'organització d'accions coordinades.
- ▶ La programació d'intervencions sostenibles, mantingudes al llarg del temps.
- ▶ Un enfocament realista i compartit de la finalitat de les accions comunitàries, per part dels diferents grups d'interès.
- ▶ El suport de mesures legislatives.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

Les intervencions comunitàries requereixen un esforç molt important de coordinació, coresponsabilitat i transversalitat entre els diferents grups d'interès del territori. Per això, abans de dissenyar una intervenció comunitària, convé:

- ▶ Valorar la disponibilitat de l'entorn per intervenir en l'àmbit de les drogues. Això vol dir conèixer la disponibilitat de la població i la comunitat per participar-hi. I, si cal, abans s'han d'invertir esforços per motivar els diferents grups d'interès. Així mateix, també és important conèixer les diferents accions que es desenvolupen al territori, els resultats que han obtingut i la valoració que en fa la població i els diferents agents implicats.
- ▶ Destinar un temps suficient per explicar, motivar i negociar amb els diferents grups d'interès una visió per acordar quins són els punts prioritaris compartits o buscar elements d'acord sobre les situacions relacionades amb l'ús de drogues al territori.
- ▶ Implicar la comunitat des de l'inici del procés d'intervenció, és a dir, des de la detecció de necessitats, la definició d'objectius i les estratègies d'intervenció.
- ▶ Incorporar mecanismes per gestionar situacions de tensió i solució de conflictes, si escau.

Els mètodes de les intervencions de l'àmbit comunitari estan dirigits fonamentalment a modificar determinants d'entorn, de manera que es treballa simultàniament des de diferents vessants i s'hi implica el màxim nombre d'agents social. Les quatre estratègies que s'han mostrat més eficaces són:

- 1. Implantar mecanismes d'acció comunitària que vetllin per l'estratègia preventiva definida al territori.** Això vol dir que cal generar la capacitat comunitària necessària que mobilitzi el teixit social, les institucions, organitzacions, etc. en la construcció d'estils de vida més saludables en relació amb el consum de drogues. La mobilització comunitària es pot aconseguir a través d'accions com ara: 1) identificar agents clau de la comunitat rellevants per a cada tipus d'intervenció (p. ex. joves si els programes van dirigits a aquest col·lectiu); 2) involucrar tots els grups d'interès rellevants per a la intervenció (líders comunitaris, població destinatària, professionals, representants del sector privat, etc.) amb processos transparents de captació i participació; 3) crear equips o coalicions comunitàries de treball; 4) contrastar les percepcions del fenomen de les drogues, així com les expectatives del que es pot aconseguir; 5) definir una estructura i uns processos d'organització (llocs de reunió, cronograma, etc.); 6) determinar els objectius d'equip i també les tasques, funcions, límits i processos de decisió de cada membre de l'equip; 7) planificar amb cura com, quan i a on intervenir, i 8) capacitar l'equip per potenciar l'acció comunitària (p. ex. formar-lo en lideratge, comunicació, aspectes tècnics relacionats amb les drogues, etc.), entre d'altres.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

Això es pot aconseguir proposant i mantenint iniciatives comunitàries, col·locant qüestions relacionades amb les drogues a l'agenda política pública, enfortint la coordinació entre les iniciatives locals, promovent l'aplicació d'intervencions de qualitat, monitoritzant les polítiques, regulacions i normatives, fent propostes legislatives o difonent estudis i informes rellevants sobre drogues, entre d'altres.

A la vegada, hi ha estratègies de planificació que, malgrat que no s'han dissenyat per afavorir la mobilització social, la coresponsabilitat i la participació, aconsegueixen implicar la comunitat en l'acció sobre prevenció de les drogues. Per exemple, s'ha creat un observatori com a instrument d'informació, anàlisi, diagnòstic i planificació amb l'objectiu de disposar d'un sistema d'informació estable, d'avaluar els programes d'intervenció i d'adequar les intervencions a les necessitats detectades. Un cop s'han creat els equips per a l'acció comunitària és el moment d'aplicar les mesures per proveir aquestes accions de contingut i suport.

- 2. Afavorir un context social cohesionat i integrador.** És necessari garantir uns serveis socials de qualitat, especialment per a la població que presenta més desavantatges socials. Per això, en aquest àmbit també és molt recomanable generar serveis de protecció i desenvolupar accions que en garanteixin la disponibilitat i hi facilitin l'accés.

Alhora, convé apropar la realitat de les drogues als diferents serveis d'atenció a les persones. Una manera de fer-ho és formar i facilitar eines i recursos als professionals d'aquests serveis. Se sap que l'entorn social influeix en els comportaments i en la salut de les persones. Sota aquest criteri, es pot preservar un context social protector, per exemple, generant mesures educatives alternatives a les sancions per consum o tinença en espais públics, creant equipaments que siguin necessaris per a la població, facilitant oportunitats socials d'atenció i reinserció, generant serveis per atendre persones amb necessitats especials (que consumeixen drogues, amb desavantatges socials, etc.).

De manera general, per aconseguir el desenvolupament de mesures reguladores, mecanismes d'acció comunitària i un context social cohesionat es poden utilitzar estratègies metodològiques com les següents: fer jornades; crear comissions de treball; incorporar mecanismes de negociació; fer entrevistes amb agents clau; generar plataformes i taules de coordinació amb diferents persones implicades i concretar pactes per escrit; formar diferents sectors (educatius, socials, etc.); generar fòrums virtuals i espais d'intercanvi d'experiències, de supervisió i de seguiment d'accions, i utilitzar tecnologies de la informació i la comunicació per generar xarxes socials comunitàries per intercanviar informació i treballar conjuntament.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

**3. Treballar amb la comunitat per desenvolupar tasques de sensibilització.** Aquesta estratègia és clau per treballar els determinats conductuals/psicosocials. Es poden dissenyar diferents estratègies de sensibilització comunitària, com ara: accions de divulgació en els mitjans de comunicació, celebració d'esdeveniments, activitats especials i puntuals (p. ex. setmanes o dies dedicats a un tema específic), jornades, xerrades, conferències o taules rodones, organització de tertúlies o debats, etc.

El contingut d'aquestes accions pot ser divers: debatre la implantació de mesures legislatives, intercanviar informació sobre els efectes nocius de l'ús de drogues, consensuar una intervenció sobre drogues, dialogar sobre els resultats d'una intervenció, acordar el desenvolupament d'un servei d'atenció, etc.

**4. Desenvolupar una regulació específica sobre drogues.** Això inclou el desenvolupament d'una normativa referida a la tinença, el consum, la venda, la publicitat, la promoció i el patrocini de les drogues. Alhora, comprèn els procediments d'inspecció i de sanció i les mesures alternatives davant l'incompliment de la normativa. El desenvolupament d'una regulació específica s'ha mostrat efectiva en el cas del tabac i l'alcohol, ja que ha aconseguit reduir la prevalença de consum d'aquestes substàncies i els riscos associats al consum. En concret, s'han mostrat efectives les mesures següents:

- ▶ Augmentar els preus, apujant els impostos que graven les begudes alcohòliques i el tabac.
- ▶ Prohibir-ne la publicitat, la promoció del consum i el patrocini.
- ▶ Incrementar l'edat mínima legal per a la venda d'alcohol o tabac.
- ▶ Limitar els horaris i dies de venda d'alcohol.
- ▶ Reduir la densitat dels punts de venda d'alcohol.
- ▶ Incorporar accions que vetllin per l'acceptació i el compliment de les mesures legals.
- ▶ Fer un acompanyament comunitari de la implantació de mesures legislatives: explicar les implicacions de les regulacions al conjunt de la població i a sectors concrets. [>> Missatge clau | Law Enforcement](#)

Les mesures normatives s'haurien d'aplicar un cop es disposa dels recursos tècnics i econòmics necessaris per aplicar-les i monitoritzar-ne el compliment, i després d'haver explicat a la població el sentit i la utilitat que tenen (sensibilització).

Actualment, un dels reptes en la regulació específica de drogues és monitoritzar i regular l'ús creixent d'internet (surface web i deep web) com a mitjà per comprar, vendre i promoure l'ús de drogues.



---

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

## 2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

Com s'ha vist, les intervencions que acostumen a desenvolupar-se en l'àmbit comunitari involucren diferents persones i mitjans.

Per una banda, hi ha molta implicació dels **equips tècnics locals d'atenció a les persones** (p. ex. professionals de la salut, serveis socials, educació, joventut, esports, cultura, etc.), **educadors i educadores socials, educadors i educadores de carrer**, persones vinculades **a entitats del món associatiu, professionals experts en drogues, professionals dels mitjans de comunicació social, TIC**, etc. Aquestes persones són agents clau per desenvolupar intervencions en l'àmbit comunitari.

D'altra banda, en l'aplicació de mesures legals intervien **professionals de l'àmbit jurídic, cossos de seguretat, etc.** [>> Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#) i [>> Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

## 3. ESCENARIS D'INTERVENCIÓ

L'espai comunitari per excel·lència és aquell on té lloc la participació social. En aquest sentit, les intervencions comunitàries s'acostumen a desenvolupar en diferents espais, com ara el carrer, el barri, les institucions, les entitats, els mitjans de comunicació, etc.

## 4. INTENSITAT DE LA INTERVENCIÓ

L'efectivitat de les intervencions comunitàries se sol aconseguir després d'un temps d'implementació. Això vol dir que cal incorporar-hi mecanismes de control, seguiment, suport a l'aplicació, verificar el progrés del programa i veure si es fan les accions i s'assoleixen els objectius establerts. Involucrar la universitat (o centres d'investigació) perquè s'encarregui d'aquesta tasca sembla que ha donat bons resultats.

---

## ATENCIÓ!



### 1. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 1.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Abans d'aplicar una intervenció comunitària cal explorar la disponibilitat de la comunitat per implicar-s'hi i participar-hi. D'aquesta manera es podrà evitar implementar-la en un entorn poc receptiu. La disponibilitat de l'entorn és un element clau perquè una comunitat participi en una intervenció i contribueixi a millorar una situació relacionada amb l'ús de drogues.

Els mecanismes de participació comunitària han de ser clars, transparents i flexibles, i s'han d'incorporar des del principi. Altrament, es corre el risc de no aconseguir una veritable implicació dels diferents grups d'interès.

#### 1.2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

Les persones que participen en la intervenció necessiten rebre formació en metodologia comunitària, suport i assessorament. Convé iniciar una intervenció comunitària assegurant que es disposa dels recursos humans necessaris per atendre les demandes de les diferents persones implicades en la intervenció.

## ÀMBIT DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ SOCIAL

### RAONS PER INTERVENIR

- ▶ Les intervencions eficaces en els **mitjans de comunicació social** (TV, ràdio, premsa, TIC, xarxes socials, etc.), **combinades amb intervencions en l'àmbit educatiu i comunitari** han aconseguit reduir l'inici del consum de tabac entre els joves, el consum de tabac en la població adulta i els accidents de trànsit vinculats amb l'alcohol. [>> Missatge clau | Intervencions eficaces](#)
- ▶ Les intervencions eficaces en els mitjans de comunicació social, per si soles, no aconsegueixen canviar conductes. No obstant això, poden **incrementar** els coneixements, **sensibilitzar** sobre els riscos associats al consum de drogues, augmentar la **percepció de risc, influir en les creences i les actituds** envers les drogues, **contrastar conceptes erronis, mostrar els beneficis d'un comportament** preventiu, **mostrar com fer una conducta** saludable o **donar suport a una intervenció, entre d'altres**.
- ▶ El potencial d'aquestes intervencions radica en el fet que poden transmetre missatges preventius simples, ràpids i repetits a molta població (prevenció universal), inclús a sectors de la població que accedeixen amb menys freqüència a intervencions de caire més educatiu i intens, com ara la formació en diverses sessions.
- ▶ Tradicionalment, la indústria de l'alcohol i el tabac ha utilitzat els mitjans de comunicació social com a vehicle per incrementar el consum dels seus productes. Actualment, la presència d'aquestes drogues als mitjans de comunicació en massa s'ha reduït, però hi continua present, per exemple, a través del patrocini. D'altra banda, les tecnologies de la informació i la comunicació s'estan **convertint en un mitjà molt utilitzat per vendre i comprar drogues**, ja que ofereixen possibilitats molt atractives com ara l'anonimat, una propagació ràpida, poca regulació, baix control, etc.

---

## DETERMINANTS

En les intervencions de l'àmbit dels mitjans de comunicació social s'acostumen a treballar els determinants conductuals/psicosocials. En particular, els coneixements, les actituds i les intencions d'ús de les drogues.

Per promoure actituds favorables a la prevenció és molt recomanable incidir en creences, com ara, la percepció de risc, les creences normatives, els beneficis i les barreres percebudes d'una conducta preventiva, les creences sobre els riscos d'ús d'una droga o l'autoeficàcia per fer front a una situació de pressió per consumir, entre d'altres.

Quant als determinants d'entorn, les intervencions en l'àmbit dels mitjans de comunicació solen desenvolupar accions informatives, tertúlies, debats, etc. per donar suport a canvis socials, comunitaris, organitzacionals, etc. Per exemple, desenvolupar una acció comunicativa per difondre un servei d'atenció, per defensar un posicionament sobre un tema relacionat amb les drogues o per enfortir aliances organitzacionals i col·laborar plegats en una intervenció, etc.

---

## MODELS TEÒRICS

Les **teories de la comunicació** i el **màrqueting social** acostumen a ser els enfocaments teòrics emprats per planificar les intervencions en l'àmbit dels mitjans de comunicació social. També es preveuen els postulats derivats dels models sociocognitius (model de creences, teoria de l'acció planificada, etc.) i recentment també es fa servir la **teoria del superpeer** per explicar la influència dels mitjans de comunicació social en el comportaments dels joves. >> [Missatge clau | Models teòrics](#)

---

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

### 1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Els mètodes i les estratègies d'intervenció en aquest àmbit tracten de promoure canvis en els determinants conductuals/psicosocials i d'entorn mitjançant eines de comunicació de masses. Per exemple, respecte als primers es poden utilitzar estratègies per incrementar la percepció de risc associada al consum d'una substància, augmentar coneixements, promoure actituds favorables al no-consum, impulsar el compromís d'un canvi de comportament, promoure el sentit crític, contrastar una informació, desmuntar mites, etc. Pel que fa als determinants d'entorn, es podrien utilitzar eines de comunicació social per ajudar a aconseguir els canvis socials, com ara afavorir les relacions entre famílies i fills per implicar-los en una acció preventiva o informar diferents subgrups de població perquè la societat civil s'organitzi per demanar canvis als polítics, entre d'altres.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

Entre les estratègies de comunicació de masses destaquen:

- ▶ **Elaborar anuncis o campanyes publicitàries.** Es tracta de difondre informació preventiva a través de diferents mitjans, canals de difusió i espais. Els anuncis ajuden a posar èmfasi en el què i el com es pensa una situació relacionada amb les drogues.
- ▶ **Introduir informació o situacions preventives en programes d'entreteniment.** Consisteix a integrar missatges, actituds, situacions o comportaments en programes d'entreteniment, divulgatius o informatius dirigits a diferents poblacions.
- ▶ **Promocionar una actitud crítica de la població envers els mitjans de comunicació social** mitjançant estratègies que ensenyin a la població a valorar críticament la informació mediàtica (TV, TIC, xarxes socials, etc.) sobre les drogues. Això es pot fer, per exemple, mostrant els interessos ocults que hi ha darrere del negoci de les drogues, les motivacions que promou la indústria o destapant els missatges publicitaris per contrarestar els efectes de la publicitat (explícita o implícita) de les drogues.
- ▶ **Fer activisme.** En aquest àmbit, l'activisme és la incidència política exercida per la societat civil organitzada amb l'objectiu de canviar l'entorn social en el qual es prenen les decisions sobre drogues. Algunes maneres de fer-ho és posant una necessitat vinculada a les drogues en l'agenda pública, organitzant debats sobre el tractament de les drogues en espais informatius i divulgatius o aconseguint aliances estratègiques entre diferents sectors.

És recomanable que les intervencions en l'àmbit dels mitjans de comunicació es planifiquin de manera que formin part d'intervencions multicomponents (comunitàries, educatives, etc.). Per exemple, el disseny d'una campanya informativa per prevenir la conducció de vehicles sota els efectes de l'alcohol seria una acció més complexa que la simple creació de missatges preventius en els mitjans de comunicació. A continuació, es presenten els passos que convé seguir per desenvolupar una intervenció en aquest àmbit:

**1r. Determinar els objectius**

- ▶ Identificar els objectius de la intervenció educativa, familiar, comunitària, etc. que es podrien aconseguir mitjançant accions en els mitjans de comunicació.
- ▶ Definir els objectius específics de la campanya de comunicació i integrar-los en la intervenció general.

**2n. Definir la població destinatària**

- ▶ Precisar la població o subgrups de població a qui es vol transmetre la informació.
- ▶ Recopilar la informació rellevant sobre la població (determinants conductuals/psicosocials, l'entorn social, característiques socioeducatives, etc.).

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

**3r. Elaborar missatges i seleccionar mitjans i canals efectius**

- ▶ Elaborar missatges que siguin coherents amb la intervenció i adequats a la població.
- ▶ Identificar els canals accessibles i les fonts creïbles que poden influir en la població.
- ▶ Escollir els mitjans més adequats per transmetre els missatges (material a premsa, pòsters, notícies a la ràdio o la TV, Internet, xarxes socials — Facebook, Twitter, Instagram, etc. —, jocs d'ordinador, etc.).
- ▶ Triar els moments òptims per arribar a la població.

**4t. Fer una prova pilot >> [Missatge clau | Prova pilot](#)**

- ▶ Planificar i desenvolupar una prova pilot dels missatges i dels materials.
- ▶ Triar els mètodes per fer la prova (entrevistes, grups focals, qüestionaris, etc.) que s'ajustin millor al pressupost i el calendari.
- ▶ Modificar els materials i missatges d'acord amb els resultats de la prova pilot.

**5è. Implementar la intervenció**

- ▶ Implementar la campanya segons la planificació.
- ▶ Assegurar que es tenen els recursos necessaris per implementar la intervenció amb rigor.
- ▶ Coordinar-se amb els agents implicats perquè la intervenció funcioni sense problemes.
- ▶ Recollir indicadors per avaluar el procés.

**6è. Avaluar la intervenció**

- ▶ Avaluar el procés i incorporar-hi els canvis necessaris per ajustar la intervenció i aconseguir efectes més grans.
- ▶ Avaluar els resultats, si es pot.

1. Informació extreta de U.S. Departament of Health & Human Services. Public Health Service National Institutes of Health. National Cancer Institute. *Making Health Communication Programs Work*.

**2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS**

Els mitjans aplicadors poden ser: missatges i/o anuncis en els mitjans de comunicació (ràdio, TV, premsa, Internet), com ara rodes de premsa, articles a revistes, cartells, fullets, flyers, webs, blogs, xarxes socials, jocs d'ordinador, informació en programes d'entreteniment (tertúlies, telenovel·les, dibuixos), etc.  
>> [Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

**3. DURADA DE LA INTERVENCIÓ**

Les intervencions en els mitjans de comunicació han de romandre exposades a la població diana durant un temps suficient per captar la seva atenció, perquè el missatge es pugui retenir i processar i adquireixi un significat útil per a la persona. Els factors que poden fer variar la intensitat d'una intervenció comunicativa són:

- ▶ Les característiques de la població (p. ex. el grau de disposició al canvi de comportament, la velocitat de processament de la informació, etc.).
- ▶ El nivell de complexitat de la informació que es transmet.
- ▶ La presència de missatges simultanis de la competència (p. ex. publicitat de l'alcohol).

Tanmateix, com a norma general, es podria dir que com més cobertura informativa, més impacte i més opinió pública sobre la importància de la notícia.

**4. CONTINGUTS DEL MISSATGE**

El contingut dels missatges és un element clau de les intervencions en l'àmbit dels mitjans de comunicació. No obstant això, determinats tipus d'informació sobre drogues són més efectius que d'altres:

- ▶ Informació sobre els riscos immediats derivats del consum, especialment per als joves (coma etílic, accidents, etc.).
- ▶ Informació sobre els beneficis de canviar una conducta. Per exemple, informar sobre els efectes immediats associats a l'abandó del consum de tabac, especialment en la població adulta.
- ▶ Informació per treballar les creences normatives sobre l'ús de drogues (p. ex. promoure una imatge positiva de la persona no consumidora per facilitar que els adolescents se sentin menys atrets per iniciar-se en el consum de drogues, proporcionar dades de consum reals de diferents substàncies per contrastar les percepcions sobre els percentatges de consum en la població, etc.).
- ▶ Missatges que qüestionen els estereotipis associats al consum de drogues.
- ▶ Informació sobre els interessos de les estratègies comercials vinculades a les drogues.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

- ▶ Informació que il·lustri habilitats. Per exemple, una situació d'afrontament davant la pressió per consumir.
- ▶ Informació sobre la implementació d'un servei o una intervenció.
- ▶ Informació per defensar un posicionament o un canvi legislatiu relacionat amb les drogues.
- ▶ En el cas del tabac, la informació sobre l'exposició al fum ambiental.

