

# Procesos preventivos e carteira de servizos en materia de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas





# Listaxe da carteira de servizos

ÁMBITO/ COLECTIVO	PROGRAMA	DESTINATARIOS	TIPO
ESCOLAR	SAÚDE NA ESCOLA	5-18 anos	Universal
	CINENSINO	6º EPO / 2º ESO	Universal
	NON PASA NADA ¿PASA ALGO?	4º ESO	Selectivo
	ODISEA	Garantía social	Selectivo
FAMILIAR	MÁIS QUE UN TEITO	Familias	Universal
	EN FAMILIA TODOS CONTAN	Familias en risco	Selectivo
	ENTRE TODOS	Familias problemáticas	Indicado
XUVENTUDE	ACTIVA	Adolescentes en xeral	Universal
	CAMBIO DE SENTIDO	Mozos en autoescolas	Universal
	CREATIVE	Mozos en risco	Selectivo
	ALTERNATIVA	Mozos en risco	Selectivo
LABORAL	AO ALCANCE	Traballadores	Universal
REDUCIÓN DANOS	SÍSIFO	Drogodependentes en exclusión	
	ITÍNERE	Drogodependentes que saen de prisión	
XÉNERO	PENÉLOPE	Mulleres	
OUTROS COLECTIVOS	ACAIS	Adolescentes e mozos	Universal
ACTIVIDADES TRANSVERSAIS	INFORMACIÓN- SENSIBILIZACIÓN	Poboación xeral	Universal
	FORMACIÓN MEDIADORES	Mediadores	Universal

O programa ODISEA pertence á Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas, que autorizou a súa inclusión neste manual.

#### AGRADECEMENTOS:

As seguintes entidades e institucións, pola participación dos seus técnicos de prevención neste traballo ou pola cesión dos seus programas.

ASOCIACIÓN DE CONCELLOS DO BAIXO ULLA-SAR  
(Catoira, Dobro, Padrón, Pontecesures, Rois e Valga).

ASOCIACIÓN ALBORADA, VIGO

CONCELLO DE LUGO

CONCELLOS DA MARIÑA LUCENSE: Alfoz, Burela, Cervo, Foz,  
Lourenzá, Mondoñedo, O Valadouro, O Vicedo, Viveiro e Xove

CONCELLO DE RIBADEO

CONCELLO DE SANTIAGO

ESTINGA, S.L.

FUNDACIÓN ÉRGUETE INTEGRACIÓN, VIGO

FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO

MANCOMUNIDADE DE VAL MIÑOR (Baiona, Gondomar e Nigrán)

#### EDITA:

Xunta de Galicia.

Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.

#### DIRECCIÓN:

Pedreira Crespo, Víctor

#### REDACCIÓN E COMPOSICIÓN:

Sánchez Pardo, Lorenzo

#### COORDINACIÓN XERAL:

Cid González, Aurora

Ferreira Pernas, Sagrario

Morán Iglesias, Jesus

#### SUPERVISIÓN:

Salvador Llivina, Teresa

#### GRUPO DE ELABORACIÓN:

Álvarez Corcoba, Gloria

Araújo Gallego, Manuel

Bermejo González, Pilar

Carreño Miniño, Óscar

Fernández Barrio, Nieves

Fernández Lamparte, Mónica

Isorna Folgar, Manuel

Santos Cociña, Elena

#### COLABORADORES:

Cisneros Galovart, Antía

Puga Amoedo, Sergio

Villanueva Blasco, Víctor

Villanueva Gradín, Carlos

#### REVISIÓN LINGÜÍSTICA:

Penoucos, Mercedes

#### DESEÑO E IMPRESIÓN

Torculo Artes Gráficas, S.A.

#### ISBN:

978-84-453-4638-9

#### DEPÓSITO LEGAL:

C 2946 - 2008

## PRÓLOGO

O consumo de drogas continúa sendo un fenómeno amplamente estendido en moitos sectores da poboación, non só entre a mocidade. Datos recentes da enquisa estatal salientan que hai un motivo para a esperanza, pero que segue sendo necesario investir en prevención para non ter que gastar despois en tratamento.