## 5. CARACTERÍSTIQUES FORMALS DEL MISSATGE

Convé que la informació relacionada amb les drogues sigui:

- ▶ **Rigorosa i objectiva.** La informació hauria de basar-se en l'evidència científica i fugir de les experiències personals, de qüestions subjectives i, sobretot, ser respectuosa (tenint en compte les sensibilitats de les persones que consumeixen com de les que no).
- ▶ **Clara, comprensible i creïble.** Els missatges haurien d'estar lliures de terminologia tècnica i informació innecessària per prendre decisions. Així mateix, les frases haurien de ser senzilles, curtes i simples. També cal evitar donar massa informació alhora.
- ▶ **Consistent.** Tots els elements d'una campanya haurien de ser consistents amb la informació, els elements gràfics, les imatges, etc. que es transmeten en el marc de la intervenció a la qual pertany.
- ▶ **Atractiva.** S'ha d'informar sense alarmismes i de manera positiva, evitant presentar-ho com un problema, sense generar por, i emfatitzant les propostes preventives i saludables.
- ▶ **Rellevant i ajustada** a les necessitats, les característiques socioeducatives, els valors i el llenguatge de la població diana. També és important incloure tant la població diana com la població intermediària. Per exemple, en el cas de les intervencions comunicatives dirigides a infants convé pensar també en missatges informatius per a les famílies.



## ATENCIÓ!



### 1. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 1.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Les intervencions comunicatives mal dissenyades o que no disposen dels recursos suficients per desenvolupar-se adequadament poden ser contraproductives, obtenir resultats contraris als desitjats (p. ex. incrementar el desig per consumir) i fer que la població sigui més reticent a acceptar els missatges preventius.

Les accions en els mitjans de comunicació aïllades de les intervencions en altres àmbits són insuficients per reduir la prevalença de consum de drogues. Només poden contribuir a aquest propòsit si es fan en el conjunt d'una intervenció multicomponent.

#### 1.2. CONTINGUTS DEL MISSATGE

Els missatges que volen dissuadir del consum informant sobre els riscos a llarg termini no solen ser efectius, sobretot si es dirigeixen a població jove. Això també passa amb els missatges que promouen l'abstinència, ja que solen generar resistències en la població. En aquest sentit, convé parar atenció als missatges que es transmeten, perquè poden desvirtuar l'emissor i anul·lar l'acceptació de futurs missatges de prevenció sobre drogues, que potser són més adequats i, fins i tot, efectius.

Fins ara, hi ha resultats incerts sobre les intervencions en els mitjans de comunicació per prevenir el consum de drogues il·legals. De fet, hi ha estudis que mostren un augment del desig per consumir després d'estar exposats als missatges. Això pot passar perquè certes campanyes poden contribuir a normalitzar un tipus de consum pel fet que el missatge es transmet per un mitjà de comunicació de masses. Per tant, convé actuar amb cautela amb intervencions de prevenció sobre drogues il·legals en els mitjans de comunicació social.

#### 1.3. CARACTERÍSTIQUES FORMALS DEL MISSATGE

És convenient restringir al màxim el nombre de missatges o d'inputs informatius que es transmeten en una acció informativa en els mitjans de comunicació. Això contribueix a reduir la complexitat del procés comunicatiu.

A més, les intervencions en els mitjans de comunicació social que utilitzen la por per promoure actituds favorables al no-consum acostumen a reduir les capacitats d'afrontament i la confiança en un mateix per fer front a situacions relacionades amb el consum de drogues. Per exemple, la por no acostuma a connectar amb l'experiència de les persones que han consumit alguna droga i han experimentat plaer i, per tant, pot passar que siguin reticents a atendre aquest tipus de missatge.

## ÀMBIT LABORAL

### RAONS PER INTERVENIR

- ▶ Les empreses que desenvolupen plans eficaços de prevenció i atenció als problemes relacionats amb les drogues aconsegueixen reduir els períodes de baixa, l'absentisme i els accidents laborals, enfortir les relacions laborals i millorar l'ambient de treball. [>> Missatge clau | Intervencions eficaces.](#)
- ▶ Les intervencions en l'àmbit laboral accedeixen a una part important de la població adulta i proporcionen l'oportunitat a les persones treballadores, caps, etc. d'implicar-se en la protecció de la pròpia salut i aconseguir que treballin en entorns més segurs davant el consum de drogues. Sortosament, existeixen guies que orienten sobre com fer-ho.
- ▶ De vegades, l'entorn laboral comporta riscos psicosocials que poden tenir un impacte en el consum de substàncies. Ja fa temps que l'Organització Internacional del Treball ha alertat sobre la gravetat del consum de substàncies a la feina, ja que comporta un detriment de la salut i del benestar de les persones consumidores i de les seves famílies, pèrdua de productivitat, la probabilitat de tenir més accidents laborals, més absentisme i l'increment de baixes laborals per aquesta qüestió. A més, pot repercutir en una imatge corporativa negativa i ocasionar efectes nocius en el clima laboral.
- ▶ Alguns estudis mostren que en certs entorns, situacions, sectors, categories professionals i professions es concentren més factors de risc que en d'altres.

---

## DETERMINANTS

La tradició per aplicar intervencions preventives en l'àmbit laboral ha estat inferior a la d'altres àmbits. Això ha comportat que disposem de menys evidència científica referida a l'eficàcia d'aquestes intervencions. No obstant això, diferents publicacions constaten que aquestes intervencions aconseguiran més beneficis si treballen tant determinants **conductuals/psicosocials** de la població activa com determinants **de l'entorn** de treball.

En relació amb els determinants **conductuals/psicosocials** es recomana centrar les intervencions en aspectes que contribueixin al benestar de la persona treballadora, encara que aparentment molts d'aquests determinants semblin allunyats del consum de substàncies. Per exemple, es recomana incidir en les actituds envers el consum de drogues a la feina, envers les polítiques i els programes d'empresa per promoure la salut i també en relació amb la normativa empresarial sobre el consum de drogues. També es recomana treballar determinants com les habilitats emocionals per afrontar situacions laborals que poden afectar l'estat emocional de la persona (p. ex. cansament, estrès, insatisfacció professional, baixa autoeficàcia davant les exigències laborals, etc.), habilitats socials que ajudin a afavorir la relació entre els diferents agents de l'entorn de treball (p. ex. habilitats de comunicació) i **habilitats per optimitzar el treball** (lideratge, gestió del temps, etc.).

Quant als determinants d'entorn és recomanable **atenuar les condicions de treball que poden propiciar consums de substàncies**, com ara: l'accessibilitat a les drogues, la tolerància del consum a la feina, la manca de normativa empresarial compromesa amb l'atenció a la salut, les jornades laborals perllongades, els torns rotatius, les tasques rutinàries i monòtones, la manca de promoció i desenvolupament personal i professional, la saturació de feina, el treball a preu fet, la inseguretat laboral, el baix compromís amb la feina, la insatisfacció i les tensions laborals. En aquest sentit, les polítiques empresarials referides a la promoció de la salut han de ser molt clares, han d'estar consensuades i tot el personal vinculat a l'organització les ha de conèixer.

---

## MODELS TEÒRICS

L'enfocament de referència que s'acostuma a utilitzar per planificar les intervencions en l'àmbit laboral és el de la promoció de la salut. Així, es dissenyen tant accions per incrementar les capacitats personals de les persones treballadores com accions per fer ambients laborals més saludables. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha publicat informes que ajuden a emmarcar i planificar les intervencions de salut laboral.

Com en altres àmbits, les intervencions dirigides a treballar els determinants conductuals/psicosocials es poden basar en els **models sociocognitius** de canvi de conducta, així com en els **models de reducció de riscos**. A més, les intervencions preventives en l'àmbit laboral planificades seguint el model d'**estadis de canvi** s'han mostrat efectives perquè tenen en compte les diferents necessitats del conjunt de la població treballadora. >> [Missatge clau | Models teòrics](#)

L'àmbit laboral també disposa d'un marc legal ampli en el qual s'encabeixen les intervencions de prevenció i atenció en l'àmbit del consum de drogues. >> [Missatge clau | Marc legal en l'àmbit laboral](#)

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

**1. MÈTODES I ESTRATÈGIES**

Per treballar tant els determinants conductuals/psicosocials com els coneixements, les creences i les actituds envers les drogues i desenvolupar intervencions de prevenció i atenció en l'entorn laboral, es recomana utilitzar mètodes i estratègies de sensibilització, comunicació i/o formació.

En relació amb les estratègies de sensibilització i comunicació, és prioritari que la direcció, els quadres de comandaments intermedis i tot el personal laboral coneguïn els riscos derivats del consum de drogues i les polítiques preventives.

Referent a la formació, convé tenir en compte les substàncies més consumides en relació amb els diferents sectors professionals i adaptar els continguts als diversos agents de l'entorn laboral: persones treballadores, comandaments intermedis, caps, delegats sindicals, etc. La formació ha d'emfatitzar les possibles conseqüències laborals, socials i de salut que es poden derivar de consumir drogues a la feina.

Pel que fa a les accions centrades a treballar les habilitats és recomanable desenvolupar sessions formatives per ensenyar tècniques de gestió de l'estrès i desenvolupar competències personals i laborals que ajudin a incrementar el benestar de les persones treballadores. A més, pel que fa a la formació, també cal treballar en el desenvolupament d'habilitats que permetin aplicar polítiques empresarials.

Quant als determinants d'entorn, convé: a) emmarcar les accions dintre d'una política d'empresa compromesa amb la salut de les persones treballadores; b) introduir l'atenció als problemes relacionats amb les drogues als convenis col·lectius; c) desenvolupar i comunicar una normativa clara respecte a l'atenció als problemes de drogues a la feina; d) generar espais lliures de drogues, incloure en la normativa de l'empresa l'eliminació de l'accessibilitat a substàncies i la prohibició de consumir drogues en espais vinculats a la feina i senyalitzar adequadament aquests espais, i e) integrar les intervencions de prevenció i atenció a les drogues dins de programes més amplis de promoció de la salut i de foment d'estils de vida saludables.

Una de les mesures més rellevants i eficaces que s'han fet a l'entorn d'aquest àmbit és la prohibició de fumar en els entorns laborals. Algun dels elements més importants que s'han vist associats a l'efectivitat d'aquestes accions són: 1) aconseguir un compromís polític i implicar la societat civil en el disseny d'aquestes polítiques; 2) utilitzar eficaçment els mitjans de comunicació per explicar els canvis legislatius, aconseguir el suport de la població, difondre l'impacte de la llei, etc.; 3) vetllar pel compliment de la llei, sobretot, just després que es promulgui; 4) responsabilitzar de l'incompliment de la llei les persones propietàries dels establiments i no les persones fumadores, i 5) aconseguir el suport de la població, fent accions de sensibilització per explicar els beneficis que comporten les mesures legislatives.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

D'altra banda, com s'ha indicat en l'apartat anterior, les condicions laborals poden comportar riscos psicosocials que desencadenen consums de substàncies. Convé tenir presents aquestes condicions quan es defineixen les característiques i els requeriments d'un lloc de treball.

Les intervencions en l'àmbit laboral efectives acostumen a ser multicomponents i inclouen estratègies de sensibilització, educatives, normatives, de detecció precoç, d'assessorament i de derivació a recursos assistencials, i estan planificades d'acord amb un pla d'acció sostenible a llarg termini.

Un dels aspectes rellevants per aconseguir intervencions eficaces és que participin diferents agents (persones treballadores, comandaments intermedis, representants sindicals, etc.) en la negociació de la política i l'abordatge del consum de drogues a la feina. També és recomanable crear un grup de seguiment per dissenyar, aplicar i avaluar la intervenció.

A més de la participació, un altre aspecte important de les intervencions de prevenció en aquest àmbit és que incorporin mecanismes transparents de comunicació. És fonamental que el personal conegui l'eficàcia i les millores que permeten assolir la intervenció, la política de l'empresa i els serveis d'atenció que pot utilitzar. Alhora, en les intervencions de prevenció i atenció en l'àmbit laboral que s'apliquen de manera individual, s'ha de respectar la confidencialitat de les persones treballadores.

## 2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

En aquest àmbit es recomana la participació de diferents agents. D'una banda, és necessari consensuar l'aplicació d'un protocol de prevenció i intervenció sobre el consum i els problemes de drogues a la feina. Per això, és recomanable que les **persones empresàries, treballadores, els seus representants i els professionals de la salut** participin de manera significativa en la planificació de la intervenció. L'èxit de la intervenció passa perquè hi hagi una veu col·lectiva que defensi el benestar personal i laboral. D'altra banda, a causa del caràcter preventiu, assistencial i de reinserció que acostumen a adquirir les intervencions en l'àmbit laboral, les persones involucrades poden incloure-hi responsables de prevenció de riscos laborals, representants sindicals, professionals de la salut i dels serveis socials, entre d'altres. [>> Missatge clau| Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

La formació dels diferents actors interessats en aquest àmbit també és un element molt important per aconseguir que s'hi impliquin. [>> Missatge clau| Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

**3. ESCENARIS D'INTERVENCIÓ**

Les intervencions de prevenció universal en l'àmbit laboral acostumen a desenvolupar-se en l'entorn de l'empresa. En canvi, les intervencions selectives o indicades poden requerir la incorporació d'altres recursos, fonamentalment d'atenció social i de salut.

**4. NIVELLS PREVENTIUS**

La recomanació que les intervencions laborals siguin multicomponent respon a la necessitat de fer intervencions a diferents nivells preventius: universal, selectiu i indicat, tenint en compte que la població activa pot acumular, en si mateixa, diferents factors de risc i pot tenir diferents patrons de consum: des de l'abstinència fins al consum problemàtic.

Pel que fa a les intervencions selectives o indicades, és recomanable incorporar serveis de suport, assessorament i atenció per a tota la població, però especialment per a les persones més vulnerables o que ja són consumidores. Aquests serveis poden ser: programes de detecció precoç, accions per valorar el nivell de risc individual, intervencions orientades a la derivació a serveis d'atenció, estratègies d'intervenció breu, serveis telefònics d'ajuda, mecanismes de control i vigilància de consum de drogues amb coneixement previ per part de les persones, programes de cessació, accions per implicar la família de les persones amb problemes de drogues, etc.

**ATENCIÓ!**



**1. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ**

**1.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES**

Els components que s'han mostrat ineficaços en les intervencions en l'àmbit laboral són: 1) la manca de suport polític i públic per aplicar mesures legals en aquest àmbit, i 2) la manca de consens en els protocols d'intervenció per part dels diferents actors de l'entorn laboral.

Quan s'apliquen intervencions per promoure la cessació del consum d'una substància, és convenient emprar un format presencial. Per exemple, en el cas del consum de tabac, s'ha vist que l'ús de programes computats en l'àmbit laboral són menys efectius.

D'altra banda, es recomana evitar fer intervencions de prevenció i atenció als problemes de drogues des d'una vessant punitiva. Així, per exemple, emprar únicament tests de detecció d'ús de drogues en la plantilla aconsegueix resultats poc efectius.

## ÀMBIT DELS SERVEIS DE SALUT

### RAONS PER INTERVENIR

- ▶ La detecció precoç del consum de risc i les intervencions eficaces en l'àmbit dels serveis de salut tenen una relació cost-efectivitat positiva, en especial les adreçades a persones adultes en l'atenció primària i les urgències.  
[>> Missatge clau | Intervencions eficaces](#)
- ▶ Les intervencions en l'àmbit dels serveis de salut són rellevants per a tota la població i, molt especialment, per a certs **col·lectius** que poden tenir algunes **característiques de risc més elevat** que els fan més vulnerables davant les situacions relacionades amb el consum de drogues, com ara menors, dones embarassades o persones amb problemes de salut mental, entre d'altres.
- ▶ Els serveis assistencials atenen població amb problemes de salut. Quan una persona els consulta un problema que pot tenir alguna relació amb el consum de drogues pot ser un moment propici per intervenir, atès que pot estar més receptiva a rebre missatges que l'ajudin a modificar els seus comportaments de salut.
- ▶ L'atenció a les persones amb problemes de consum de drogues des dels diferents nivells assistencials contribueix a **prevenir futurs problemes de salut derivats del seu ús**. Tanmateix, si aquests problemes es poden resoldre en els nivells assistencials bàsics és preferible que sigui així, i no que arribin a l'atenció especialitzada.

## DETERMINANTS

Les intervencions en l'àmbit dels serveis de salut es poden desenvolupar en tots els nivells assistencials: atenció primària, especialitzada, hospitalària i d'urgències. Aquestes intervencions consisteixen a detectar de manera precoç problemes associats al consum de drogues i a fer un primer apropament preventiu de problemes futurs. Per tant, dins dels mateixos dispositius de salut, l'abordatge és bàsicament individual i orientat a modificar els **determinants conductuals/psicosocials** de les persones que consumeixen drogues.

Tanmateix, des d'aquest àmbit també s'aprofita per treballar els **coneixements** i les **creences** envers el consum de drogues des d'una vessant comunitària.

Des del punt de vista de la planificació d'intervencions en el marc de la salut pública, les accions en els serveis assistencials promouen fonamentalment canvis en l'entorn, de manera que afavoreixen la incorporació d'estratègies de detecció precoç, assessorament i derivació.

## MODELS TEÒRICS

En el marc de la planificació d'intervencions en aquest àmbit convé tenir presents els elements dels models teòrics següents: el **model de salut pública**, el **model de promoció de la salut**, el **model de reducció de riscos** i el **model de reducció de danys**. [>> Missatge clau | Models teòrics](#)

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

### 1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Les estratègies preventives que s'utilitzen en l'àmbit dels serveis de salut són fonamentalment assistencials. Entre les més efectives s'inclouen el consell de salut, la detecció precoç i les intervencions breus. Aquestes últimes intervencions tenen una durada inferior a un tractament convencional, són proactives (perquè no s'espera que la persona sol·liciti la intervenció), es dirigeixen a persones consumidores (generalment que fan un consum de risc) i pretenen mobilitzar els recursos personals per motivar un canvi de conducta favorable a la salut.

Aquestes estratègies d'intervenció breu són eficaces per reduir el consum d'alcohol, tabac i drogues il·legals, tant a curt termini com un any després de la intervenció, en adolescents, joves i persones adultes.

Les intervencions breus vinculades a Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) i dissenyades per l'OMS, dirigides a persones amb risc moderat pel consum de substàncies, consten de deu passos (o els cinc primers si es fan més curtes), que són: 1) preguntar als usuaris si estan interessats a veure les seves puntuacions del qüestionari ASSIST; 2) proporcionar retroalimentació personalitzada als usuaris sobre les seves puntuacions; 3) donar consell sobre com reduir els riscos; 4) permetre als usuaris responsabilitzar-se de les seves decisions; 5) preguntar als usuaris si els preocupen les seves puntuacions; 6 i 7) analitzar les coses bones del consum davant de les "coses menys bones"; 8) resumir el que els usuaris han expressat sobre les "coses menys bones" i reflexionar-hi; 9) preguntar als usuaris si els preocupen les "coses menys bones",



METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

i 10) lliurar als usuaris els materials per portar a casa amb la finalitat de reforçar la intervenció breu.

En resum, l'assoliment dels resultats positius de les intervencions breus en els serveis de salut incorporen components com els següents, en una mateixa sessió: 1) exploració i detecció del consum; 2) consell de salut, entrevista motivacional i assessorament immediat; 3) facilitació de material informatiu; 4) derivació immediata quan la persona ho necessita, i 5) oferiment i concreció de visita de seguiment i contacte posterior (al cap d'una o dues setmanes).

L'atenció efectiva és aquella que es fa tenint en compte les característiques del pacient que s'atén. Això vol dir que els abordatges s'han de diferenciar segons la població. Per exemple, pel que fa a l'atenció d'adolescents amb problemes de drogues, els tractaments més eficaços són aquells que faciliten la participació positiva de les famílies, es coordinen amb altres àmbits rellevants per a l'adolescent (educatiu, etc.) i treballen la influència que pot arribar a tenir la població d'iguals.

També passa amb l'atenció a les dones que consumeixen drogues. Tradicionalment, els serveis de detecció i intervenció per a persones amb problemes de drogues no han tingut prou en compte les necessitats específiques relacionades amb el gènere. De vegades, dissenyar un servei d'atenció sense considerar, per exemple, els horaris d'atenció, l'oferiment de serveis de suport addicionals o la coordinació amb serveis assistencials complementaris (ginecologia, etc.) pot impedir l'accés a serveis d'atenció a les drogues. Per això, les intervencions dissenyades considerant les necessitats específiques per qüestions de gènere acostumen a aconseguir resultats millors. [>> Missatge clau | Perspectiva de gènere](#)

Les **estratègies de sensibilització** són les més utilitzades per treballar els coneixements i les creences envers el consum de drogues des d'una vessant comunitària. En aquest sentit, els centres d'atenció primària, els hospitals, etc. són llocs privilegiats per difondre missatges de salut. La població usuària dels serveis de salut és sensible a rebre informació relacionada amb la seva salut i, a més, pel que fa a la informació, els centres de salut són institucions creïbles.

D'altra banda, l'abordatge comunitari també es pot aplicar en la consulta i és un aspecte clau per prevenir problemes derivats del consum de drogues. Aquest abordatge es pot aconseguir si els professionals sanitaris es coordinen amb altres agents socials del territori i es preocupen per conèixer els recursos de l'entorn que poden beneficiar les persones usuàries dels serveis de salut.