O Goberno de Galicia, a través da Consellería de Sanidade, reafirma a aposta pola prevención como un eixe estratéxico no Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009. Esta aposta concrétese en:

- ↪ Incremento dos orzamentos dedicados a esta área, que pasan de 2.494.000 € en 2006 a 4.626.680 € en 2008.
- ↪ Incremento da cobertura poboacional, que pasa do 65% en 2006 ata chegar progresivamente ao 100% en 2009.
- ↪ Creación de novos servizos preventivos en cooperación con concellos.
- ↪ Posta en marcha de novos programas en diferentes ámbitos, que se inclúen nesta publicación.
- ↪ Decreto 41/2008, do 12 de marzo, de autorización de programas preventivos e creación do Comité Técnico de Prevención.
- ↪ Plan de formación continuada en prevención.

E agora presentamos unha nova acción de carácter organizativo, de planificación e de xestión de programas. “Procesos preventivos e carteira de servizos en materia de prevención do Plan de Ga-

licia sobre Drogas” é unha publicación que pretende sistematizar e organizar, partindo da evidencia científica, parte da bagaxe preventiva experimentada ou en vías de implantación en Galicia nos diferentes ámbitos e colectivos. Enmárcase nunha das estratexias de actuación desta consellería: garantir a calidade, a mellora continua e a busca da excelencia dos servizos e das prestacións sanitarias á cidadanía.

Este manual supuxo un esforzo notable dun grupo de profesionais e institucións que traballan día a día en prevención, así como doutros profesionais con prestixio neste campo que o supervisaron e perfeccionaron. E é un traballo que non termina aquí, pois está concibido para ir incorporando novos programas, guías e instrumentos que vaian aparecendo en función dos avances científicos que se produzan.

Espero que esta publicación lles sirva de apoio e estímulo aos profesionais e ás institucións, tanto deste sector como doutros, que teñen un labor mediador na prevención do consumo de drogas.

Así mesmo, espero que lle permita á cidadanía visualizar mellor a oferta de programas e actividades que se están facendo e nas cales pode participar. Para que a prevención sexa efectiva, é case condición inescusable a complementariedade e colaboración de responsables políticos, profesionais e da propia cidadanía.

O meu agradecemento sincero a todas as persoas e institucións que participaron, aos cales animo a seguir nesta liña, co compromiso desta consellería de continuar prestando o apoio necesario.

M<sup>a</sup> José Rubio Vidal

*Conselleira de Sanidade*

## PRESENTACIÓN

Presentar esta publicación constitúe para min un verdadeiro pracer e, ao mesmo tempo, un privilexio xa que se trata dunha iniciativa en que os técnicos do Plan de Galicia sobre Drogas traballaron durante moito tempo. O meu único mérito persoal -se é que algún houbo- foi ter apoiado con absoluta convicción este proxecto tan novo como valioso.

Novo, porque, na diferenza do que ocorre desde hai tempo na área da asistencia sanitaria e, desde hai menos tempo, na área dos servizos sociais, no ámbito da prevención non existe arraigamento no recoñecemento dos dereitos en prestacións básicas e na aplicación de criterios de calidade en servizos e programas.

Valioso, porque os materiais e guías que se presentan constitúen un conxunto de instrumentos de grande utilidade para os profesionais que traballan no ámbito da prevención, para os mediadores sociais e para o conxunto da poboación.

Os programas que se inclúen nesta carteira de servizos responden aos criterios que comunmente se considera que deben reunir os programas preventivos:

- Que exista evidencia científica, ou indicios razoables e suficientemente convincentes, acerca da súa eficacia.
- Que existan probas da súa efectividade e factibilidade en condicións reais, incluíndo a consideración dos requisitos éticos e a aceptabilidade por parte da poboación a que van destinados.
- Que sexan eficientes ou, o que é o mesmo, que consigan a efectividade desexada ao menor custo.

- Que sexan oportunos, xa que non hai que esquecer que a elección dunha opción determinada supón, case sempre, rexeitar outras que compiten na captación duns recursos sempre limitados. Cómpre, por iso, seleccionar a acción máis rendible socialmente.

Ademais destas exixencias de eficacia, efectividade, eficiencia e oportunidade que responden a criterios éticos no manexo de fondos públicos, a carteira de servizos ten en conta outros requirimentos de racionalidade técnica para facer fronte ás distintas necesidades. Por esta razón inclúense:

- Programas xerais e específicos.
- Programas de prevención universal, selectiva e indicada.
- Programas dirixidos a diferentes ámbitos: escolar, familiar, xuvenil, laboral...
- Programas dirixidos a reducir as desigualdades: perspectiva de xénero (Programa Penélope), perspectiva cultural (Programa Acais) ou perspectiva social (Programa Itínere, Programa Sísifo).