## 2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

Les intervencions en l'àmbit de la salut les desenvolupen professionals sanitaris d'atenció primària, especialitzada, hospitalària i d'urgències, no especialitzats en l'atenció a les drogues. Tanmateix, aquestes persones han de rebre capacitació i tenir els recursos necessaris per incorporar l'abordatge de les drogues des del seu nivell assistencial. [>> Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

**Formació de les persones aplicadores:**

La formació del col·lectiu de professionals sanitaris acostuma a centrar-se en l'execució de diferents protocols d'actuació (situacions d'activació del protocol, actuacions, derivacions) i també en tractaments específics. No obstant això, també és molt recomanable la formació en la utilització d'eines de detecció precoç del consum problemàtic, en estratègies d'intervenció breu davant l'ús de drogues i en habilitats i actituds per fer servir amb estratègies basades en l'entrevista motivacional. >> [Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

**3. DURADA DE LA INTERVENCIÓ**

La durada de les intervencions breus pot variar i anar d'una breu retroalimentació i consell de tres minuts a una teràpia breu entre 10 i 15 minuts fins a 30 minuts de durada.

**4. SUBSTÀNCIES**

En el cas del tabac, la intervenció breu per deixar de fumar té una relació cost-efectivitat positiva i aquesta efectivitat s'ha associat als components següents:

- ▶ **Població diana:** persones fumadores (sense discriminar el nivell de consum problemàtic ni el grau de motivació per deixar de fumar).
- ▶ **Persones aplicadores:** professionals de la medicina i la infermeria formats en aquest tipus d'intervenció.
- ▶ **Escenari d'aplicació:** preferentment, en l'atenció primària.
- ▶ **Components:** 1) explorar el consum de tabac; 2) documentar el consum en la història clínica; 3) fer una intervenció mínima / consell breu; 4) pactar sessions de seguiment; 5) prescriure tractament farmacològic, i 6) derivar a un servei de suport especialitzat intensiu els pacients d'alt risc o amb dependència elevada.
- ▶ **Materials:** informatius de suport a l'assessorament.
- ▶ **Intensitat:** tant les intervencions mínimes (3 minuts o menys), les de baixa intensitat (de 3 a 10 minuts), com les de més intensitat (més de 10 minuts), incrementen les taxes d'abstinència del tabac. Tanmateix, hi ha una relació dosi-resposta entre la durada de les sessions i l'abandonament del consum: com més intensa és la intervenció, més elevada és la taxa d'abstinència. De fet, el temps acumulat de contacte amb la persona fumadora té relació directa amb la cessació.

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

Pel que fa a l'alcohol, l'Organització Mundial de la Salut considera que aquestes intervencions tenen una relació cost-efectivitat positiva per reduir els problemes relacionats amb el consum d'alcohol, en joves i adults. La seva efectivitat s'associa a:

- ▶ **Població diana:** persones amb consum perjudicial, però sense dependència.
- ▶ **Persones aplicadores:** professionals de la medicina i la infermeria prèviament formats en intervencions breus.
- ▶ **Escenari d'aplicació:** atenció primària, atenció especialitzada (traumatologia, ginecologia, etc.) i urgències.
- ▶ **Components:** 1) explorar el consum d'alcohol; 2) detectar el consum de risc amb tests de cribratge estandarditzats; 3) documentar el consum en la història clínica; 4) fer una intervenció mínima sobre la valoració dels riscos del consum i informar sobre els límits de consum de risc; 4) oferir informació escrita (p. ex. fullet informatiu), i 5) proporcionar contactes addicionals de seguiment i/o derivar a serveis especialitzats els pacients amb dependència.
- ▶ **Materials:** informatius de suport a l'assessorament.
- ▶ **Intensitat:** entre 5 i 15 minuts.

## ATENCIÓ!



### 1. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 1.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Es desaconsella aplicar intervencions breus no estructurades que no tinguin en compte els components bàsics assenyalats en els apartats anteriors. Tot i que una intervenció breu és una intervenció que dura poc, és important que es desenvolupi d'acord amb un protocol que incorpori les accions prioritàries.

#### 1.2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

Les intervencions en l'àmbit dels serveis de salut aplicades per professionals sanitaris que no estan formats i que no reben suport ni assessorament poden ser ineficaces. A més, poden desmotivar els professionals i fer-ne reduir l'adherència com a aplicadors d'aquestes intervencions.

## ÀMBIT DE L'OCI I EL LLEURE

### RAONS PER INTERVENIR

- ▶ L'oci representa un espai de creixement molt important en la vida d'una persona. Igual que passa amb altres parcel·les vitals, el temps de lleure ajuda a construir la identitat social i la visió que una persona té de si mateixa. Els valors i les normes que es transmeten en aquests àmbits també influeixen en les actituds i les decisions personals. Tanmateix, l'entorn social i físic vinculat a l'oci pot contribuir a desenvolupar **comportaments de risc o comportaments protectors**.
- ▶ L'educació en el lleure designa un conjunt d'iniciatives, moviments i experiències que es duen a terme en el temps lliure amb la intenció de gaudir d'un espai de desenvolupament i/o de relació. No obstant això, l'evidència sobre l'eficàcia de les intervencions preventives en aquests espais és escassa. Es constata que les persones destinen cada vegada més temps de la seva vida a l'oci i que el consum de drogues amb finalitats recreatives és un fet quotidià a la nostra realitat, per això, gran part de la població associa diversió i consum. Així, les conseqüències negatives (accidents de trànsit, agressions, baralles, etc.) derivades del consum de drogues en aquests entorns són devastadores i sovint les mateixes característiques del temps de lleure (diversió, gaudi, alliberació, despreocupació, relació, integració, etc.) fan que el risc percebut del consum de drogues en aquests entorns socials sigui relativament baix. Per aquests motius, **l'oci és un escenari oportú per aplicar accions preventives**.
- ▶ **El consum de drogues és molt present** en determinats **contextos recreatius**. En aquests espais, les drogues s'utilitzen com un recurs més de l'oci i, de vegades, com a element central d'aquest. La major part dels primers contactes amb el consum de drogues tenen lloc durant els moments de diversió compartits amb iguals.
- ▶ Les actuacions preventives que es desenvolupen en el marc de l'oci acostumen a gaudir d'una **bona acceptació** per part del públic destinatari.

Per completar la informació sobre les intervencions en l'àmbit del lleure convé llegir les recomanacions de les intervencions en reducció de riscos que es fan en els entorns recreatius.

---

## DETERMINANTS

La prevenció del consum de drogues i dels riscos associats en l'àmbit del lleure s'ha d'adaptar a cada etapa del cicle vital i no és una prevenció que s'hagi de fer exclusivament amb la població jove que freqüenta els espais d'oci nocturn. Des del mateix moment que la persona entra en contacte amb el món educatiu formal, també connecta amb l'educació informal. Per tant, les intervencions preventives en el lleure es poden desenvolupar des de la infància fins a l'edat adulta als escenaris rellevants on es fan activitats d'oci segons cada etapa.

Els elements determinants de l'oci són: els escenaris de lleure, les persones que comparteixen aquests escenaris, les activitats que s'hi fan i el temps que s'hi destina. Aquests elements varien al llarg del cicle vital i en cada etapa van prenent més rellevància uns espais, uns actors, unes activitats o unes altres. Durant la infància, l'oci s'organitza de manera més formal, amb adults de referència; mentre que a l'adolescència va esdevenint més informal, amb menys supervisió adulta i més autonomia.

Els determinants que convé treballar a cada edat serien similars per als àmbits educatius formal i informal (per ampliar aquesta informació, vegeu l'apartat dels determinants de l'àmbit educatiu).

Així, durant la infància seria recomanable potenciar determinants conductuals/psicosocials com les **actituds** favorables a la salut, la cura del cos, l'autorespecte, etc. També convé fomentar **hàbits saludables** en els entorns de lleure (com ara la higiene, el descans, l'alimentació, l'activitat física, etc.), de manera que es generi des de petits una cultura favorable a estils de vida promotores de salut. Posteriorment, en l'adolescència, es recomana abordar determinants conductuals/psicosocials i continguts vinculats als riscos del consum de drogues, com adequar la **percepció de risc** en relació amb el consum de substàncies, promoure actituds favorables cap al no-consum, evitar reforçar les creences normatives errònies (p. ex. la idea que tothom consumeix drogues en els entorns d'oci), fomentar les **habilitats personals i socials** (autocontrol, presa de decisions, fer front a la pressió social, etc.). En l'etapa de la joventut convé promoure actituds i habilitats per reduir problemes relacionats amb el consum de drogues en els contextos d'oci, per gestionar situacions de risc i per fer autodetecció de consums que poden arribar a generar situacions problemàtiques.

En relació amb els **determinants d'entorn**, destaquen: 1) potenciar activitats saludables d'ocupació del temps lliure; 2) millorar la implicació dels diferents agents vinculats als contextos d'oci, i 3) regular i fer complir la normativa relativa a la promoció, venda i consum de drogues en els espais d'oci.

D'altra banda, el lleure és un àmbit d'actuació que es recomana que s'abordi en les intervencions familiars. La família pot afavorir factors de protecció o constituir factors de risc per l'entorn del lleure. Per exemple, la família com a entorn cohesionat amb una forta vinculació entre pares i mares i fills i filles i una bona comunicació entre tots els membres facilita que es generin valors com la responsabilitat i l'autonomia i que es pugui parlar també de les situacions de consum en l'entorn de l'oci.

## MODELS TEÒRICS

En aquest àmbit s'han considerat les intervencions de l'àmbit del lleure al llarg de tota l'etapa vital. Des d'aquest punt de vista i centrant-nos en l'etapa de la infància i la joventut, l'educació en el lleure implica tot el conjunt d'iniciatives que es duen a terme en el temps lliure amb una intencionalitat pedagògica fora del currículum escolar i de l'àmbit familiar. Per això, les intervencions de prevenció adreçades a aquestes etapes del desenvolupament podrien basar-se en els mateixos enfocaments teòrics que s'han recollit en l'àmbit educatiu.

Així, les intervencions en l'àmbit del lleure durant la infància podrien basar-se en el **model de promoció de la salut**, l'enfocament d'**habilitats per a la vida** i el **model de desenvolupament social**. En l'adolescència, les intervencions podrien ser més específiques i basar-se en diferents models sociocognitius de canvi de conducta, com ara, el **model de creences de la salut**, la **teoria de l'acció planificada**, la teoria de l'aprenentatge social, les teories de les normes socials, els **models d'estadis de canvi** o l'**I-Change Model**. Posteriorment, en la joventut i l'edat adulta, les intervencions es poden basar en el model de reducció de riscos i el **model de reducció de danys**. [>> Missatge clau | Models teòrics](#)

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

### 1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Encara que es comparteixin determinants i enfocaments amb l'àmbit educatiu, les intervencions de prevenció en l'àmbit del lleure s'han d'adaptar als mètodes propis d'aquest camp, que tenen com a objectiu principal la diversió. Aquestes intervencions convé que s'integrin en el conjunt d'activitats que es fan en els diferents espais d'oci.

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.

Es poden plantejar activitats lúdiques relacionades directament amb la salut, però també es poden fomentar actituds d'autocura personal, afavorint la transmissió de valors positius, de respecte, etc., promovent el sentiment de pertànyer a un grup, fomentant habilitats personals i socials que són transversals a diferents situacions socials (no només vinculades a les drogues). Per exemple, es poden fomentar habilitats que ajudin a gestionar conflictes, prendre decisions, resoldre problemes, comunicar-se de manera assertiva, etc.

Les intervencions en l'àmbit del lleure que aconsegueixen tenir continuïtat i estabilitat són aquelles que s'han inclòs dins de serveis o dispositius estables, com ara els serveis de punt de trobada, punts d'informació juvenil, centres juvenils, associacions de voluntariat, treball educatiu en el medi obert a les tardes, etc.

Una de les estratègies més utilitzades en l'àmbit del lleure han estat els **programes d'oci alternatiu**. Aquests programes ofereixen una àmplia oferta d'activitats d'oci saludable amb l'objectiu d'aconseguir un desenvolupament satisfactori en el temps lliure, al marge del consum de drogues. Les activitats que s'acostumen a oferir en aquests espais són esportives, culturals, d'aventura o de servei a

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

la comunitat, entre d'altres. Encara que fins ara no hi ha prou evidència sobre l'efectivitat d'aquestes intervencions, la seva implementació es justifica sobre la base d'oferir alternatives als espais d'oci nocturn comercial i arribar també a una població que no freqüenta aquests espais.

L'experiència en l'aplicació dels programes d'oci alternatiu ha apuntat unes característiques que en confirmen la utilitat, com són: 1) que la població destinatària participi en el disseny de la intervenció, així com d'altres actors vinculats al lleure (joves, institucions, persones expertes en reducció de riscos i altres usuàries d'aquests espais d'oci, etc.); 2) que s'ofereixin activitats atractives, adaptades, que ajudin a desenvolupar habilitats i a promoure l'establiment de relacions positives; 3) que les activitats estiguin supervisades per una persona adulta; 4) que es fomentin unes bones relacions entre joves i adults; 5) que es combinin estratègies d'oci alternatiu amb canvis en l'entorn, i 6) que es planifiquin programes amb un horari ampli, ja que sembla que els programes d'oci alternatiu de més intensitat poden ser més efectius.

## 2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

L'àmbit del lleure és molt ampli i aglutina molts perfils professionals.

Les intervencions en aquest àmbit les apliquen, per exemple, **persones educadores, monitores, integradores socials, tècniques esportives, tècniques culturals o agents de salut**. Aquestes persones solen tenir experiència per desenvolupar accions en entorns recreatius (p. ex. carrer, esplais o associacions), però poden tenir mancances per aplicar eines sobre prevenció de drogues.

Les persones professionals **expertes en drogues** també acostumen a aplicar intervencions en l'àmbit del lleure, així com **iguals**, normalment joves, que solen compartir els mateixos entorns d'oci que la població diana. [>> Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#)

En l'àmbit del lleure també es treballa amb **professionals dels establiments recreatius**, com ara personal de barra, gerents de bar i discoteca, personal de seguretat, discjòqueis, persones organitzadores d'esdeveniments musicals i festes. La seva actuació pot afavorir que els entorns recreatius siguin més o menys saludables. En realitat, les actuacions que apliquen aquests professionals (cadascun segons el seu lloc de treball) són un conjunt de pràctiques i normes que ajuden a reduir els riscos derivats de l'ús de drogues. De fet, són població intermediària.

A part de les persones que treballen a la indústria recreativa, n'hi ha també d'altres que poden influir en la cultura del lleure i ser susceptibles de participar en una intervenció de drogues en aquest àmbit. Per exemple, professionals dels mitjans de comunicació, referents musicals, el col·lectiu d'actors i actrius, entre d'altres. [>> Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

---

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

**3. MOMENTS PROPICIS**

Els moments més adients per aplicar aquest tipus d'intervenció poden ser regulars perquè es desenvolupa com una activitat continuada, per exemple, a la tarda, la nit i els caps de setmana. Però també poden ser puntuals, com en l'època de vacances o en uns esdeveniments concrets.

**4. ESCENARIS D'INTERVENCIÓ**

Les intervencions de lleure es desenvolupen al carrer, en instal·lacions esportives, centres cívics, associacions, espais d'oci nocturn, etc., en funció de la població i les diferents etapes vitals.

Durant la infantesa, el lleure s'acostuma a ubicar en esplais, agrupaments, colònies, ludoteques, casals d'estiu, etc., amb la presència de professionals del lleure. En l'adolescència es concentra en espais de carrer, altres activitats organitzades i també en els espais d'oci nocturn.

**5. NIVELLS PREVENTIUS**

Sembla que els programes d'oci alternatiu poden tenir un cert potencial d'èxit amb joves amb més desavantatges socials, en situació de risc per desenvolupar problemes amb les drogues, que tenen poca supervisió parental, amb manca d'habilitats socials i que no acostumen a participar en intervencions desenvolupades en altres àmbits, com l'educatiu.

Si s'adrecen a aquesta població, són més efectius quan disposen de continguts específics de prevenció del consum de drogues i els riscos associats, a més d'activitats centrades en la comunitat, esportives, per millorar les habilitats per a la vida, etc. També convé que tinguin una intensitat elevada.

---



## ATENCIÓ!



### 1. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 1.1. MÈTODES I ESTRATÈGIES

Els programes d'oci alternatiu amb un calendari determinat i rígid dificulten la seva aplicació en el marc de la programació d'entitats.

Les intervencions en el lleure que no poden garantir la continuïtat suposen un esforç i una despesa de recursos infructuosa. Abans d'iniciar una intervenció en aquest àmbit convé valorar la continuïtat que podrà tenir en el futur i analitzar els esforços actuals que requereix (p. ex. de vegades es forma persones educadores de casals de lleure perquè apliquin intervencions de prevenció sobre drogues, però un temps després no s'ofereix suport i assessorament quan estan aplicant les intervencions i això pot fer que les intervencions no s'apliquin amb el rigor que caldria i les persones es desmotivin per aplicar-les en el futur).

#### 1.2. PERSONES APLICADORES / MITJANS APLICADORS

El perfil de les persones aplicadores en aquest àmbit pot ser molt variat, trobar-se en entorns molt diferents i inclús no estar connectades entre elles.

És important que les persones que apliquen intervencions de prevenció en drogues en l'àmbit del lleure hagin rebut la formació adequada sobre aquesta matèria.

D'altra banda, igual que en altres àmbits, les persones aplicadores necessiten rebre suport i seguiment, tant durant la intervenció com després. Sobretot, tenint en compte que aquesta població presenta sovint una rotació laboral elevada, que les intervencions acostumen a desenvolupar-se en moments puntuals i també que hi ha una forta presència del voluntariat.

# RECOMANACIONS METODOLÒGIQUES I DE CONTINGUTS DE LES INTERVENCIIONS EN REDUCCIÓ DE RISCOS

## RAONS PER INTERVENIR

- ▶ Les intervencions en reducció de riscos es dirigeixen a una població que vol consumir drogues i, per tant, n'accepten el consum. Aquestes intervencions ajuden que les **persones i els entorns, socials i físics, on es produeixen els consums siguin més segurs**. Constitueixen polítiques d'intervenció que consideren, entre les seves possibilitats, que poden haver-hi consums de drogues no problemàtics.
- ▶ La reducció de riscos permet **arribar a una població a la qual és difícil accedir** a través d'altres estratègies i que, a la llarga, pot desenvolupar consums problemàtics. Aquests abordatges poden ser també una manera primerenca d'intervenir.
- ▶ Els entorns en què l'ús de drogues acostuma a ser més prevalent poden comportar més presència de problemes socials i personals, com ara baralles, assetjament, relacions sexuals no protegides, conducció insegura, policonsum, etc. **La intervenció en aquests escenaris pot contribuir a reduir possibles problemes com els esmentats**.
- ▶ Les intervencions de reducció de riscos que incorporen components per treballar **determinants d'entorn i conductuals/psicosocials** contribueixen a reduir els accidents de trànsit, problemes de civisme, intoxicacions i agressions derivades del consum de drogues. [-> Missatge clau | Intervencions eficaces](#)
- ▶ Les polítiques de reducció de riscos són una manera de reconèixer que l'ús de drogues és un fenomen complex que va més enllà del "tot o res". L'ús de drogues compleix una funció, atès que per algunes persones els entorns de socialització són també entorns de consum.

## RECOMANACIONS: DETERMINANTS, MODELS TEÒRICS I METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ



### DETERMINANTS

En l'àmbit de la reducció de riscos associats al consum s'utilitzen metodologies d'intervenció per treballar determinants conductuals/psicosocials i determinants d'entorn.

La població beneficiària de les intervencions de reducció de riscos que treballen determinants conductuals/psicosocials és consumidora. En canvi, la població que es beneficia del treball sobre els determinants d'entorn és més àmplia. Aquestes intervencions arriben tant a la població que consumeix drogues com a la població general, que participa d'aquests entorns.

Quant als determinants conductuals/psicosocials es recomana incidir en els coneixements i les creences que ajuden a promoure patrons de consum menys perjudicials, així com habilitats específiques que podrien estar implicades en les situacions de consum, com ara habilitats de comunicació o de gestió emocional.

En relació amb els determinants d'entorn, les intervencions de reducció de riscos acostumen a centrar-se en la creació d'espais de consum més segurs, en el desenvolupament de polítiques i regulacions que afavoreixin la reducció dels riscos i en el canvi de valors socials associats al consum.

### MODELS TEÒRICS

En el marc de la planificació d'intervencions de reducció de riscos els enfocaments teòrics que es poden utilitzar són: el **model de salut pública**, el model de promoció de la salut, el model de reducció de riscos i el model de reducció de danys, el model transteòric de canvi i l'enfocament de l'entrevista motivacional.

[>> Missatge clau | Models teòrics](#)

### METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

Les estratègies d'intervenció en reducció de riscos no són exclouents i, de fet, s'acostumen a utilitzar de manera conjunta. Actualment, en l'àmbit de la reducció de riscos, es treballa amb les estratègies d'intervenció següents:

1. EDUCACIÓ EN REDUCCIÓ DE RISCOS A PERSONES CONSUMIDORES
2. ANÀLISI DE SUBSTÀNCIES
3. INTERVENCIONS PER REDUIR ELS ACCIDENTS DE TRÀNSIT
4. INTERVENCIONS EN ENTORNS DE CONSUM
5. PROGRAMES COMUNITARIS PER REDUIR ELS RISCOS DERIVATS DEL CONSUM D'ALCOHOL (Vegeu l'àmbit comunitari de l'apartat de prevenció.)

Tanmateix, no es disposa del mateix grau d'evidència sobre l'efectivitat que té cada una d'aquestes estratègies d'intervenció.

---

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

### 1. EDUCACIÓ EN REDUCCIÓ DE RISCOS A PERSONES CONSUMIDORES

L'educació en reducció de riscos consisteix a incidir en els determinants conductuals/psicosocials (coneixements, actituds, creences, habilitats, emocions, etc.) de la població consumidora perquè pugui gestionar els riscos derivats del consum. Les característiques d'aquestes intervencions són:

**Població diana:** població consumidora, sigui quin sigui el tipus de consum. Les intervencions es poden dirigir, entre d'altres, a menors que consumeixen al carrer, joves i/o adults que surten de festa, persones consumidores usuàries dels serveis socials, persones que condueixen vehicles.

**Persones aplicadores:** poden incloure diferents agents, com ara professionals de la salut, professionals dels serveis socials, líders comunitaris, entre d'altres.

Els iguals acostumen a ser un dels agents clau que aplica aquest tipus d'intervenció, ja que són persones que comparteixen valors, símbols, llenguatge i maneres de fer amb la població, independentment de si consumeixen o no. D'altra banda, es recomana que en aquestes intervencions intervinguin equips mixtes, entre professionals i iguals. >> [Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#) i >> [Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

**Escenari d'aplicació:** els escenaris prioritaris són els espais de proximitat on la població acostuma a consumir o trobar-se amb situacions relacionades amb el consum. Aquests escenaris varien en funció del tipus de substància i de la població. Poden ser entorns educatius (formals i informals), serveis assistencials i/o socials, el carrer, entorns de lleure i diferents contextos recreatius (festivals musicals, discoteques, bars, locals privats, festes majors, festes populars, festes universitàries i les xarxes socials, entre d'altres).

**Components:** actualment calen més investigacions de qualitat sobre l'eficàcia de l'educació en reducció de riscos a persones consumidores per tenir conclusions fiables sobre la seva efectivitat. Tanmateix, incorporar algun dels components següents podria enfortir l'efectivitat d'aquestes intervencions:

**Treballar diferents determinants conductuals/psicosocials:** les estratègies d'intervenció en reducció de riscos han estat tradicionalment molt centrades a incrementar els coneixements, deixant de banda o en un segon pla el treball sobre altres determinants que també estan implicats en els comportaments relacionats amb l'ús de drogues, com ara diferents tipus de creences, actituds, habilitats, etc.

L'experiència acumulada amb les intervencions preventives ens ha ensenyat que transmetre informació és necessari però insuficient per canviar conductes. Per això, en aquestes accions educatives és important treballar altres determinants conductuals/psicosocials, a més dels coneixements. En relació amb això, s'ha suggerit que modificar creences a través de la reestructuració normativa (p. ex. mostrar que els iguals també poden rebutjar el consum), corregir creences errònies, l'autoeficàcia, la pressió de grup, la gestió d'emocions, etc., podria incrementar l'efectivitat d'aquestes intervencions.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

**Segmentar la població diana:** els determinants conductuals/psicosocials que expliquen el consum ocasional i regular d'una substància poden ser diferents. Segurament, ambdues poblacions consumidores difereixen en els factors de risc i de protecció, en les condicions de vulnerabilitat social i personal i, òbviament, en el tipus de consum que fan. Això porta a pensar que el consum, per si mateix, no és l'única variable que cal tenir en compte a l'hora de segmentar la població. Per tant, cal considerar també altres factors conductuals/psicosocials (creences, habilitats, valors, etc.), estils de vida, factors familiars, oci i factors educatius, entre d'altres.

Ahora, el gènere i les característiques socioculturals són factors clau que també expressen diferències en els perfils de consum. Això vol dir que ens trobem davant d'un espectre prou ampli de persones que podrien requerir abordatges diferenciats. Així, per exemple, atès que els consums i els entorns en què consumeixen els nois i les noies és diferent, les noies poden estar més motivades a rebre recomanacions sobre reducció de riscos que poden ser diferents de les dels nois. De fet, existeixen publicacions que apunten aquestes diferències i recomanen actuacions específiques per gènere.

**Donar informació objectiva i rellevant:** això significa informar sobre el que es coneix dels efectes de cada substància, evitant les referències a experiències personals del consum de drogues en altres persones. A més, la informació a mida significa detectar les necessitats i les circumstàncies de cada persona i oferir una informació rellevant per aquella mateixa. Des d'aquest punt de vista, les intervencions es poden orientar a:

- ▶ Promoure canvis en el patró de consum per evitar la progressió cap a un ús més continuat, incloent-hi missatges d'abandonament.
- ▶ Promoure canvis en el patró de consum per evitar el consum problemàtic i riscos associats al consum, incloent-hi, si és necessari, alternatives de tractament disponibles.

Les recomanacions de reducció de riscos es fan per a cada una de les substàncies, ja que a la llarga poden millorar la seva capacitat de gestió. La informació rellevant en relació amb la gestió dels riscos podria agrupar-se en:

1. Informació relacionada amb la substància: composició, principis actius, efectes, interaccions amb altres substàncies i riscos per a la salut.
2. Maneres de consumir de forma més segura: per exemple, evitar barreges, fer descansos, emprar estris de consum més segurs, etc.
3. Suspensió del consum sota determinades circumstàncies: per exemple, si s'ha de conduir, si s'ha d'estudiar, durant l'embaràs, si s'està prenent medicació, etc.
4. Conseqüències legals, laborals, educatives, familiars o en altres àmbits associades al consum.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

5. Informació relativa a la responsabilitat i l'ètica en la presa de decisions personals.

**Materials:** aquestes intervencions acostumen a acompanyar-se de l'ús de materials o recursos informatius (fullets, webs, etc.). En el disseny convé incloure la població diana i fer una prova pilot prèvia a distribuir-se (per ampliar aquesta informació, vegeu la *Guia de recomanacions per a la planificació de les intervencions en prevenció sobre drogues*). [>> Missatge clau | Prova pilot](#)

De vegades, juntament amb els materials informatius s'ofereixen estris per ajudar a fer un consum més segur (p. ex. kits) o per prevenir riscos associats amb el consum (p. ex. preservatius).

ATENCIÓ!



1. DETERMINANTS

Convé evitar el treball centrat exclusivament a proveir informació centrada en els coneixements sobre la substància. Aquesta mena d'informació convé acompanyar-la d'elements per treballar també altres determinants conductuals/psicosocials com ara les creences, les actituds o les habilitats. Alhora, quan es transmet informació sobre els possibles efectes i riscos de la substància és recomanable evitar parlar d'experiències personals i centrar-se a donar informació objectiva i rellevant.

2. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

2.1. ESCENARIS

Algunes investigacions apunten que les intervencions educatives dirigides a les persones que beuen alcohol en els espais d'oci nocturn per si soles no dissuadeixen del consum en aquests espais, sinó que han d'anar acompanyades de mesures comunitàries i d'entorn per aconseguir modificar les pautes de consum.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

2. ANÀLISI DE  
SUBSTÀNCIES  
(DRUG TESTING)

Els serveis d'anàlisi de substàncies són dispositius que analitzen la composició d'una droga, normalment in situ, amb l'objectiu de determinar-ne la puresa. Aquesta mesura parteix del supòsit que la informació sobre la substància analitzada pot ajudar la persona a decidir què vol fer sobre el consum d'aquesta i, en definitiva, a millorar les capacitats per gestionar-ne els riscos.

Aquests dispositius es van originar els anys 1990 als Països Baixos i es van estendre ràpidament a altres indrets. Se centren, especialment, en l'anàlisi de les substàncies que acostumen a consumir-se en contextos recreatius (drogues de síntesi, cànnabis, cocaïna, etc.).

## METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

Els serveis d'anàlisi ofereixen diferents tècniques per apropar-se a conèixer la composició de la mostra. La diferència entre aquestes tècniques rau en la informació que poden aportar sobre la puresa de la substància (detectar components i/o quantificar-los), la sensibilitat de la tècnica, el tipus de dispositiu requerit (in situ o en un laboratori), el temps que cal esperar per poder donar un resultat, el tipus de substància que poden detectar (drogues de síntesi, cocaïna, cànnabis, etc.), la formació requerida per a les persones que atenen el servei i el cost que té.

**Població diana:** població que consumeix drogues, especialment en contextos recreatius.

**Persones aplicadores:** acostumen a ser iguals interessats per les drogues i la seva "cultura", especialment entrenats en el maneig d'aquesta mena de dispositius.  
[>> Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#) i [>> Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

**Escenari d'aplicació:** habitualment contextos recreatius (festivals musicals, discoteques, festes majors, festes populars, etc.).

**Components:** malgrat l'elevada acceptació, encara no es disposa d'avaluacions que permetin assegurar la utilitat d'aquesta estratègia d'intervenció per reduir els riscos associats al consum de substàncies. Tanmateix, des de la vessant pràctica sembla que aquesta mena d'intervencions: 1) poden ajudar a evitar o retardar l'inici del consum de drogues de síntesi en algunes persones; 2) faciliten poder establir contacte amb persones que consumeixen drogues en espais recreatius; 3) poden activar campanyes per alertar sobre l'adulteració de substàncies; 4) permeten iniciar estratègies d'educació amb persones que sol·liciten l'anàlisi d'una mostra, i 5) propicien la credibilitat i l'acceptació dels missatges preventius entre les persones consumidores.

**Materials:** els recursos materials necessaris són els equips d'anàlisi de substàncies, un estand o taula informativa i materials de difusió.

## ATENCIÓ!



### 1. DETERMINANTS

L'experiència en l'àmbit de la prevenció ha demostrat que donar informació sobre una substància és insuficient per modificar el comportament d'una persona en relació amb el consum.

Hi ha estudis que indiquen que els serveis d'anàlisi de substàncies poden generar en la població que en fa ús sensacions de "falsa seguretat" i, per tant, de baixa percepció del risc envers el consum de les substàncies analitzades. Darrere d'aquesta afirmació hi ha el fet que, fins i tot en els casos en què l'adulteració de la substància és molt baixa, no es pot garantir l'efecte que tindrà en la persona que la consumeixi. Els tests no poden preveure les diferències individuals davant la reacció al consum de substàncies.

## ATENCIÓ!



### 2. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 2.1. COMPONENTS

L'anàlisi de substàncies pot determinar la composició (i la puresa) de la substància, però no pot garantir oferir la sensibilitat necessària per detectar de forma adequada substàncies nocives. De vegades, la necessitat de donar una resposta ràpida en el mateix espai de consum perquè la persona gestioni les seves decisions es veu contraposada amb la qualitat dels resultats que es poden obtenir d'aquests dispositius.

### METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 3. MESURES PER REDUIR ELS ACCIDENTS DE TRÀNSIT

Aquestes accions tenen per objectiu evitar que una persona condueixi sota els efectes d'una droga. L'avaluació de l'efectivitat de les mesures per reduir els accidents de trànsit vinculats al consum de substàncies s'ha centrat fonamentalment en l'alcohol.

**Persones aplicadores:** polítics, personal judicial, cossos de seguretat i professionals de l'àmbit de la salut, entre d'altres. >> Missatge clau| Persones aplicadores i mitjans aplicadors i >> Missatge clau| Formació, seguiment i suport a persones aplicadores

**Escenari d'aplicació:** la carretera, zones properes a espais d'oci i la comunitat, en general.

**Mesures:** es poden classificar en mesures legals dirigides a evitar que la població condueixi sota els efectes de l'alcohol, mesures per disposar de transport segur i estratègies de sensibilització i informació:

- 1) Establiment d'un nivell legal màxim de concentració d'alcohol per a les persones que condueixen.** Aquesta mesura s'ha mostrat efectiva per disminuir les víctimes d'accidents de trànsit relacionades amb el consum d'aquesta substància. A més, s'ha mostrat especialment efectiva quan es rebaixen els límits legals màxims permesos per conduir en el cas dels joves i dels conductors novells. No obstant això, s'aconsella que aquesta mesura vagi acompanyada de controls d'alcoholèmia aleatoris a la carretera per tal que efectivament es redueixi la taxa de letalitat per accidents de trànsit. Pel que fa a la resta de substàncies il·legals, l'evidència apunta cap a la tolerància zero.
- 2) Suspensió de la llicència per conduir.** Aquesta mesura, per si sola, només té efectes mentre la persona es troba incapacitada legalment per conduir a causa de la suspensió de la seva llicència, però els efectes s'esvaeixen quan la persona torna a recuperar la llicència. En canvi, si va acompanyada d'una intervenció educativa i/o de tractament, els efectes es poden perllongar més temps.



METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

- 3) **Bloquejadors de l'encesa del motor (*alcohol locks*).** Aquesta mesura consisteix a incorporar, per ordre judicial, al vehicle de la persona sotmesa a la mesura, un mecanisme que bloqueja l'encesa del motor si la persona supera el límit d'alcoholèmia permès per conduir. Aquesta mesura sembla efectiva per reduir la reincidència de la conducció sota els efectes de l'alcohol en persones amb problemes d'alcoholèmia. Tanmateix, els efectes només es mantenen mentre dura la mesura judicial que imposa el bloqueig del mecanisme d'encesa del motor.
- 4) **Derivació a tractament a les persones que compleixen penes per conduir sota els efectes de l'alcohol.** Aquesta mesura s'ha mostrat eficaç per reduir la reincidència de conduir sota els efectes de l'alcohol en persones que se'ls ha imposat una pena de presó per aquesta raó.
- 5) **Conductor alternatiu (designat).** Consisteix que en un grup de persones que surt de festa se'n designa una (generalment en un torn rotatori) perquè es mantingui sobria durant la nit i porti les altres persones a diferents llocs. És una mesura que la indústria de l'oci i de l'alcohol veu amb bons ulls, però de la qual no hi ha estudis contrastats que permetin emetre un judici sobre l'efectivitat que té.
- 6) **Evitació de viatjar amb una persona que condueix sota els efectes d'una substància.** Són accions educatives per dissuadir la població de pujar en vehicles conduïts per persones sota els efectes de l'alcohol o d'altres substàncies. Actualment, es desconeix el nivell d'efectivitat d'aquesta mesura.
- 7) **Promoció del transport públic.** Consisteix a ajustar la freqüència del transport públic nocturn a les necessitats de cada territori i facilitar informació sobre el transport disponible proper als llocs d'oci.

Una variant d'aquesta mesura és la promoció d'un servei de transport gratuït, públic o privat, en els espais d'oci, per exemple: serveis gratuïts de bus nit, taxis gratuïts oferts pels locals d'oci a persones begudes. Aquestes mesures sembla que podrien reduir les lesions i les morts per accidents de trànsit, però no se n'han fet avaluacions.

- 8) **Campanyes de comunicació sobre les drogues i la conducció.** Aquestes accions contribueixen a millorar l'acceptació de les polítiques d'alcohol i conducció, i a reduir els accidents de trànsit i les lesions relacionades amb l'alcohol mentre dura la campanya o immediatament després. Especialment, quan la campanya s'ha vinculat als entorns d'oci. Per si mateixes, com a mesura única, les campanyes de comunicació no redueixen els accidents de trànsit, però si estan ben dissenyades i s'acompanyen de mesures legals i comunitàries poden tenir efectes sobre el comportament de les persones i arribar a aconseguir-ho.

## ATENCIÓ!



### 1. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

#### 1.1. COMPONENTS

Les mesures legals són les que acumulen més evidència en relació amb la seva efectivitat. Per contra, les mesures de sensibilització i de transport segur (per evitar accidents de trànsit associats al consum de substàncies) no estan prou avaluades. En qualsevol cas, pel que fa a les campanyes de comunicació sobre drogues i conducció, convé tenir present que són mesures que cal complementar amb altres estratègies d'intervenció. Per si mateixes, no redueixen els accidents de trànsit.

### METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ

Les intervencions per reduir els riscos en els entorns de consum busquen afavorir espais saludables i vetllar pel benestar de totes les persones que s'hi troben.

### 4.INTERVENCIONS EN ENTORNS DE CONSUM

Atès que en les darreres dècades els espais recreatius han adquirit una gran importància entre les persones adolescents i joves, la major part de les intervencions per reduir els riscos en els entorns de consum s'han centrat en aquests espais.

**Persones aplicadores:** les intervencions en els entorns de consum acostumen a integrar diferents components. Per això, hi ha diferents agents que poden aplicar cada un d'aquests elements. Per exemple, en els espais d'oci nocturn es pot treballar amb les persones responsables dels locals, el personal de barra i el personal de seguretat. També es pot formar iguals que freqüenten entorns recreatius perquè informin els seus iguals o també per treballar amb els cossos de seguretat perquè apliquin components de tipus legal. >> [Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#) i >> [Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

**Escenari d'aplicació:** locals d'oci nocturn, bars, restaurants i espais on es fan festivals musicals o festes majors i/o festes populars i altres espais de consum.

**Components:** cada vegada més territoris implementen intervencions en els entorns de consum, majoritàriament, recreatius. L'evidència disponible de l'efectivitat d'aquesta estratègia és, avui per avui, poc conclouent. Tanmateix, l'experiència i el consens entre els experts aconsella que les intervencions de reducció de riscos en entorns de consum tinguin en compte sis elements clau: (1) accions per implicar els diferents grups d'interès; 2) estratègies d'informació per a les persones consumidores; 3) condicionament d'entorns amb recursos de salut i amb noves metodologies d'acostament a les intervencions (alcoholímetres digitals, anàlisi de substàncies, etc.); 4) formació al personal dels locals, mediadors recreatius, iguals i altres agents; 5) mesures legals (polítiques, normatives i aplicació de les lleis), i 6) integració de mesures d'entorn en el context de programes comunitaris.

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

**1) Accions per implicar els diferents grups d'interès.** Aquesta mesura és un dels aspectes clau de les intervencions per reduir riscos en els entorns de consum. Es tracta de generar sinergies entre els diferents grups d'interès rellevants per a la intervenció: sector públic, sector privat, població diana, població intermediària, professionals de la salut, etc. Aquest component és un pas previ per aplicar altres mesures d'entorn. Sovint, s'han de destinar recursos a articular mecanismes de col·laboració abans d'aplicar les mesures directament a la població diana.

Aquestes mesures requereixen una visió comuna i consensuada per part dels diferents sectors de la comunitat, i els joves hi tenen un paper molt important. L'objectiu és que, entre el sector públic, el privat, la població i els diferents grups d'interès implicats, es defineixi una cultura compartida a favor de la salut i la prevenció. Per exemple, en el cas dels locals d'oci nocturn, la finalitat és treballar conjuntament per aconseguir que la indústria recreativa gestioni el negoci de manera que es minimitzi l'impacte negatiu que pot tenir sobre les persones i sobre el conjunt de la comunitat.

Aquestes intervencions s'aconsegueixen desenvolupant coalicions i arribant a acords entre institucions, organitzacions, entitats i societat civil. Per exemple, entre les persones propietàries de locals, les autoritats policials, els serveis sanitaris i la població.

**2) Estratègies d'informació per a les persones consumidores.** Aquestes actuacions s'acostumen a desenvolupar facilitant materials i accés a recursos informatius (fullets, webs, etc.), bé mitjançant estratègies passives (p. ex. reservant un espai físic amb els materials informatius perquè les persones que vulguin els agafin) o bé amb estratègies més actives (normalment a través de l'acció dirigida d'iguals). Tanmateix, com ja s'ha indicat en apartats precedents, les estratègies merament informatives no comporten necessàriament canvis de comportaments.

**3) Condicionament d'entorns amb recursos de salut.** Fem referència, fonamentalment, a l'aplicació d'estratègies ambientals per condicionar espais que reportin recursos de salut. Entre les mesures que s'acostumen a aplicar hi ha les següents: habilitar espais per relaxar-se o chill-out, establir espais d'informació de salut, proveir l'accés a aigua, facilitar informació sobre transport públic o privat proper o mantenir mesures d'higiene, entre d'altres.

**4) Formació.** La formació als professionals de la indústria recreativa als locals d'oci s'ha mostrat efectiva per reduir intoxicacions, accidents de trànsit i aldarulls associats amb el consum d'alcohol. Aquesta formació és més efectiva i sostenible si s'implementa com una política estratègica del local en què estan implicats tots els nivells: gerència, encarregats, personal, etc. També en millora l'efectivitat quan hi ha poca rotació del personal, quan s'ofereixen incentius al personal format que aplica les accions saludables i, principalment, quan s'acompanya d'una política i d'unes estratègies comunitàries.

Un nivell més elevat de formació s'associa a més comprensió dels models de consum entre la població, dels riscos personals i d'entorn i del rol que

METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ

ocupen els diferents agents en la prevenció. També s'associa amb una gestió adequada de les situacions problemàtiques relacionades amb el consum de substàncies i en l'assumpció de consignes preventives.

Les necessitats formatives s'haurien d'adaptar a cada col·lectiu particular. Tanmateix, alguns continguts podrien ser transversals, com ara: a) actualització de la realitat de les drogues; b) el paper dels mediadors/agents; c) el paper de la prevenció i la reducció dels riscos en les drogues; d) aspectes normatius i legals en els entorns, i e) estratègies d'actuació davant situacions problemàtiques.