En cada programa incluído na carteira –que, por suposto, está aberta a futuras incorporacións– faise unha descrición detallada dos seguintes aspectos: a súa xustificación (oportunidade), os seus obxectivos, a estratexia de intervención, o contexto de aplicación, o tipo de programa, a poboación destinataria, o modelo teórico que o sostén, as actividades e materiais, os contidos, a duración do programa, a metodoloxía da súa aplicación, os mecanismos e instrumentos de avaliación e o cronograma.

A busca da equidade e da calidade nos programas preventivos son os obxectivos fundamentais desta publicación. A carteira de servizos é garantía de equidade ao establecer un conxunto de prestacións mínimas que os equipos deben implementar nos seus territorios de referencia e, ao mesmo tempo, garantía de calidade xa que só se inclúen nel os programas acreditados polo Comité Técnico de Prevención.

As guías técnicas e os instrumentos de soporte que as acompañan supoñen, tamén, unha importante contribución á calidade e á homoxeneización do traballo preventivo ao facilitar a tarefa da planificación a través da proposta dun modelo lóxico que integra todos os aspectos que se deben ter en conta: desde a definición das necesidades ata a avaliación do programa implementado.

Esta es, pois, a nosa aposta pola calidade na procura da excelencia no ámbito da prevención en Galicia.

Victor Pedreira Crespo

*Subdirector xeral de Saúde Mental e  
Drogodependencias*









# Introducción, funcións, obxectivos e contido



XUNTA DE GALICIA



## 1.1. Introducción



XUNTA DE GALICIA

## 1.1. INTRODUCCIÓN

Na relativamente breve, pero intensa, historia dos programas de prevención producíronse unha serie de fitos relevantes, que fan posible que este tipo de accións conten na actualidade cun elevado nivel de madurez e consolidación técnica e institucional, entre os que destacan:

- A identificación e o coñecemento do funcionamento dunha variada gama de factores asociados ao consumo de drogas.
- As investigacións realizadas a nivel nacional e internacional permitiron identificar múltiples variables ou factores de risco que incrementan a probabilidade de que os suxeitos sometidos á súa influencia rexistren condutas de uso ou abuso de drogas, así como variables ou factores de protección que inhiben, reducen ou atenúan a probabilidade do uso e/ou abuso de drogas ou a transición no nivel de implicación con elas e que cumpren unha función mediadora en relación cos consumos de drogas, sendo claves para explicar porque dous suxeitos sometidos á influencia de factores de risco similares actúan de modo diferente, consumindo ou non drogas. Estes factores relaciónanse con diversas características persoais, familiares, escolares, nas formas de relación cos iguais, os hábitos de ocio ou as influencias culturais e macrosociais.
- A identificación de diversas estratexias preventivas, adaptadas aos niveis de risco a que se encontran expostas distintas poboacións.
- A identificación dunha serie de compoñentes esenciais en que se deben sustentar as distintas estratexias preventivas.
- A identificación dunha serie de áreas básicas onde a intervención preventiva resulta máis útil e efectiva.
- A existencia de amplos catálogos de programas de prevención, cuxos resultados foron

avaliados e contrastados, que permiten a súa implementación con poboacións e en contextos sociais similares, logo de validación e/ou adaptación.

En suma, dispónse hoxe dun corpus de coñecementos que permite articular unha resposta tecnicamente coherente e eficaz, baseada en evidencias científicas, co fin de evitar o inicio ao consumo de drogas, atrasar a idade en que se producen os primeiros consumos, impedir a escalada no uso destas substancias (reducindo a frecuencia dos consumos ou as cantidades consumidas) ou reducir os riscos e danos que supoñen certos patróns de uso ou abuso de drogas, obxectivos todos eles que se adoitan integrar nos programas de prevención das drogodependencias.

A experiencia acumulada nas últimas décadas en materia de prevención serve para constatar que non abundan só as respostas ou solucións de tipo técnico para lograr avances significativos neste terreo, sendo necesario modificar certos cambios no contorno social e cultural que nos rodea. Un dos elementos do contexto que sen dúbida poden contribuir a mellorar a eficacia e efectividade dos programas de prevención correspóndese coas políticas institucionais.