De tota manera, la formació no s'hauria de reservar només als actors de la indústria recreativa, ja que hi ha perfils professionals que des de diferents àmbits poden influir en els entorns de consum, com són els mitjans de comunicació juvenils, entre d'altres. Aquestes figures també ocupen un lloc privilegiat com a transmissors de valors, actituds i models de comportament.

Pel que fa als responsables i al personal dels locals d'oci nocturn, un aspecte formatiu clau és la **dispensació responsable de begudes alcohòliques** per part del personal de barra. Promoure aquest tipus de servei en el marc d'una política comunitària sobre l'alcohol ha mostrat que és una mesura efectiva per reduir riscos associats al consum d'alcohol (intoxicacions i conductes violentes). Tanmateix, sembla que els efectes positius poden anar-se esvanint amb el pas del temps. Per limitar aquesta pèrdua d'efectes s'aconsella que la formació s'incorpori dintre de la formació bàsica dels treballadors del local, que s'hi impliquin també els gerents dels locals, que es faci un seguiment de la intervenció al llarg del temps i que es doni incentius als treballadors i als locals que serveixen begudes de manera responsable.

**5) Mesures legals.** Les administracions tenen la responsabilitat i la capacitat legislativa de generar i fer complir les normatives. És a dir, que els espais (públics i privats) compleixin criteris de salut pública i seguretat ciutadana. Per exemple, s'ha comprovat que les restriccions del consum de begudes alcohòliques en espais públics (places, zones de platja, etc.) redueixen el consum d'alcohol, en particular entre els adolescents i joves. El mateix passa amb la limitació dels horaris d'obertura dels locals d'oci i amb l'increment de l'edat mínima per consumir o poder comprar alcohol. Alhora, en l'àmbit privat, el local ha de garantir una normativa favorable al benestar i la seguretat dels seus clients. Per exemple, condicions adequades d'il·luminació, limitar el volum del so, respectar l'aforament màxim, etc.

A més, les intervencions policials per assegurar que els locals compleixen la normativa de no dispensar begudes alcohòliques a menors d'edat o per fer complir la legislació de concessió de llicències també han mostrat que són mesures efectives. De tota manera, cal garantir que el compliment de les mesures legals es fa de manera regular i no només en moments puntuals.

Les estratègies de prevenció ambiental estan limitades per l'estatus de legalitat o il·legalitat de cada substància. No obstant això, les regulacions de

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

les drogues legals poden tenir també efectes preventius sobre el consum de drogues il·legals.

**6) Integració de mesures d'entorn en el context de programes comunitaris.**

Les investigacions indiquen que les mesures per modificar els entorns de consum són més efectives si es fan en el marc de programes basats en la comunitat, ja que ofereixen una sèrie d'intervencions coordinades. Aquests programes haurien d'incloure: lideratge, mobilització de la comunitat, continuïtat i finançament adequat.

**ATENCIÓ!**



**1. METODOLOGIA D'INTERVENCIÓ**

**1.1. COMPONENTS**

Els serveis de dispensació responsable de begudes alcohòliques que s'apliquen sense la implicació dels diferents agents dels locals (gerents, personal de barra, etc.), sense una normativa clara del local que reguli la dispensació de begudes i com a mesura aïllada d'una política comunitària que li doni suport, no són efectius. A més, aquesta mesura és més efectiva quan hi ha també mesures legals que prohibeixen la venda d'alcohol als clients intoxicats.

---

**METODOLOGIA  
D'INTERVENCIÓ**

**5. PROGRAMES  
COMUNITARIS PER  
REDUIR ELS RISCOS  
DERIVATS DEL  
CONSUM D'ALCOHOL**

Aquests programes inclouen diversos components: campanyes en els mitjans d'informació social, accions educatives, regulacions de la publicitat i de l'accés a les begudes alcohòliques, accions en els espais de consum, controls policials, implicació de la comunitat en el compliment de les polítiques de salut pública, etc.

Encara que l'evidència d'aquests programes és moderada, sembla que poden reduir el consum d'alcohol entre els conductors, les morts per accidents de trànsit i les lesions per agressions relacionades amb el consum d'alcohol.

**Persones aplicadores:** en les intervencions comunitàries per reduir els riscos associats al consum d'alcohol poden participar diferents persones, des de polítics, personal judicial, cossos de seguretat, professionals experts en drogues, etc. >> [Missatge clau | Persones aplicadores i mitjans aplicadors](#) i >> [Missatge clau | Formació, seguiment i suport a persones aplicadores](#)

**Escenari d'aplicació:** espais concrets de la comunitat i la comunitat en general.

**Components:** els dos components que semblen més efectius en els programes comunitaris són la mobilització de la comunitat i la regulació i el compliment de la legislació sobre l'alcohol.

La mobilització de la comunitat implica fer partícips del programa (tant en el disseny com en l'aplicació) els diferents agents interessats a reduir els riscos vinculats al consum d'alcohol, mobilitzar la comunitat per conscienciar-la dels problemes locals relacionats amb aquest consum i apoderar-la per aportar solucions a aquests problemes. Alhora, cal implicar els responsables dels negocis d'oci nocturn en actuacions saludables als seus locals (p. ex. promovent la dispensació responsable de begudes alcohòliques).

Juntament amb l'anterior, també és clau que el programa afavoreixi un compliment estricte de la legislació sobre l'alcohol. En concret, la majoria d'estudis d'avaluació demostren l'eficàcia d'aquesta mesura per reduir els problemes d'ordre públic i la violència i per incrementar els comportaments cívics. La legislació sobre l'alcohol n'ha de limitar l'accés i la disponibilitat, controlar la publicitat de les begudes alcohòliques, incrementar-ne el preu i desenvolupar una normativa específica per obrir llicències de locals d'oci.

## >> MC| DETERMINANTS

Un determinant és una característica —personal o social— que condiciona la salut de les persones. Traslladats a l'àmbit de les drogues, els determinants són els factors que augmenten o redueixen la probabilitat que es presentin problemes derivats de l'ús de drogues.

Afortunadament, la investigació sobre drogues disposa d'un coneixement ampli sobre les circumstàncies que s'associen amb la probabilitat d'iniciar el consum de drogues i que es coneix com l'estudi dels factors de risc i dels factors de protecció. Per tant, els determinants corresponen als factors de risc i als factors de protecció. Els determinants acostumen a classificar-se en conductuals/psicosocials i d'entorn:

### Determinants conductuals/ psicosocials

Els **coneixements**, les **creences**, les **actituds**, les percepcions i els valors sobre les drogues.

Les **habilitats** per afrontar situacions envers l'ús de drogues.

Les **recompenses** que les persones reben per l'ús de drogues.

Les **emocions** que senten en situacions relacionades amb l'ús de drogues.

### Determinants d'entorn

Interpersonals: les **conductes** i els **valors** associats amb les drogues dels entorns socialitzadors més propers (família, veïnat, amics, etc.).

Comunitaris: els **valors comunitaris** i els **patrons socials** relacionats amb les drogues.

Organitzacionals: les **regulacions** i **normes** dels escenaris on és la població (escola, treball, locals d'oci, etc.).

Socials: les **lleis** i **normatives** referents a les drogues que hi ha al territori.

Les condicions **físiques** (p. ex. la disponibilitat de begudes alcohòliques, la presència de fum ambiental, etc.) i els **recursos disponibles** d'atenció social, educativa, de salut, etc.

Font: Adaptat de: Green & Kreuter, citat a Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH (2006). Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach. 2a edició. San Francisco: Jossey-Bass.

Conèixer els determinants del consum de drogues en una població és el primer pas per saber quins s'hauran de modificar o potenciar en una intervenció.

### **>> MC| ESTRATÈGIES DE CAPTACIÓ**

Les estratègies massives per aconseguir que la població formi part de la intervenció solen ser menys costoses i permeten arribar a més població. En canvi, les estratègies interpersonals arriben a menys població, però asseguren més el nombre de persones informades i el seu interès per la intervenció.

Hi ha poblacions a les quals és més fàcil arribar si s'utilitzen determinades estratègies. Per exemple, els canals interpersonals són més adients per arribar a població amb desavantatges socials que els canals organitzacionals o els mitjans de comunicació.

Si volem garantir l'assistència de la població convé que no passi gaire temps des que es difon la intervenció, s'hi incorpora la població i s'inicia. També pot ser recomanable admetre més gent al principi perquè sempre hi ha un percentatge que renuncia a la intervenció, especialment si no comporta cap cost econòmic directe a la persona (tal com acostuma a passar amb les intervencions en prevenció sobre drogues).

### **>> MC| FORMACIÓ, SEGUIMENT I SUPORT A PERSONES APLICADORES**

Hi ha quatre elements que faciliten que una persona apliqui una intervenció: 1) estar motivada; 2) sentir-se capaç de desenvolupar la intervenció; 3) disposar dels recursos necessaris per aplicar-la (especialment, materials i suport tècnic), i 4) rebre compensacions per dur a terme aquesta tasca.

#### **Formació de les persones aplicadores**

La formació i el seguiment de les persones aplicadores garanteix, en part, la motivació i l'autoeficàcia per desenvolupar la intervenció; aquests són elements clau per aconseguir l'èxit d'una intervenció.

La formació és un pas previ a la implementació però convé que el temps entre aquesta i l'aplicació de la intervenció sigui curt. Així, els coneixements apresos seran recents i es podran aplicar de manera immediata. Habitualment, les persones que han planificat la intervenció formen i fan el seguiment de les persones aplicadores.

Caldrà adaptar els continguts de la formació al perfil de la població aplicadora i a l'àmbit d'actuació, però com a temàtiques generals convé: a) contextualitzar el fenomen de les drogues en la població diana i en el territori (especialment, quan les persones aplicadores estan més allunyades de les intervencions en prevenció sobre drogues); b) entrenar el rol, les funcions, les habilitats i les actituds de les persones aplicadores en l'escenari d'actuació, i c) formar en el desenvolupament de la intervenció (les accions, els materials, els recursos complementaris, els fulls de registre de les activitats, possibles adaptacions de la intervenció, etc.).



Dues de les característiques més importants que enforteixen el rol de la persona aplicadora són:

- ▶ **L'estabilitat:** en les intervencions que acostumen a durar diverses sessions és molt important l'estabilitat de la persona aplicadora durant tota la intervenció. Això permet conèixer el grup, adaptar-se a les seves necessitats i conèixer el desenvolupament del conjunt de la intervenció. Sovint, els canvis freqüents de persona denoten descoordinació, manca de serietat i poden ser un motiu prou important per desmotivar i provocar baixes d'assistència de la població diana (especialment quan els grups no estan configurats).
- ▶ **La connexió:** la població aplicadora ha de connectar, ser referent i ser una font creïble per a la població diana ja que són les persones transmissores dels continguts i dels missatges preventius. A vegades, la població aplicadora reuneix aquestes característiques gairebé de manera natural, com passa amb els iguals. Tanmateix, la manera de connectar (i també de no aconseguir-ho) és un dels continguts que s'ha d'incorporar en l'entrenament del rol de les persones aplicadores.

### **Seguiment, suport i recursos**

D'altra banda, el seguiment i la supervisió professional de les persones aplicadores és tan important com la formació. Sobretot aquests elements beneficien la intervenció en dos sentits: un, perquè ajuden a fer que l'aplicació sigui més fidel a la planificació (o que s'adapti adequadament), i l'altre, perquè incrementen la confiança de les persones aplicadores.

El seguiment i el suport es fan bàsicament quan s'aplica la intervenció i serveixen per reforçar la persona aplicadora. En aquest procés s'acostumen a resoldre dubtes sobre l'aplicació, orientar l'adaptació d'accions, aclarir continguts, oferir recursos complementaris o recordar l'enregistrament de la cobertura o de les accions realitzades, entre d'altres. És molt important que l'equip aplicador tingui el contacte de la persona professional que li donarà suport i que sàpiga què en pot esperar.

Durant l'aplicació, la persona aplicadora també ha de recollir dades sobre el seu desenvolupament, que després serviran per avaluar el procés de la intervenció.

### **Incentius**

Els incentius poden ser de diferents tipus i han de ser adequats al perfil de les persones aplicadores. Entre els més comuns hi ha:

- ▶ Econòmics, materials o d'activitat: compensació econòmica, material o d'activitat per l'aplicació de la intervenció.
- ▶ Avantatges laborals: certificats d'activitat que serveixen per obtenir beneficis laborals, com per exemple dies festius, promocions internes, etc.

- ▶ Avantatges formatius: certificats formatius pel currículum professional, per convalidar matèries formatives, per obtenir crèdits acadèmics, etc.
- ▶ Acreditació o certificació d'una bona pràctica: per exemple, un local que fa accions favorables a la salut, etc.
- ▶ Visibilitat de les persones participants quan es fan presentacions de la intervenció: per exemple, convidar les persones aplicadores a explicar la seva experiència, esmentar-les en les publicacions de les intervencions, etc.

### **>> MC| FIDELITAT DE L'APLICACIÓ**

Si s'adapta un programa de prevenció desenvolupat a un altre context sociocultural és important aplicar-lo amb la màxima fidelitat, seguint les recomanacions de les persones que l'han dissenyat. Una implementació deficient d'una intervenció acostuma a no produir efectes sobre el consum de drogues.

Una adaptació adequada és aquella que assegura que els principis bàsics perquè la intervenció funcioni es transmeten adaptats culturalment. Hi ha components d'una intervenció que convé no modificar (principis bàsics) i d'altres que és important adaptar a cada context. Entre els elements essencials d'una intervenció hi ha els determinants que es treballen, els continguts de salut, la intensitat i el format. En canvi, components com ara els textos, les imatges, els materials, les estratègies de captació i de retenció, etc., necessiten aconseguir rellevància cultural per arribar a la població diana.

És possible que adaptar una intervenció plantegi dubtes sobre la seva eficàcia aplicada en un altre context. Però no hem de perdre de vista que adaptar actuacions efectives ofereix més garanties que crear-ne de noves, de les quals es desconeix (si més no en principi) l'eficàcia.

### **>> MC| INTERVENCIONS EFICACES**

Les intervencions eficaces acostumen a basar-se en els criteris següents: 1) estan dissenyades seguint el model lògic de planificació; 2) canvien determinants conductuals/psicosocials i d'entorn rellevants pel consum de drogues; 3) es basen en models teòrics de referència; 4) es base en altres intervencions que han demostrat ser eficaces o en són adaptacions; 5) consideren les necessitats de cada grup de població i les característiques del seu entorn sociocultural; 6) són viables; 7) les apliquen les persones adequades que, normalment, s'han format prèviament; 8) utilitzen mètodes i estratègies adequats per canviar determinants conductuals/psicosocials i d'entorn, 9) es doten dels recursos necessaris i 10) s'avaluen, Com a mínim, s'avalua el procés.

### **>> MC| LAW ENFORCEMENT**

L'expressió anglesa *law enforcement* significa potenciar el compliment de les lleis. Per aconseguir-ho, cal que conflueixin diferents factors:

1. Els governs han d'impulsar lleis adequades a la realitat i a les necessitats de la societat, que siguin justes, coherents i garantistes; que tinguin en compte els drets humans i que estiguin basades en l'evidència científica.
2. Han d'aconseguir una bona acceptació social, per exemple, fent accions de conscienciació social en relació amb el sentit que tenen i el seu compliment.
3. Els cossos de seguretat, com a autoritat pública encarregada d'executar les lleis, han de vetllar perquè s'executin correctament.

En resum, per aplicar de manera eficaç les lleis, aquestes han de ser clares, l'aplicació ha de ser regular i intel·ligent i han de tenir un suport social fort. Diferents estudis avalen que, si les lleis s'executen així, contribueixen a prevenir i reduir els riscos i els danys associats al consum de drogues.

En aquest sentit, incorporar la idea del *law enforcement* a la prevenció permet aprofitar les oportunitats que ens donen les lleis per aplicar estratègies que reforcin la nostra feina. Això es pot aconseguir treballant de manera coordinada i consensuada amb els cossos de seguretat i la resta d'agents implicats: administracions, entitats, etc.

Promoció i Desenvolupament Social, PDS [Internet]. Prevenim.dro. Butlletí d'informació sobre prevenció de drogodependències a Catalunya. Número 40 - suplement monogràfic 13: drogues i lleis. Barcelona; 2014. Disponible a: <http://www.pdsweb.org/wp-content/uploads/2015/01/Prevenim.dro-40-xtra-LLEIS-web.pdf>

### **>> MC| MARC LEGAL EN L'ÀMBIT LABORAL**

Entre aquests marcs legals destaquen: la Constitució espanyola, en especial, l'article 40, que indica el deure dels poders públics de vetllar per la higiene i la seguretat laboral, i l'article 45, que reconeix el dret a gaudir d'un ambient laboral adequat per a la persona i a preservar-lo; la Llei 31/1995, de prevenció de riscos laborals; la Llei general de la Seguretat Social; l'Estatut dels treballadors; el Decret legislatiu 1/1995, de 24 de març; la Llei general de sanitat (14/1986); la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència i la seva modificació segons la Llei 10/1991, de 10 de maig.

### **>> MC| MISSATGES INSTITUCIONALS**

Els missatges institucionals referits a la prevenció del consum de drogues no sempre han rebut el suport esperat de la població, especialment quan han estat carregats d'alarmisme i s'han allunyat de la realitat viscuda per part de la població.

Per això, quan s'elaboren missatges convé tenir en compte algunes recomanacions: 1) és necessari superar el discurs clàssic institucional que s'oposa a l'ús de drogues, especialment quan s'adreça a persones consumidores; 2) els continguts moralistes acostumen a generar rebuig i poden desencadenar actituds reactives; 3) els continguts han de respondre a les realitats, necessitats i preocupacions de la població; 4) l'alarmisme pot generar prejudicis, descrèdit i, fins i tot, tenir efectes contrapreventius, i 5) el llenguatge ha de ser proper a la població.

Per ampliar informació sobre els missatges de les campanyes institucionals, podeu consultar la Recerca avaliativa del material "Que Ruli... manual per a mans properes al cànnabis". Disponible a: [http://hemerotecadrogues.cat/wp-content/static\\_docs/aval\\_queruli.pdf](http://hemerotecadrogues.cat/wp-content/static_docs/aval_queruli.pdf)

### **>> MC| MODELS TEÒRICS (PER ORDRE ALFABÈTIC)**

Els enfocaments que es recullen en aquesta guia són una proposta dels models i les teories que o bé s'han mostrat eficaços per promoure canvis de comportament relacionats amb la salut o bé són àmpliament utilitzats en el camp de la prevenció dels problemes relacionats amb el consum de drogues. Òbviament, no és una proposta tancada i en cap cas pre téen ser un recull dels únics models que es poden utilitzar en el disseny dels continguts i de la metodologia de les intervencions en prevenció sobre drogues. S'han triat per la fonamentació teòrica, per la utilitat pràctica i, en alguns casos, per la novetat. Els models seleccionats es presenten per ordre alfabètic.

#### **Entrevista motivacional**

L'entrevista motivacional (EM) és una manera estratègica de fer entrevistes dirigida a facilitar la motivació real per iniciar i mantenir un canvi de comportament en què la persona és la protagonista real del seu procés de canvi.

L'EM se centra en la persona i té com a objectius principals explorar les ambivalències cognitives, generar discrepàncies internes i, alhora, reduir les resistències per canviar. La idea és que la persona s'enfronti a la seva pròpia ambivalència de la manera més eficient possible.

L'EM comparteix amb altres models sociocognitius la necessitat que els canvis de conducta de les persones estiguin mediatitzats per la motivació per canviar. Per tant, una intervenció individual en prevenció sobre drogues es pot basar en l'EM i conjuntament en el treball dels determinants conductuals/psicosocials dels diferents models sociocognitius de canvi (proposats en aquesta mateixa guia).

Miller i Rollnick, 1999 i [www.getem.org](http://www.getem.org).

### Habilitats per a la vida

L'educació en habilitats per a la vida a les escoles és un enfocament impulsat per l'Organització Mundial de la Salut (1997). Aquest enfocament emfatitza que les competències psicosocials tenen un paper molt rellevant en la promoció de la salut i el benestar personal (físic, mental i social), especialment quan els problemes de salut es relacionen amb conductes concretes i quan aquestes estan associades amb les habilitats necessàries per afrontar situacions personals i socials. Segons aquest plantejament, hi ha deu habilitats bàsiques que promouen el benestar de les persones, en particular, dels adolescents i joves:

- 1. La presa de decisions.** És l'habilitat que ens ajuda a decidir de manera constructiva, considerant les conseqüències presents i futures de les diferents decisions, així com els valors, les motivacions i les necessitats personals.
- 2. La resolució de problemes.** Atès que els problemes no es poden evitar, però són una font important d'estrès, aquesta habilitat ens permet afrontar de manera flexible i positiva la gestió de conflictes.
- 3. El pensament creatiu.** És una habilitat que contribueix a millorar la presa de decisions i la resolució de problemes. Ens permet aprendre de l'experiència, a valorar la disponibilitat de les diferents alternatives i a respondre de manera adaptativa a les situacions.
- 4. El pensament crític.** És la capacitat d'analitzar les situacions i les experiències de manera objectiva. Aquesta habilitat ens permet valorar les influències que rep la nostra manera de pensar i actuar.
- 5. La comunicació assertiva.** És la capacitat per expressar-se clarament segons cada situació, tenint en compte què es pensa i se sent. Aquesta capacitat respon al dret de cada persona a expressar-se i posar límits en la relació amb els altres.
- 6. Les relacions interpersonals.** És l'habilitat que ens permet relacionar-nos d'una manera positiva i satisfactòria amb les persones del nostre entorn social (família, amistats, etc.).
- 7. L'autoconeixement.** Aquesta capacitat inclou el reconeixement de nosaltres mateixos, de la nostra personalitat, de les nostres fortaleses i de les nostres febleses, de les coses que ens agraden i de les que no.
- 8. L'empatia.** És la capacitat per veure la vida des de la vivència d'una altra persona, independentment que aquesta visió sigui experimentada o compartida. Aquesta és una habilitat necessària per entendre i acceptar les altres persones.
- 9. La gestió d'emocions.** És una habilitat que ens permet entendre el món emocional propi i el dels altres. En concret, ens permet reconèixer les emocions que sentim, autoritzar-les i veure com influeixen sobre la nostra vida i les decisions que prenem.

**10. La gestió de l'estrès.** És una competència que ens ajuda a identificar les fonts de tensió que tenim en la nostra vida, les seves manifestacions i les seves influències, i a desenvolupar maneres saludables d'afrontar-les.

OMS, 1997.

**I-CHANGE MODEL**

Aquest model és el successor del model ASE (Attitude-Social Influence Self-Efficacy) que integra alhora conceptes d'altres models sociocognitius (model de creences, teoria de l'acció planificada, model transteòric del canvi i teoria de l'aprenentatge social).

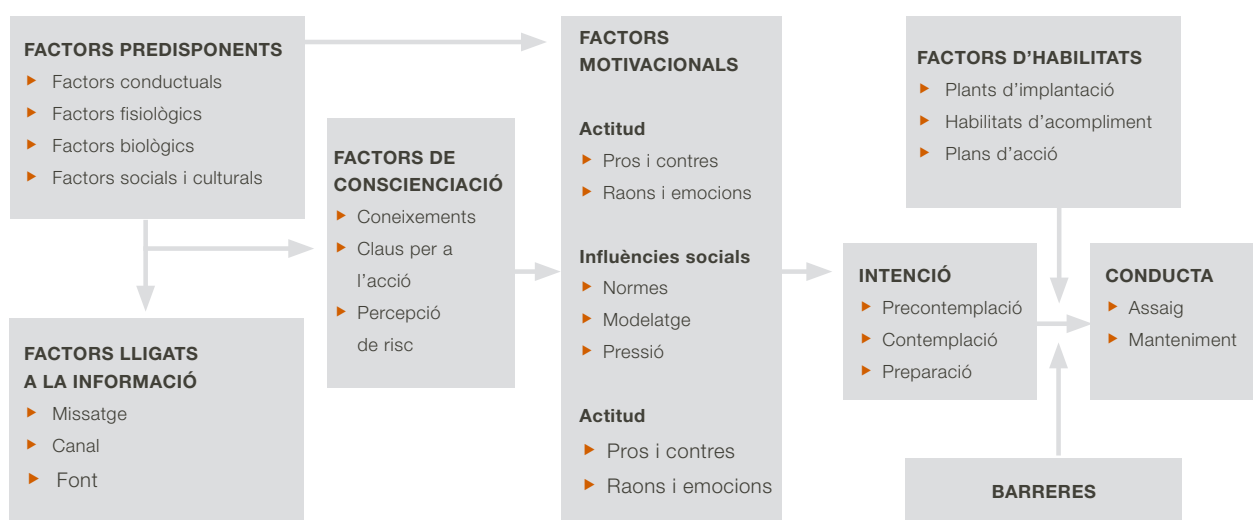


Figura (traduïda) extreta de (De Vries, 2003)

Aquest model afirma que el comportament és el resultat de les intencions i les habilitats d'una persona. La intenció de canviar es troba en un rang que va des de cap intenció (precontemplació) a la motivació per canviar de manera immediata (preparació).

A més, les habilitats i les barreres que hi ha a l'entorn determinen la probabilitat que s'adopti una conducta. Les habilitats per executar plans específics d'acció així com les habilitats per tenir una conducta determinada incrementen les probabilitats de convertir les intencions en conductes, mentre que les barreres redueixen aquestes possibilitats.

La motivació d'una persona està determinada per les actituds, les normes socials i l'autoeficàcia, i aquests factors motivacionals estan influïts per factors conductuals, psicològics, biològics i socioculturals i factors informatius/comunicatius.

De Vries, 2003.

### **Màrqueting social**

El màrqueting social no és en si mateix una teoria. És una estratègia que utilitza les eines del màrqueting comercial per analitzar, planificar, executar i avaluar programes dissenyats per influir en el comportament voluntari de la població, amb la finalitat de millorar-ne el benestar personal i el de la societat.

Entre les estratègies principals destaquen la segmentació, l'anàlisi de la població, l'anàlisi de la competència i la promoció de la conducta:

- 1.** La segmentació fa referència al procés de diferenciar la població objectiu en subgrups amb característiques i necessitats més homogènies, com per exemple el lloc de residència, el gènere, l'ètnia, els hàbits, etc., per orientar eficaçment les estratègies de màrqueting.
- 2.** L'anàlisi de la població és l'estudi per conèixer les percepcions, les necessitats i els desitjos relacionats amb la conducta de salut dels consumidors.
- 3.** L'anàlisi de la competència és la investigació de les conductes que s'estan promocionant i que poden estar relacionades amb la conducta objectiu que es vol promoure.
- 4.** La promoció de la conducta es fa a través de les anomenades quatre p (per les inicials de: product, price, place, promotion). L'objectiu és incrementar els beneficis, reduir les barreres i oferir la millor opció de la competència a través de promoure les 4 P:
  - ▶ Producte (*product*): promoure el comportament i informar dels beneficis que comporta.
  - ▶ Preu (*price*): minimitzar les barreres en l'adopció del comportament.
  - ▶ Lloc (*place*): fer accessible el comportament.
  - ▶ Promoció (*promotion*): difondre el comportament al públic objectiu.

U.S. Department of Health & Human Services. National Institutes of Health, 2005.

### **Model de creences**

Segons aquest model, la realització d'una conducta de salut està determinada pel balanç entre els costos i els beneficis anticipats d'aquesta conducta i per l'amenaça percebuda de la malaltia. Així, perquè hi hagi una mínima motivació per executar la conducta relacionada amb la salut, la persona ha de percebre que la seva salut corre un cert risc i que la conducta que ha de tenir per reduir el risc, presenta més avantatges que inconvenients.

Segons aquest model, proporcionar informació sobre les conseqüències negatives del consum de drogues pot incrementar la percepció de risc, i això millorar la motivació per tenir una conducta preventiva. Alhora, també hi pot ajudar anticipar els beneficis i promoure la superació de les barreres percebudes de les conductes preventives.

Rosentock, 1960, Becker i Mainan, 1975.

### **Model de desenvolupament social**

El model de desenvolupament social destaca la importància de reduir els factors de risc i enfortir els factors de protecció, la implicació dels agents de socialització (família, escola, etc.) en el desenvolupament dels patrons de conducta i la necessitat d'establir vincles positius amb entorns socials prosocials, al mateix temps que s'adequen les intervencions a cada etapa del desenvolupament.

Catalano i Hawkins, 1996.

### **Model d'ecologia social**

Aquest model emfatitza la necessitat d'establir vincles afectius i positius amb la família i l'escola perquè això afavoreix que el jovent mantingui actituds i conductes prosocials. A més, també prioritza la necessitat de generar un entorn social en el qual la persona jove tingui l'oportunitat de desenvolupar competències socials i incrementar l'autoeficàcia. Segons aquest model, tant la vinculació positiva a entorns prosocials, les competències socials, com una autoeficàcia elevada afavoreixen les eleccions preventives en relació amb l'ús de substàncies.

Les intervencions basades en aquest model se centren a millorar els entorns familiar i educatiu. En concret, en l'àmbit familiar treballen diferents elements implicats en les interaccions entre pares i mares i fills i filles amb l'objectiu de desenvolupar un clima familiar positiu, atès que això té efectes protectors en les decisions relacionades amb el consum de drogues. Entre aquests elements de l'entorn familiar hi ha la comunicació, la gestió de conflictes i l'establiment de normes i límits, entre d'altres.

Kumpfer i Turner, 1990 i 1991. SAMHSA, 1998.

### **Model ecosistèmic (model ecològic social)**

Aquest model proposa una perspectiva ecològica del desenvolupament de la conducta humana, que permet comprendre la interacció de les persones amb el seu ambient. L'individu participa d'uns espais de relació amb la família, l'escola, el grup d'amics, les condicions polítiques i econòmiques, etc. i tots aquests espais influeixen en el seu curs vital. El model representa aquests espais com cercles concèntrics diferenciats en quatre nivells: 1) el *microsistema* constitueix el nivell més immediat en el qual es desenvolupa l'individu (la família, l'escola i les amistats); 2) el *mesosistema* comprèn les interrelacions de dos o més microsistemes en què la persona participa activament; 3) l'*exosistema* l'integren contextos més amplis,



com ara les oportunitats socials, l'entorn laboral, etc., i 4) el *macrosistema* ve configurat per la cultura, que repercuteix de manera transversal en tots els altres sistemes.

D'acord amb aquest model, les intervencions s'han d'orientar a millorar la interacció de la persona amb els diferents sistemes. D'una banda, han de potenciar les característiques personals que permetin una adaptació i/o modificació de l'entorn i, de l'altra, intervenir en tots els nivells de manera que es potenciïn els factors protectors o minimitzin els de risc.

Bronfenbrenner, 1979.

### **Models participatius i d'organització comunitària**

L'organització comunitària és un procés a través del qual s'ajuda la comunitat a identificar les seves necessitats, mobilitzar recursos i desenvolupar estratègies per assolir els objectius col·lectius. Aquests enfocaments són coherents amb les perspectives ecològiques ja que reconeixen que un problema de salut està influït per diferents nivells (individual, social, etc.).

La participació de la comunitat està determinada per la competència percebuda per si mateixa per prendre decisions que millorin aspectes relacionats amb la salut. Aquesta percepció pot millorar en la mesura que es capacita i es treballa amb la comunitat amb aquest objectiu.

Les intervencions basades en aquests enfocaments estan prioritzades per la comunitat i aporten diferents estratègies pràctiques comunitàries, com són el desenvolupament de grups comunitaris per liderar intervencions, la planificació social per solucionar els problemes o l'increment de la capacitat comunitària per resoldre els problemes.

U.S. Department of Health & Human Services. National Institutes of Health, 2005.

### **Model de promoció de la salut**

Aquest és el model de referència de les intervencions de l'Organització Mundial de la Salut.

Segons aquest model, els estils de vida de la població poden millorar si s'afavoreixen unes condicions personals i socials adequades per a la salut. Aquestes condicions es poden aconseguir prioritzant l'actuació en cinc àrees: 1) establir una política pública saludable; 2) crear entorns que promoguin la salut, mitjançant la combinació de mesures polítiques, legislatives i informatives; 3) enfortir l'acció comunitària perquè la comunitat pugui avançar cap a la consecució de nivells òptims de salut; 4) promoure el desenvolupament d'habilitats personals per adoptar estils de vida saludables, i 5) reorientar els serveis de salut sobre la base de les necessitats existents a cada territori.

Les intervencions basades en el model de promoció de la salut planifiquen accions per treballar determinants conductuals/psicosocials i determinants d'entorn. Els primers se centren a apoderar directament les persones perquè tinguin un control millor sobre la salut, mentre que els segons s'orienten a apoderar les comunitats i les societats en les quals viuen les persones, per exemple, establint polítiques reguladores del consum de drogues, limitant l'accessibilitat a les substàncies i la disponibilitat, incrementant els serveis d'atenció a les drogues, etc.

OMS, 1986. Green, 1986 i 2006. Kickbusch, 2003.

### **Model de reducció de riscos i model de reducció de danys**

El model de reducció de riscos està inspirat en el model de reducció de danys. Fonamentalment, es dirigeix a població consumidora que fa consums no problemàtics de drogues i que té intenció de seguir consumint.

La finalitat del model de reducció de riscos és reduir les conseqüències negatives immediates associades al consum de drogues i, en definitiva, aconseguir que les persones consumidores en facin un consum al més segur possible.

Les experiències pràctiques derivades d'aquest model se centren, d'una banda, en les persones consumidores, especialment quan consumeixen en contextos específics (recreatius, laborals, educatius, etc.), i, de l'altra, en accions pràctiques per protegir la població general de l'exposició als riscos provinents del consum de drogues.

Els resultats de les investigacions basades en aquest model indiquen que ha servit per reduir les conseqüències negatives del consum de drogues sobre la salut, en termes de mortalitat, morbiditat, incapacitat, etc.

El model de reducció de danys es va originar a Europa per disminuir les conseqüències negatives associades a l'ús de drogues injectables i més tard s'ha utilitzat per abordar els problemes relacionats amb el consum de drogues en entorns recreatius i d'oci.

El model de reducció de danys té com a objectiu minimitzar els danys associats al consum de drogues en les persones que no poden o no volen abandonar-ne el consum. Entre els objectius que té destaquen els següents: incrementar la qualitat de vida de les persones consumidores, prevenir les sobredosis i les reaccions adverses associades al consum, reduir la transmissió de malalties infeccioses i augmentar la consciència sobre els riscos i els danys associats a l'ús de drogues.

Aquest model proposa abordar l'atenció al consum de drogues des d'una perspectiva multisectorial i multidisciplinària que ajudi a enfortir les capacitats personals i a desenvolupar tot un seguit de mesures, accions i serveis per arribar a les persones en les situacions en què es poden produir els danys.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública, 2008.

### **Model de Salut Pública**

Aquest model considera que la salut està condicionada per les relacions recíproques entre tres elements: l'hoste, l'agent i l'ambient. Aplicat a l'àmbit de la prevenció del consum de drogues, els tres elements correspondrien als següents: l'agent seria la substància (les característiques farmacològiques, socials, legals, etc.); l'hoste seria la persona (les característiques genètiques, biològiques, demogràfiques, socials, determinants conductuals/psicosocials, etc.), i l'ambient correspondria als condicionals socials i físics en què es produeixen els consums.

A partir de la identificació d'aquests tres elements, el model postula que la salut es preserva, d'una banda, incrementant la resistència individual davant les malalties, i, de l'altra, desenvolupant un entorn que protegeixi la salut general de la població. Per fer-ho, utilitza estratègies com ara la vigilància epidemiològica, la promoció i la protecció de la salut, l'enfortiment de la capacitat institucional de regulació en matèria de salut pública i el desenvolupament de polítiques públiques, entre d'altres.

Així, aplicat a l'àmbit de les drogues, el model de salut pública proposa incrementar la resistència de l'hoste (la persona) a través d'accions que enforteixin els determinants conductuals/psicosocials relacionats amb el consum, i aïllar l'agent (substància), per exemple, amb mesures reguladores per crear espais lliures de drogues.

Bukoski, 1995.

### **Model transteòric del canvi**

Aquest model parteix del fet que el canvi de comportament és un procés que passa per cinc etapes: 1) precontemplació (quan no hi ha cap intenció de canviar en els propers sis mesos) 2) contemplació (quan es planteja un canvi de comportament en els propers sis mesos); 3) preparació (quan es planteja un canvi en els propers dies i ja s'han fet petits passos en aquesta direcció); 4) acció (quan ja s'ha fet el canvi i ja fa un temps que dura), i 5) manteniment (quan el canvi de comportament es manté des de fa sis mesos). Aquest procés no és lineal, sinó circular. Això vol dir que es pot entrar en el procés de canvi tantes vegades com sigui necessari per aconseguir el canvi definitiu de la conducta.

La població en cada estadi té característiques comportamentals i actitudinals diferents respecte a la intenció de canviar. Això implica que cada persona té necessitats diferents d'informació i intervenció. El model proposa processos de canvi que es poden utilitzar per facilitar passar d'una etapa a la següent.

Prochaska i DiClemente, 1983, 1992.

### **Teoria de l'acció planificada**

D'acord amb aquesta teoria la intenció per dur a terme una acció depèn de les actituds de la persona sobre la conducta, de la norma subjectiva (percepció de la pressió social que es rep per executar una conducta) i del control percebut. D'aquí es deriva que consumir drogues és una decisió racional basada en les creences sobre el consum d'una determinada substància, la pressió percebuda que la persona sent per consumir-la i el control que percep en les situacions relacionades amb el consum.

Fishbein i Ajzen, 1972, 1975. Ajzen, 1988.

### **Teoria de l'aprenentatge social**

D'acord amb la teoria de l'aprenentatge social, les persones aprenen les seves conductes per l'observació del comportament d'altres individus (models), les conseqüències que aquests experimenten, les expectatives que anticipen per tenir la conducta i l'autoeficàcia percebuda amb una conducta determinada.

De la teoria de l'aprenentatge social es desprenen dues orientacions pràctiques molt importants. La primera és la importància d'entrenar les habilitats per fer front a les situacions relacionades amb el consum (entre les quals hi ha l'assertivitat, la capacitat de fer front a la pressió de grup, la gestió d'emocions, etc.). La segona és l'ús del modelatge com un mètode molt efectiu per ensenyar habilitats i promoure comportaments saludables.

Segons Bandura, creador d'aquesta teoria, el comportament, els factors cognitius i l'ambient tenen una influència bidireccional anomenada *determinisme recíproc*. Això obre moltes possibilitats pràctiques per promoure canvis en el comportament, atès que aquests es poden assolir tant fent ajustos en el medi ambient com modificant les actituds i les habilitats personals.

Bandura, 1969, 1986, 1989 i 1999.

### **Teories de la comunicació**

Els mitjans de comunicació difonen notícies, informació, entreteniment, etc. a petita escala (p. ex. informació local referida a un municipi) i arreu del món. Els mitjans tenen una gran influència en la vida econòmica, política i social i també en les decisions conductuals.

Les teories de la comunicació aplicades a l'àmbit de la salut exploren com els elements comunicatius poden millorar les conductes relacionades amb la salut. Els elements clau són: l'emissor (qui emet el missatge), el missatge (el contingut i el format), els canals (els mitjans utilitzats per transmetre els continguts), els receptors (les persones que descodifiquen els missatges per dotar-los de significat) i els efectes (en què es transformen els missatges, un cop transmesos, rebuts i assimilats).

Segons aquestes teories, els missatges de salut poden influir en diferents àmbits: 1) individual, perquè el missatge impacta directament en les creences d'una persona o hi impacta amb retard perquè el missatge es processa després que s'hagi emès; 2) generalitzat, perquè les persones es persuadeixen a causa dels continguts del missatge; 3) social, perquè el contingut del missatge serveix per fer actuar sobre diferents grups socials, i 4) institucional, perquè serveix per estimular una resposta per part de les institucions públiques per reforçar la informació del missatge.

Les estratègies *e-health* (salut electrònica) fan referència a l'ús de les tecnologies de la informació, la comunicació digital i els dispositius d'Internet per a ordinadors, mòbils, etc., per millorar la salut de la població. Aquestes eines posen a l'abast de les persones diferents eines per gestionar la seva salut, prendre decisions de salut basades en informació sanitària de qualitat, actualitzar els coneixements sobre salut, rebre assessorament per part de professionals, etc. El potencial d'ús en l'àmbit de la salut és molt prometedor.

Les tecnologies e-health inclouen, entre d'altres, la informació a través de webs, blogs, grups de suport en xarxes socials, jocs d'ordinador educatius o fenòmens virals.

Glanz K, Rimer B, Viswanath K. 2008. U.S. Department Of Health And Human Services National Institutes Of Health, 2005 i <http://www.health.gov/communication/>

### **Teoria de les normes socials**

Aquesta teoria afirma que els nostres comportaments estan influïts per les percepcions errònies sobre què pensen i què fan altres membres dels nostres grups socials. La sobreestimació de la prevalença real de les conductes de risc incrementa la probabilitat de realitzar aquestes conductes. A l'inrevés, la subestimació de la prevalença real de les conductes saludables descoratja les persones de dur-les a terme.

Les intervencions basades en la teoria de les normes socials corregeixen les percepcions normatives errònies aportant informació objectiva sobre les actituds i el consum reals que fan altres persones, en especial, el grup d'iguals.

Perkins, 1986. Berkowitz, 2005. Burkhart, 2009.

### **Teoria del Superpeer**

Aquesta teoria estableix que els mitjans de comunicació són com un superpeer en la mesura que exerceixen una pressió molt important en els joves per adquirir comportaments que es mostren normatius en els mitjans. El retrat del consum de drogues en els mitjans de comunicació influeix sobre els iguals.

D'aquesta teoria es desprèn la necessitat d'ensenyar a analitzar críticament la informació i els estereotips que promouen els mitjans de comunicació, així com a establir unes pautes (familiars, etc.) de bon ús de les "pantalles" (moments i hores de dedicació, etc.).

Strasburguer, 1999, 2012.

### **>> MC| PERSPECTIVA DE GÈNERE**

Partir d'aquest punt de vista implica conèixer els determinants del consum diferenciats entre homes i dones i dissenyar intervencions que incorporin accions diferenciades en funció del gènere, atès que tant els consums com la resposta a aquestes intervencions difereix entre gèneres.