No ámbito institucional tamén se produciron avances importantes, que se traduciron no papel central que cada vez máis se lle outorga á prevención no marco das políticas en materia de drogas e no progresivo incremento dos recursos destinados á implementación de actuacións neste ámbito.

Ben é certo que persisten aínda moitas dificultades que deben afrontar as institucións e os profesionais que traballan no campo da prevención das drogodependencias, entre as que destacan:

- As contradicións que esperta o uso de drogas na nosa sociedade, que fan compatibles a alarma social fronte ao uso destas substancias, coa tolerancia cara a certas formas de consumo e a existencia de amplos sectores económicos e



laborais que dependen de maneira directa ou indirecta da presenza de certas substancias no mercado.

- A crecente desmobilización cidadá na busca de solucións aos problemas que afectan o conxunto da comunidade.
- Os custos que supón a necesaria coordinación que está na base da maior parte das actuacións preventivas, que requiren da participación e colaboración de diferentes administracións, entidades e axentes sociais.
- As limitacións dos recursos humanos e financeiros dispoñibles para liderar e implementar programas preventivos.

Pero a pesar de todas estas dificultades o panorama dos programas de prevención experimentou nos últimos anos un profundo cambio. Se nas décadas precedentes o paradigma que guiou a acción preventiva foi a necesidade de crecemento ou expansión dos programas preventivos (incidíase na súa posta en marcha), hoxe ese paradigma cambiou cara á busca da calidade. Unha constante, tanto na literatura técnica e científica, como nas políticas que se aplican en materia de prevención das drogodependencias, é a necesidade de impulsar intervencións “baseadas en evidencias científicas”.

Esta reiterada chamada ao rigor científico e metodolóxico permitiu notables avances no deseño e nos contidos dos actuais programas de prevención, que lles permiten abordar unha cuestión clave: a mellora da calidade.

Son múltiples as referencias que, en relación coa cultura da calidade que debe orientar os programas de prevención, se poden encontrar en diversas normas e plans institucionais. Neste sentido, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece entre os principios e directrices orientadores do plan:

- A mellora da calidade da xestión dos programas e servizos.

- A innovación, incorporando novos modelos teóricos, procedementos, técnicas e instrumentos baseados en evidencias científicas, capaces de dar resposta ás novas necesidades e demandas sociais relacionadas coas drogas e coas drogodependencias.

De igual modo, salienta a necesidade de que as intervencións que se deben desenvolver no marco do plan estean baseadas en evidencias científicas e conclusións da investigación de resultados en saúde. Unhas intervencións que están estreitamente relacionadas coa xestión dos servizos/programas e a busca da eficiencia, como vías para a mellora da calidade. Neste sentido, hai que destacar que existen diferentes modelos para definir a calidade, e o Plan de Galicia sobre Drogas optou polo estándar EFQM.

Polo que se refire especificamente aos principios de actuación en prevención, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 inclúe o “rigor técnico e científico das actuacións preventivas”, indicando que todo programa preventivo se debe axustar a unha serie de requisitos metodolóxicos e técnicos, en consonancia cos “Criterios básicos de intervención nos programas de prevención das drogodependencias” (DXPNSD, 1997), aprobados polo conxunto dos plans autonómicos sobre drogas.

En consonancia con este enfoque, entre os obxectivos que o PGD 2007-2009 se fixa na área de prevención inclúense dous, estreitamente vinculados coa necesidade de contar cunha carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias:

- Obxectivo 15. Incentivar o desenvolvemento de programas de prevención que promovan estratexias e actuacións baseadas en evidencias científicas.
- Obxectivo N° 16. Intensificar a aplicación do Catálogo de programas de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas.

A aprobación e difusión da carteira de servizos do PGD en materia de prevención contribúe ao logro

dun dobre obxectivo: 1) a harmonización das respostas técnicas que se brindarán aos problemas e necesidades existentes en materia de prevención e 2) apoiar e impulsar determinadas actuacións (programas) que, no marco de avaliacións rigorosas, demostraron a súa eficacia e efectividade preventiva.

A pertinencia dunha iniciativa que pretende definir unha carteira de servizos (programas) preventivos que o PGD se compromete a promover e apoiar para lograr que cheguen a unha serie de colectivos e grupos sociais, previamente definidos, en toda Galicia, é se cabe máis necesaria que noutros ámbitos de intervención, como o asistencial. No ámbito asistencial existe unha maior tradición na aplicación de sistemas de calidade, na implementación da xestión por procesos, na elaboración de carteiras de servizos e onde o recoñecemento dos dereitos e deberes dos usuarios destes servizos contan cun expreso recoñecemento no ordenamento xurídico. De feito, o Sistema Público de Saúde de Galicia implantou sistemas de xestión de calidade, e conta cunha carta de dereitos e deberes, unha carteira de servizos comúns e complementarios e diversas guías clínicas e protocolos.