Per ampliar informació sobre les qüestions de drogues i gènere, es pot consultar el Canal Drogues de la Generalitat de Catalunya: <http://drogues.gencat.cat>

### **>> MC| PERSPECTIVA TRANSCULTURAL**

La perspectiva transcultural en les intervencions en prevenció sobre drogues implica reconèixer que el consum de substàncies, a més de ser un procés biopsicosocial també és un procés cultural. La cultura determina com s'entenen certs estats, comportaments, trajectòries de consums, etc. Per tant, per millorar l'eficàcia d'aquestes intervencions cal millorar la comprensió, l'accés i la col·laboració de les persones que tenen codis culturals diferents als majoritaris (minories, persones estrangeres, fills d'immigrants, etc.) des del moment en què es comença a planificar una intervenció.

Sovint, treballar sota aquesta perspectiva implica haver de trobar una manera d'aplicar intervencions eficaces sense comprometre les creences, els valors i els comportaments de les persones que tenen diferents concepcions culturals.

Per ampliar informació sobre les qüestions de drogues i transculturalitat, es pot consultar el Canal Drogues de la Generalitat de Catalunya: <http://drogues.gencat.cat>

## >> MC| PERSONES APLICADORES I MITJANS APLICADORS (PER ORDRE ALFABÈTIC)

Les intervencions sobre prevenció de drogues les acostumen a aplicar diferents tipus de professionals. Això implica que poden ser professionals amb experiència en l'àmbit de les drogues com persones sense expertesa en aquest àmbit però que són referents clau per a la població diana i hi tenen accés. Cada perfil aporta uns avantatges i uns desavantatges que s'hauran de valorar quan es dissenyi la intervenció.

Alhora, en les intervencions sobre drogues també hi pot participar població intermediària, és a dir, persones que influeixen directament en la població diana i que amb les seves actituds i comportaments poden afavorir o atenuar comportaments de risc o de protecció en aquella població. La població intermediària no aplica ben bé la intervenció, sinó que modifica pautes de comportament per influir positivament en la població diana (p. ex. la família, personal d'establiments d'oci nocturn, etc.).

La formació de la població aplicadora constitueix una garantia de qualitat. És altament recomanable que es planifiquin accions per motivar, donar suport, oferir recursos i fer un seguiment de les persones que apliquen les intervencions. A més, encara que la intervenció sigui aplicada per una població concreta, convé que un professional expert lideri el seguiment i l'avaluació de la implementació de la intervenció. En part, la tasca d'aquesta persona hauria de ser motivar, implicar, formar i assessorar la població que sigui més adient, així com donar-li suport, per aplicar la intervenció. L'evidència, l'experiència i les necessitats de la població ho avalen.

A continuació, es descriuen les persones aplicadores que acostumen a aplicar intervencions en prevenció sobre drogues.

**Iguals.** Les principals raons per implicar iguals en una intervenció es basen en el supòsit que comparteixen característiques psicosocials amb la població, i que, per tant, són més accessibles per a la població diana, poden aconseguir més espais d'interacció amb aquesta, coneixen els mecanismes per adreçar-s'hi i comunicar-s'hi i poden transmetre un missatge amb més força, fer-lo més creïble i que tingui més impacte.

Malgrat l'ampli creixement d'intervencions, el camp de l'educació entre iguals reclama la necessitat de disposar d'avaluacions de qualitat que marquin unes directrius clares per dissenyar intervencions basades en iguals. Tanmateix, diferents experiències amb iguals apunten els components següents com a accions clau en aquestes intervencions: a) incorporar els iguals en tot el procés de planificació; b) planificar les intervencions adequadament (avaluació de necessitats, enfocament teòric, objectius clars, metodologia adequada, etc.); c) inserir la intervenció en una estratègia comunitària més àmplia; d) disposar del suport i el seguiment de persones expertes en la intervenció; e) dotar les intervencions dels recursos necessaris —econòmics, tècnics, professionals, temps—, ja que moltes intervencions entre iguals s'han aplicat amb molt pocs

recursos generals i específicament per apoderar la figura de l'igual, i f) definir el perfil d'igual més apropiat per a la intervenció, així com la manera de captar-lo i els mecanismes per retenir-lo.

La formació d'iguals com a agents d'implementació, a part d'estar centrada en la intervenció, el rol i les funcions dels iguals en el marc del programa, també hauria d'incloure estratègies de lideratge, competències socials i transmissió de valors.

**Personal docent o vinculat a l'àmbit educatiu.** El personal docent pot ser un bon agent d'intervenció perquè té coneixements i capacitat pedagògica, sap adreçar-se als infants i adolescents, en coneix les necessitats, coneix les característiques del grup, acostuma a ser un interlocutor vàlid i creïble per a l'alumnat i, a més, pot adaptar millor la intervenció al seu grup. En definitiva, són figures properes a l'alumnat.

D'altra banda, en la mesura que el personal docent integra les accions de prevenció en la seva pràctica diària pot contribuir a donar coherència als missatges de prevenció i ampliar la cobertura de la intervenció. Les intervencions aplicades pel personal docent són més sostenibles, s'integren en el treball del centre i no cal disposar de professionals externs per aplicar la intervenció.

Tanmateix, el personal docent ha de rebre atenció, suport, assessorament, incentius i tenir els recursos (materials, temps, etc.) necessaris per aplicar la intervenció. Això vol dir que ha d'haver rebut una capacitació i disposar de les eines necessàries per aplicar la intervenció. A més, cal que rebi suport i assessorament durant l'aplicació ja que és la manera que pugui aconseguir confiança i motivació per intervenir amb l'alumnat en el futur i garantir la fidelitat de la implementació. L'atenció a les persones aplicadores no s'atura en la formació sinó que segueix durant l'aplicació i després.

**Professionals de l'educació en el lleure.** El col·lectiu d'educadors, monitors, integradors, animadors socioculturals, tècnics esportius, agents de salut, etc., connecten amb la població diana i tenen les claus per impulsar accions d'oci adreçades a diferents perfils de la població, principalment joves. Per exemple, poden promoure activitats alternatives al consum de drogues, aplicar intervencions de prevenció amb diferents grups, vincular la població a recursos prosocials, intervenir amb persones en espais informals o organitzar esdeveniments preventius.

Les persones professionals de l'educació en el lleure transmeten valors i són referents, especialment per a infants i joves. Les activitats, actituds i comportaments que tenen en relació amb el consum de drogues i la seva prevenció pot afavorir que la cultura del lleure s'impregni de components favorables a la salut.

Però com passa amb altres persones aplicadores, el col·lectiu de professionals del lleure ha de rebre formació en prevenció sobre drogues i per a les intervencions i disposar dels recursos necessaris per aplicar intervencions de prevenció de drogues.



La formació oficial dirigida a professionals que treballen en casals, esplais, colònies, etc. és molt adient per incloure-hi una part sobre prevenció de les drogues. De fet, és una estratègia molt utilitzada en diversos territoris.

**Professionals experts en drogues.** Són persones expertes en l'àmbit de les drogues però no han de saber aplicar necessàriament una intervenció. Per tant, també han de formar-se en la seva implementació.

Aquest col·lectiu de professionals pot garantir la qualitat en la implementació de la intervenció i, en principi, està més capacitada per atendre diferents demandes relacionades amb les drogues. Tanmateix, les persones expertes en drogues, encara que procedeixin del camp de la salut (medicina, infermeria, psicologia...) i social (com l'educació), han de ser agents creïbles i és crucial que acumulin experiència de treball amb la població diana a la qual s'adreça la intervenció (p. ex. experiència amb adolescents i joves si intervenen en l'educació secundària, etc.).

**Professionals sanitaris.** Són persones expertes a tractar els problemes de salut (equip de metges i personal d'infermeria). Aquestes persones són en un lloc privilegiat per detectar i atendre problemes derivats de l'ús de drogues, sigui o no sigui, el motiu de consulta, que poden contribuir a millorar el benestar de les persones ateses.

Habitualment, quan una persona necessita assistència sanitària es troba en un moment propici per rebre informació que l'ajudi a decidir sobre la seva salut. El professional sanitari pot aprofitar aquesta disposició personal per fer un abordatge individual i/o comunitari.

En l'abordatge individual s'acostumen a utilitzar estratègies com la detecció precoç, el consell de salut i la intervenció breu, mentre que l'abordatge comunitari s'alimenta de la col·laboració entre professionals sanitaris i altres grups d'interès. Aquesta col·laboració comporta conèixer els recursos del territori i invertir esforços a coordinar-se amb altres persones.

**Professionals dels serveis socials.** Són persones que treballen en l'àmbit de l'atenció social, ja sigui en l'Administració pública o en entitats privades. Per tant, aquestes persones acostumen a conèixer la situació de les persones i són un referent creïble i vàlid per a les persones usuàries d'aquests serveis.

A més, una de les característiques més destacables de les persones que treballen en l'àmbit de l'atenció social és la proximitat que tenen amb les persones usuàries i amb la xarxa comunitària (els serveis de salut, educatius, etc.) i també que fan de pont entre les persones ateses i la comunitat.

Tal com passa amb altres col·lectius, aquest també necessita rebre una formació prèvia a l'aplicació del programa. Aquesta formació no s'hauria de centrar únicament en els continguts que s'han de treballar en la intervenció (determinants), sinó també en el posicionament, el rol i l'actitud que cal adoptar durant l'aplicació.

TIC. Les TIC com a mitjà per aplicar una intervenció han aportat una gran varietat d'eines en el camp de la prevenció de les drogues. Tanmateix, l'avaluació dels resultats d'aquestes eines és escassa. Això impedeix saber si els esforços s'estan fent en la direcció adequada i també dificulta que es millori el treball actual. L'eficàcia de les TIC es pot incrementar si s'utilitzen com un vehicle per donar una informació a mida, específica i rellevant per a cada grup de població i/o persona.

Les **TIC** són mitjans àmpliament acceptats i presents en la vida de les persones, especialment entre la població jove i, segurament, són i seran canals d'informació gairebé imprescindibles en el camp de la prevenció de les drogues.

En termes generals, les intervencions aplicades a través de les TIC convé que tinguin continguts curts, que siguin fàcils de captar i d'entendre i que siguin interactives i fàcils d'executar.

En l'àmbit de la salut, en general, existeix una necessitat creixent per garantir la qualitat de la informació sobre drogues que es dona a les xarxes socials, bé sigui mitjançant la regulació i l'acreditació per part d'organismes oficials o bé facilitant eines perquè les persones usuàries tinguin la capacitat de valorar la qualitat de la informació que hi ha al web.

### **>> MC| PROVA PILOT**

Una prova pilot és un petit estudi previ dels diferents components de què consta una intervenció (materials, missatges, format, etc.) que s'aplica a un grup reduït de persones que comparteix atributs similars als de la població diana. L'objectiu és detectar les debilitats i les fortaleces del disseny d'aquests components a través de l'exploració d'indicadors, i també la seva acceptabilitat, satisfacció, rellevància o comprensió del missatge.

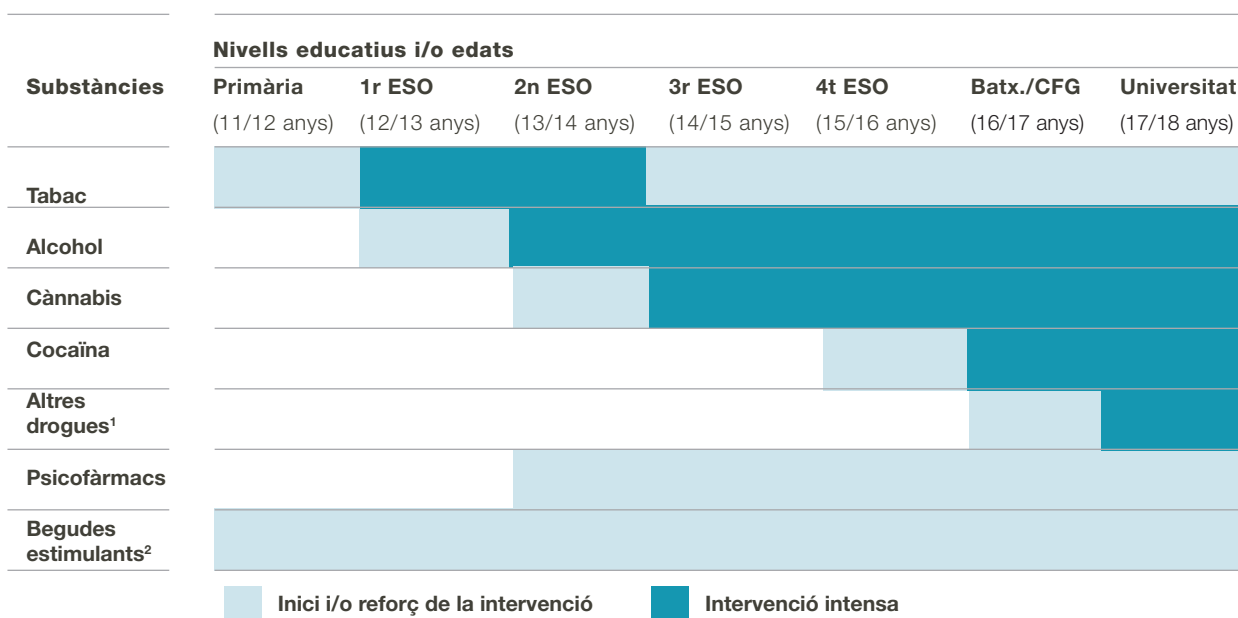
En fer la prova pilot d'una intervenció és recomanable incorporar també en el procés les persones intermediàries o aplicadores que transmetran la intervenció a la població diana. Sovint, aquesta població no participa en les proves pilot, però, després, si no troben adequat el material o la intervenció, l'aturen i no el difonen a la població diana. Per això, és important saber-ne les opinions, per millorar les intervencions i superar futurs obstacles de difusió.

A la *Guia de recomanacions per a la planificació de les intervencions en prevenció sobre drogues* es pot ampliar la informació referida a la prova pilot.

**>> MC| TREBALLAR PER SUBSTÀNCIES I DETERMINANTS  
CONDUCTUALS/PSICOSOCIALS**

La taula següent pot orientar les decisions sobre els moments més apropiats per iniciar, intensificar i/o reforçar el treball preventiu amb cada una de les substàncies. Com s'ha esmentat en el text, aquesta taula s'ha elaborat tenint en compte l'edat mitjana d'inici del consum de cada substància, el moment en què s'inicia i es consolida el consum de cada una i les prevalences de consum actuals (segons la darrera enquesta ESTUDES, 2014). Tanmateix, el criteri de cada professional i la realitat de cada territori són elements que cal afegir als anterior per prendre una decisió definitiva.

**Quadre orientatiu del treball per substàncies segons els nivells educatius i/o les edats:**



<sup>1</sup> Èxtasi, al·lucinògens, amfetamines, inhalants, *smart drugs*, etc.

<sup>2</sup> Begudes amb un alt contingut de cafeïna (energètiques i altres).

El color més intens assenyalava els nivells i les edats en què cal intensificar la prevenció de cada substància, mentre que el color clar indica els moments en què es podria iniciar o bé reforçar el treball sobre aquella substància.

**Quadre orientatiu dels determinants conductuals/psicosocials (continguts)  
segons els nivells educatius i/o les edats:**

Determinants conductuals/psicosocials	Nivells educatius i/o edats			
	Primària (11/12 anys)	Secundària (12/16 anys)	Batx./CFG (16/17 anys)	Universitat (17/18 anys)
Hàbits i actituds favorables a la salut	Intervenció intensa	Inici i/o reforç de la intervenció	Inici i/o reforç de la intervenció	Inici i/o reforç de la intervenció
Habilitats personals i socials generals (habilitats per a la vida)	Intervenció intensa	Intervenció intensa	Inici i/o reforç de la intervenció	Inici i/o reforç de la intervenció
Actituds favorables per no consumir (imatge positiva al no-consum, actituds crítiques, etc.)	Inici i/o reforç de la intervenció	Intervenció intensa	Intervenció intensa	Intervenció intensa
Influència social (creences normatives, norma social, etc.)	Inici i/o reforç de la intervenció	Intervenció intensa	Intervenció intensa	Intervenció intensa
Creences (percepció de risc, conseqüències per a la salut, socials, legals, etc.) <sup>1</sup>	Inici i/o reforç de la intervenció	Intervenció intensa	Intervenció intensa	Intervenció intensa
Habilitats personals i socials específiques (afrontar la pressió de consum, etc.)	Inici i/o reforç de la intervenció	Intervenció intensa	Intervenció intensa	Inici i/o reforç de la intervenció
Coneixements en reducció de riscos per substàncies <sup>1</sup>	Inici i/o reforç de la intervenció	Inici i/o reforç de la intervenció	Inici i/o reforç de la intervenció	Intervenció intensa

Inici i/o reforç de la intervenció
  Intervenció intensa

<sup>1</sup>. De manera complementària, vegeu el quadre anterior per saber quines substàncies és més apropiat treballar segons cada edat o nivell educatiu.

En el quadre anterior el color més intens orienta els determinants conductuals/psicosocials rellevants per treballar en cada etapa educativa i/o edat, mentre que el color clar indica els moments en què es podria iniciar (si les dades ho justifiquen) o bé reforçar el treball sobre els diferents determinants conductuals/psicosocials.

Alhora, es recomana que les intervencions preventives també incorporin actuacions per treballar determinants d'entorn, tal com s'especifica en l'apartat corresponents sobre els determinants.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AETS. Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2003.

Agència de Salut Pública de Catalunya del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. EWA - European Workplace and Alcohol. Resultados, lecciones aprendidas y recomendaciones sobre política de alcohol en las empresas. Tríptico [Internet]. Disponible a: [www.ewaproject.eu](http://www.ewaproject.eu)

Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semistructured interview study. Family Practice, 2003; 20 (3): 270-275.

Ajzen I. Attitudes, personality, and behaviour. Chicago, IL: The Dorsey Press, 1988.

Albalade D. Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience. Research Institute of Applied Economics. 2006; 20-39.

Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide. NIAAA [Internet]. [consulta el 21 de novembre del 2014]. Disponible a: <http://www.niaaa.nih.gov/YouthGuide>

Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A. [Internet]. Alcohol policy in Europe: evidence from amphora; 2012. Disponible a : [http://www.amphoraproject.net/view.php?id\\_cont=32](http://www.amphoraproject.net/view.php?id_cont=32).

Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. Londres: Institute of Alcohol Studies, 2006.

Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.

Anderson P, Laurant M, Kaner E, Wensing M, Grol R. Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2004; 65 (2): 191-199.

Ariza C, González I, Martínez, MS. Revisió dels programes de promoció de la salut a l'escola adreçats a l'Educació Primària. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Bandura A. Social Cognitive Theory: An agentic perspective. Asian Journal of Social Psychology. 1999; 2: 21-41.

Bandura A. Social Cognitive Theory. Vasta AR, editor. Annals of child development. Vol. 6. Six theories of child development (1-60). Greenwich, CT: JAI Press; 1989.

Bandura A. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1986.

## **REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES**

Bandura A. Principles of behaviour modification. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1969.

Barriuso M. Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos. Estudio-diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV. Vitoria/Gasteiz: Ai Laket; 2002.

Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings KM. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. American Journal of Public Health. 2005; 95: 1024-1029.

Becker MH, Mainan LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care. 1975; 13, 10-24.

Becoña E. Alcoholismo. A Vallejo M, editor. Manual de Terapia de Conducta Vol II. Madrid: Dykinson; 1998. p. 75-141.

Becoña E, Cortés T, coordinadors. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Barcelona: Socidrogalcohol, 2008.

Becoña E et al. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2011.

Benschop A, Rabes M, Korf D. Pill testing, ecstasy and prevention: A scientific evaluation in three European cities. Amsterdam: Rozenberg; 2002.

Berkowitz AD. An overview of the social norms approach. A: Lederman L, Stewart L, editors. Changing the culture of college drinking: A socially situated health communication campaign. Creskill, New Jersey: Hampton Press; 2005.

Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press; 1979.

Burkhart G, Kriener H. Análisis de pastillas como prevención selectiva. Adicciones, 2003; 15(2): 307-325.

Burkhart G. Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. Revista Española de Drogodependencias. 2009; 34 (4): 376-400.

Burkhart G [Internet]. North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts? European monitoring centre for drugs and drug addiction; 2013. Disponible a: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/north-american-drug-prevention-programmes>

Bukoski WJ. Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. A: Leukefeld CG, Bukoski, editors. Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos. Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud; 1995. p. 11-31.

Caill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010; 10 (11), No.: CD004492. doi: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.

Caja de Herramientas Comunitarias. Universidad de Kansas [Internet]. Consulta el 2 de febrer del 2015. Disponible a: <http://ctb.ku.edu/es>

Calafat A et al. Alcholemias en contextos recreativos nocturnos como sistema de prevención. Actas Esp Psiquiatr. 2013; 41 (1): 10-6.

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

Calafat A. Estrategias preventivas del abuso de alcohol. Adicciones. 2002; 14 (1).

Calafat A, Juan M, Duch MA. Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión. Adicciones. 2009; 21 (4): 387-414.

Calafat A. La escalada del cannabis. Gaceta Sanitaria. 2007; 21 (3): 187-8.

Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C. Mediadores recreativos y drogas. Nueva área para la prevención. IREFREA. 2007.

Calafat A, Juan M, Duch MA. ¿Para qué sirve el testado de pastillas (Pill testing)? Adicciones. 2010; 22 (2): 175-176.

Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA. Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention (version 2.0). Ottawa: Author; 2010.

Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA. Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention family skills programs. Ottawa: Author; 2011.

Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA. Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention. Ottawa: Author; 2010.

Caria MP et al. Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. Journal of Adolescent Health. 2011; 48: 182-188.

Catalano RF, Hawkins D. The social development model: A theory of antisocial behaviour. Citat a Hawkins JD, editor. Delinquency and crime. Current theories. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p 149-197.

## **REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES**

Chaloupka FJ, Saffer H, Grossman M. Alcohol-control policies and motor-vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies*. 1993; 22: 161-86.

Collins CL et al. Rationale to evaluate medically supervised safer smoking facilities for non-injection illicit drug users. *Canadian Journal of Public Health*. 2005; 96 (5): 344-347.

Commissioner for Health and Consumer, David Byrne. Tobacco or health in the European Union: past, present and future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2004.

Communities That Care. Social Development Research Group [Internet]. University of Washington [consulta el 28 d'octubre del 2014].  
Disponible a: <http://www.communitiesthatcare.net/>

Compilation of evidence-based family skills training programmes [Internet]. United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC; 2010.  
Disponible a: <http://www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf>

Conway K. Booze and beach bans: Turning the tide through community action in New Zealand. *Health Promotion International*. 2002; 17: 171-7.

Dawson J, Rodríguez-Jareño MC, Segura LE, Colom J. European Workplace and Alcohol. Programa para la prevención del consumo de alcohol y problemas relacionados en el ámbito laboral. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2013.

Del Pozo J. La utilización de las nuevas tecnologías de comunicación e información para la adopción de comportamientos saludables: el consumo de drogas. Citat a: Del Pozo J, Pérez L, Ferreras M. Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento. Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Rioja Salud; 2009.

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

Dennis M et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004; 27, 197-213.

Developments in drug use within recreational settings [Internet]. Lisboa: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA; 2006.

De Vries H et al. The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): An example of integral prevention. *Health Education*. 2003; 18 (5): 611-626. doi: 10.1093/her/cyg031.

Drojnet [consulta el 14 de gener del 2015].  
Disponible a: <http://www.drojnet.eu/sp/quienes/europa.php>



DrugInfo Clearinghouse. Prevention Research Quarterly: current evidence evaluated. Australian Drug Foundation [Internet]. Melbourne: Australia, 2006. . Disponible a: [http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/352\\_PRQ\\_06Mar\\_Peer\\_education.pdf](http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/352_PRQ_06Mar_Peer_education.pdf)

Elder RW et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2004; 27 (1): 57-65.

Ennet ST et al. Evidence-based practice in school substance use prevention: fidelity of implementation under real-world conditions. Health Education Research. 2011; 26 (2): 361-371.

European Workplace and Alcohol (EWA). Annex 4. Deliverable 3. Good practice review report [Internet]; 2013. Disponible a: [http://www.eurocare.org/eu\\_projects/ewa](http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa)

Faggiano F et al. School-based prevention for illicit drugs' use. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 18 (2). No.: CD003020. doi:10.1002/14651858.CD003020.pub2.

Faggiano F et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence. 2010; 108: 56-64. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018.

Faura R, Causa A. [Internet] Recerca avaluativa del material "Que Ruli... manual per a mans properes al cannabis". SPORA. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2005. Disponible a: [http://hemerotecadrogues.cat/wp-content/static\\_docs/aval\\_queruli.pdf](http://hemerotecadrogues.cat/wp-content/static_docs/aval_queruli.pdf)

Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76: 175-187.

Fernández JR. Una revisión de los programas de prevención familiar. Características y efectividad. IREFREA; 2010.

Ferrer-Wreder L, Sundell K, Mansoor S. Tinkering with perfection: Theory development in the intervention cultural adaptation field. Child Youth Care Forum. 2012; 41: 149-171.

Ferri M, Allara E, Bo A, Gasparrini A, Faggiano F. Media campaigns for the prevention of illicit drug use in Young people (Review). The Cochrane Library, 6; 2013.

Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. British Medical Journal. 2002; 325 (7357): 188.

FHI 360, The science of improving lives [Internet]. Youth Peer Education. Toolkit Training of Trainers Manual; 2005. Disponible a: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/jahia-publications/documents/publications/2006/ypeer\\_tot.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/jahia-publications/documents/publications/2006/ypeer_tot.pdf)

Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

Fishbein M, Ajzen I. Attitudes and opinions. Annual Review of Psychology. 1972; 32: 487-544.

Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude and behaviour: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.

Fundació Pimec Acció Social i Projecte Home Catalunya [Internet]. Dependència de substàncies i altres addiccions en l'àmbit empresarial; 2011. Disponible a: <http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/Guia-Addiccions-CAT-juny-20132.pdf>

Gajecki M, Berman AH, Sinadinovic K, Rosendahl I, Andersson C. Mobile phone brief intervention applications for risky alcohol use among university students: a randomized controlled study. Addiction Science & Clinical Practice, ASCP. 2014; 9 (11).

García L, Sánchez FJ. Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una Revisión Actualizada de la Materia. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas; 2010.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública [Internet]. Programa beveu menys; 2005. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/ciutadania/la\\_salut\\_de\\_la\\_a\\_a\\_la\\_z/a/alcohol/documents/fulletbeus2006.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/a/alcohol/documents/fulletbeus2006.pdf)

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Associació de Suport a Persones amb Problemes de Drogues (ASAUPAM) i Educació per a l'acció crítica (EDPAC). Guia. Propostes per a l'abordatge educatiu del cànnabis amb joves [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2007. Disponible a: [http://hemerotecadrogues.cat/wp-content/static\\_docs/guia-cannabis-definitiva1%5B1%5D.pdf](http://hemerotecadrogues.cat/wp-content/static_docs/guia-cannabis-definitiva1%5B1%5D.pdf)

Generalitat de Catalunya. Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2008.

Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Subdirecció General de Drogodependències. Guia de recomanacions per a la prevenció comunitària en l'àmbit de les drogues. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2012.

Giesbrecht N. Alcohol, tobacco and local control. A comparison of several community-based prevention trials. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2003; 20: 25-40.

Giesbrecht N, Douglas R. The demonstration project and comprehensive community programming: Dilemmas in preventing alcohol-related problems. Paper presented at the International Conference on Evaluating Community Prevention Strategies: Alcohol and Other Drugs, San Diego, CA; 1990.

Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice. U.S. Department of health & human services. Public Health Service National Institutes of Health. National Cancer Institute. 4th Edition. San Francisco: Jossey-Bass. A Wiley Imprint; 2008.

Graham K et al. The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomised controlled trial. *Drug & Alcohol Review*. 2004; 23: 31-41.

Green LW et al. What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The tradeoffs between expediency and durability. *Preventive Medicine*. 1986; 15: 508-21.

Green & Kreuter citat en Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach. 2a edició. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.

Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional, GETEM [Internet]. [Consulta el 3 de desembre del 2014]. Disponible a: <http://getem.org/>

Guardia J et al. Manejo del paciente con patología dual. A: García E, et al., editors. Manual SET de Alcoholismo. Madrid: Editorial Panamericana; 2003. p. 494-509.

Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Canadian Journal of Public Health*. 2005; 96 (3): 185-188.

Hibell B et al. The ESPAD report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and The Pompidou Group at the Council of Europe; 2004.

Holder HD. Alcohol and the community: a systems approach to prevention. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Holder HD, Waagenaar AC. Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time-series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*. 1994; 26: 89-97.

Hopkins DP et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*. 2001; 20 (2S): 16-66.

Hughes K et al. Drunk and disorganised: relationship between bar characteristics and customer intoxication in European drinking environments. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9, 4068-4082.

Hughes K et al. Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*. 2011; 106 (1): 37-46.

International Standards on Drug Use Prevention [Internet]. United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC; 2013. [Consulta el 15 d'octubre del 2014]. Disponible a: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

Isorna M. Contribuciones de la evidencia científica para la mejora de la prevención de las drogodependencias. Revista española de drogodependencias. 2013; 38 (2): 117-138.

Jha P, Chaloupka F.J. The economics of global tobacco control. BMJ. 2000; 321-358.

Juan M, Duch MA, Calafat A. Hacer prevención del consumo de riesgos del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto recreativo nocturno. Una aproximación conceptual, estructural y funcional. Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud. Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud y Servicios Sociales; 2012. p. 186-206.

Kaminer Y. Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. Addictive Behaviors. 2005; 30: 1765-1774.

Kaner EFS et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; (2): DC004148.

Kaner E et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ. 2013; 346 (7892): 1-14.

Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; Issue 2. Art. No.: CD005244. doi: 10.1002/14651858.CD005244.pub2.

Kickbusch I. Models for population health. The contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health promotion. American Journal of Public Health. 2003; 93 (3): 383-388.

Kumpfer KL, Turner. CW. The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. International Journal of the Addictions. 1990-1991; 25 (4A): 435-463.

Kumpfer KK, Fenollar J, Jubani C. Una intervenció eficaç basada en les habilitats familiars per a la prevenció de problemes de salut en fills de pares adictes a l'alcohol i drogues. Pedagogia Social. Revista Interuniversitaria. 2013; 21: 85-108.

Larriba J, Alvira F, Duran A. Plans locals de prevenció de les drogodependències: guia per al foment de la participació. Col·lecció\_Documents de Treball. Sèrie\_Benestar Social, 5. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2008.

Lloret D, Espada JP, Cabrera V, Burkhart G. Prevenció familiar del consum de drogues en Europa: una revisió crítica de los programes continguts en EDDRA. Adicciones. 2013; 25 (3): 226-234.

Martin E, Moncada S. Programas de prevención de ocio alternativo. Adicciones. 2003; 15 (2), 327-346.

Miller WR et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. 1995. A: Hester RK, Miller WR, editors. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives. 2a edició. Boston, MA: Allyn& Bacon. p. 12-24.

Miller WR et al. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. 2003. A: Hester RK, Miller WR, editors. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. 3a edició. Boston, MA: Allyn and Bacon. p. 13-63.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour. Nova York: Guilford Press (edició castellana: La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós); 1999.

Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, MEPSYD, y Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC. Guía para las administraciones educativas y sanitarias: criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativos. Madrid: MEPSYD y MSC; 2008.

Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC. 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.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet]. La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. Madrid: FEMP; 2010. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>

Ministerio Sanidad y Política Social. [Internet]. Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias: Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. Madrid: FEMP; 2010. Disponible a: <http://www.femp.es/files/11-1608-fichero/folleto%20parentalidad%2021x24%20para%20web.pdf>

Naciones Unidas, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2013 [Internet]. 2014. Disponible a: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR\\_2013\\_S.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR_2013_S.pdf)

National Institute on Drug Abuse, NIDA. Principios de tratamiento para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Washington: NIDA; 2010.

National Registry of Evidence-based Programs and Practices. SAMHSA [Internet]. [Consulta el 14 de novembre del 2014]. Disponible a: <http://www.samhsa.gov/nrepp>

National Institute on Drug Abuse, NIDA. Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos nacionales de la salud. Instituto nacional sobre el abuso de drogas. 2004. Publicació NIH núm. 4-4214 (B).

Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2006; 24 (1): 5-15.

Noijen J et al. Peer education in nightlife settings: good practice standars [Internet]. Newip: Good Practice Standars. Disponible a: [http://newip.safernightlife.org/pdfs/standards/NEWIP\\_P\\_standards-final\\_20.12-A4.pdf](http://newip.safernightlife.org/pdfs/standards/NEWIP_P_standards-final_20.12-A4.pdf)

Office of Disease Prevention and Health Promotion. U.S. Department of Health and Human Services [Internet]. [Consulta el 13 de gener del 2015]. Disponible a: <http://www.health.gov/communication/>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC. Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias [Internet]. S-09.XI.8 P. Nova York: Naciones Unidas; 2009. Disponible a: <http://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-S.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Nova York: Naciones Unidas; 2005.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC, y La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, DEVIDA. Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos. Lima: UNODOC y DEVIDA; 2013.

Okulicz-Kozaryn K, Foxcroft DR. Effectiveness of the Strengthening Families Programme 10–14 in Poland for the prevention of alcohol and drug misuse: protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2012; 12: 319.

Organización Mundial de la Salud, OMS. Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. Suiza: OMS; 2010. Disponible a: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44317>.

Organización Mundial de la Salud, OMS. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional En Promoción de la Salud. Ottawa (Canadá); 1986.

Organización Mundial de la Salud, OMS. Entornos Laborables Saludables: fundamentos y modelo de la OMS Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Suiza: OMS; 2010. Disponible a: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44466/1/9789243500249\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44466/1/9789243500249_spa.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud, OMS. Mpower: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: OMS; 2008.

## **REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES**

Organización Panamericana de la Salud, OPS. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, D.C.: OPS; 1999.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. La política de drogas y el bien público. Washington, D.C.: OPS; 2010.

Organización Mundial de la Salud, OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: OMS; 2011.

Peer to peer: using peer to peer strategies in drug abuse prevention [Internet]. United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC; 2003.  
Disponible a: [http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook\\_peer\\_english.pdf](http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_peer_english.pdf)

Perkins HW, Berkowitz AD. Perceiving the community norms of alcohol use among students: some research implications for campus alcohol education programming. International Journal of Mental Health and Addiction. 1986; 21 (9-10): 961-976.

Perspectives on drugs. Mass media campaigns for the prevention of drug use in young people. [Internet] The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA; 2013. [Internet].  
Disponible a: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/mass-media-campaigns>

Pompidou Group. Safer Nightlife [Internet]. 2009. Disponible a: [http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide\\_SaferNightLife\\_en.pdf](http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNightLife_en.pdf)

PRECEDE- PROCEED. [Internet] [Consulta el 8 de diciembre del 2014]. Disponible a: <http://www.lgreen.net/index.html>

Prevención basada en la evidencia. Socidrogalcohol. [Internet] [Consulta el 20 de noviembre del 2014]. Disponible a: <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net>

Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983; 51 (3): 390-395.

Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviours. American Psychologist. 1992; 47: 1102-1114.

Promoció i Desenvolupament Social, PDS. Prevenim.dro. Butlletí d'informació sobre prevenció de drogodependències a Catalunya, 30:4 [Internet].  
Disponible a: <http://www.pdsweb.org/wp-content/uploads/Prevenim.dro30.pdf>

Promoció i Desenvolupament Social, PDS. Prevenim.dro. Butlletí d'informació sobre prevenció de drogodependències a Catalunya [Internet]. Número 39. Suplement monogràfic 12. Barcelona. Disponible a: [http://www.pdsweb.org/wp-content/uploads/2015/01/Prevenim.dro39-monog.prev\\_.laboral.pdf](http://www.pdsweb.org/wp-content/uploads/2015/01/Prevenim.dro39-monog.prev_.laboral.pdf)

Quigg Z et al. Incidents of harm in Europe drinking environments and relationships with venue and customer characteristics. *International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2014; 3 (4): 269-275. doi:10.7895/ijadr.v2i0.180.

Romo-Aviles N, Perez N. Las chicas también se arriesgan. Visiones de la reducción de daños y riesgos desde la perspectiva de género. Citat a: Martínez DP, Pallares J. De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Lleida: Milenio; 2013.

Rosentock IM. What research in motivation suggest for public health. *American Journal of PublicHealth*. 1960; 50: 295-302.

Rubio G. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos con las patologías adictivas. 1998. A: Cabrera J. *Patología Dual*. Madrid: Ediciones Gráficas. p. 103-121.

Rubio G et al. Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema*. 2014; 26 (2): 180-185 doi: 10.7334/psicothema.2013.172.

Salvador T et al. Guía de Buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. [Internet] Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2010. Disponible a: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/218691-drogas.pdf>

Schaus JF et al. Alcohol Screening and Brief Intervention in a College Student Health Center: A Randomized Controlled Trial. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2009; 16: 131-141.

Shannon K et al. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. *Harm Reduction Journal*. 2006; 3: 1-8.

Shults RA et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*. 2001; 21: 66-88.

Sloan FA, Stout EM, Whethetten-Goldstein K, Liang L. *Drinkers drivers and bartenders: Balancing private choices and public accountability*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2000.

Sloboda Z. Reconceptualizing drug use prevention processes. *Adicciones*. 2014; 26 (1): 3-9.

Smedslund G et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; 5, art.núm.:CD008063.

Sociedad Científica Española de Estudios Sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, SOCIDROGALCOHOL. 2012. Documento de consenso en prevención de las drogodependencias [Internet]. Disponible a: [http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/Doc\\_Consenso\\_Prevention.pdf](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/Doc_Consenso_Prevention.pdf)



Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMFYC. Actuar es posible: el papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. [Internet] Barcelona: SEMFYC; 2007. Disponible a: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf\\_AtencionPrimariaDrogas.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf_AtencionPrimariaDrogas.pdf)

Sowden AJ, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003; 1, (CD001291) doi: 10.1002/14651858.CD001291

Spora Sinergies, Generalitat de Catalunya. Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. 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. Una recerca psicosocial. 2009.

Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; 2, art. núm.: CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.

Stocco P, Llopis JJ, DeFazio L, Calafat A, Mendes F. Women drug abuse in Europe:gender identity. Espanya: IREFREA and European Commission; 2000.

Strang J et al. Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. The Lancet. 2012; 379: 71-83.

Strasburger V. Children, Adolescents, and the Media: Health Effects. Pediatric Clinics of North America. 2012; 59 (3): 533-587.

Strasburger V, Donnerstein A. Children, Adolescents, and the Media: Issues and Solutions. Pediatrics. 1999; 103 (1): 129-139.

Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. SAMHSA. Disponible a: <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA13-4741/TAP33.pdf>.

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). A cannabis reader: global issues and local experiences, 8(2). Lisboa: Authors; 2008.

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. [Internet] [Consulta el 3 de desembre del 2014]. Disponible a: <http://www.emcdda.europa.eu/>

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. [Consulta el 16 d'abril del 2015]. Disponible a: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

The European Workplace and Alcohol project (EWA). [Internet] [Consulta el desembre del 2014]. Disponible a: [http://www.eurocare.org/eu\\_projects/ewa](http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa)

Theory at a Glance: A Guide For Health Promotion Practice. [Internet] 2a edició. U.S. Department of health & human services. Public Health Service National Institutes of Health. National Cancer Institute; 2005. Disponible a: <http://www.sneb.org/2014/Theory%20at%20a%20Glance.pdf>

The Internet and drug markets. Summary of results from an EMCDDA Trendspotter study [Internet]. Lisboa: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA; 2015. Disponible a: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/internet-drug-markets>

Unión General de Trabajadores, UGT. Drogodependencias y adicciones: prevención en el ámbito laboral, UGT. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT; 2012.

U.S. Department of health & human services. Public Health Service National Institutes of Health. National Cancer Institute. Making Health Communication Programs Work [Internet]. Disponible a: <http://www.cancer.gov/publications/health-communication/pink-book.pdf>

U.S. Department of health & human services. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA. Center for Substance Abuse Prevention. Preventing Substance Abuse Among Children And Adolescents: Family-Centered Approaches. Reference Guide. Second in the PEPS Series. Washington: Author; 1998.

U.S. Department of health & human services. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA. Center for Substance Abuse Prevention. Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: a cost-benefit analysis. Whashington: Author; 2008.

Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a metaanalytic review. Alcohol and Alcoholism. 2006; 41(3), 328-335.

Visiers C, Qureshi A, Majó X. Manual de transculturalitat per a professionals de les drogodependències. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut; 2008.

Voas RB, Marques PR, Tippetts AS, Beirness DJ. The Alberta Interlock Program: the evaluation of a province-wide program. Addiction. 1999; 94: 1857-1867.

Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of Minimum Drinking Age Laws: Review and Analyses of the Literature from 1960 to 2000. Journal of Studies on Alcohol. 2002; 14.

Wakefield M, Loken B, Hornik R. Use of mass media campaigns to change health behaviour. The Lancet. 2010; 9, 376 (9748): 1261-1271.

Wallin E, Grinpenberg J, Andreasson S. Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. Addiction. 2002; 97: 901-907.

Wallin E, Norstrom T, Andreasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2003; 64 (2): 270-7.

Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, Mc Miller R, Williams M. Final results from a meta-analysis of remedial interventions with DUI offenders. Addiction. 1995; 90 (7): 907-926.

Willis C, Lybrand S, Bellamy N. Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004; (4):CD004168.

World Bank [Internet]. Tobacco control at a glance; 2011. Disponible a:  
<http://siteresources.worldbank.org/INTPH/Resources/376086-1238076532997/TobaccoControl2010Nov15.pdf>

World Health Organisation, WHO. Life Skills Education for Children and Adolescents in School: introduction and Guidelines to Facilitate The Development and Implementation of life Skills Programmes. Program on Mental Health. Ginebra: WHO; 1997.

World Health Organisation, WHO. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO; 2009.

World Health Organisation, WHO. Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works. Ginebra: WHO; 2002.

World Health Organisation, WHO. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [Internet]. [Consulta el 18 del 2014]. Disponible a:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)

World Health Organisation, WHO. The School Health Working Group. The WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes. Ginebra: WHO; 1996.



PROMOCIÓ I DESENVOLUPAMENT SOCIAL