A elaboración dunha carteira de servizos en materia de prevención non é unha medida illada. Simultaneamente, e dentro desa estratexia de mellora da calidade, pónense en marcha outras actuacións complementarias de enorme calado para avanzar no logro da excelencia, entre as que cabe destacar:

- A elaboración de manuais de procedementos que faciliten unha implementación harmonizada e adecuada da carteira de servizos, entre os que se inclúen:
  - a) Guías técnicas para a implementación da carteira de servizos de prevención, entre as que se inclúen:
    - “Guía para a planificación de programas preventivos”.

- “Guía para o desenvolvemento de estratexias de información- sensibilización”.
- “Guía para a formación de mediadores sociais”.
- “Evidencias científicas dispoñibles en relación cos programas de prevención das drogodependencias”.

b) Manuais para a implementación dos distintos programas incluídos na carteira de servizos.

- A aprobación dun Decreto polo que se establecen os criterios básicos para a autorización dos programas de prevención das drogodependencias e se constitúe o Comité Técnico de Prevención das Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia.
- A posta á disposición dos técnicos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas de diversos instrumentos de soporte e apoio á xestión da carteira de servizos de prevención, entre os que se inclúen:
  - ♦ Formación continuada en prevención.
  - ♦ Os obxectivos e actuacións do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 en materia de prevención.
  - ♦ Modelo de convenio tipo subscrito para o desenvolvemento de programas de prevención por parte de corporacións locais e organizacións sociais.
  - ♦ Protocolos internos de actividade-financiamento (PIAF).
  - ♦ A normativa legal en vigor relativa a aspectos claves do traballo en prevención (Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas e anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos, Decreto 41/2008, do 28 de febreiro, polo que se establecen os criterios básicos para a autorización dos programas de prevención das drogodependencias e demais

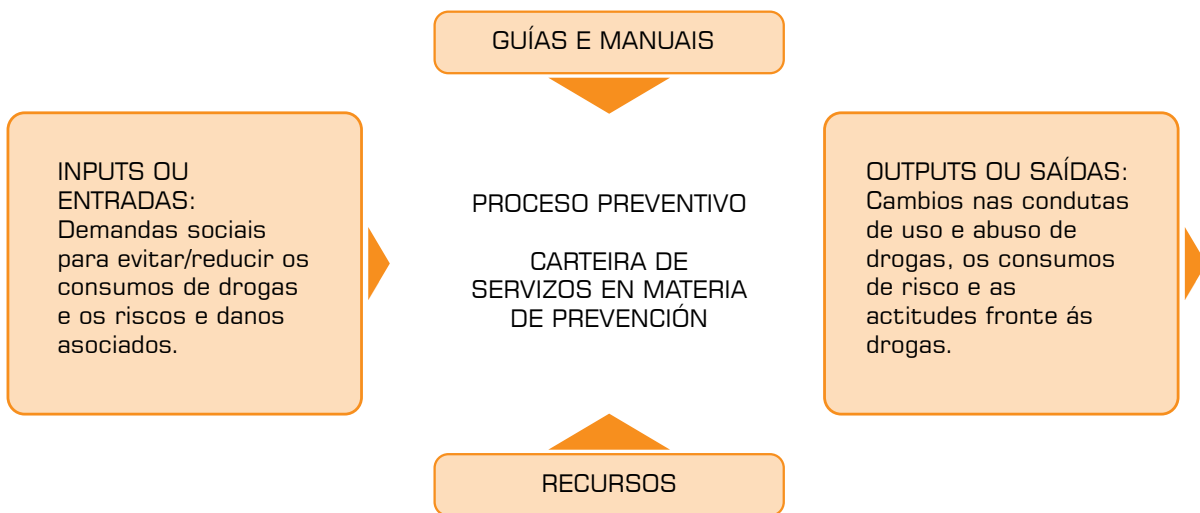




normativa de ámbito estatal ou autonómica relacionada con aspectos concretos da intervención preventiva.

- ♦ A aplicación informática XESAPI para a xestión e avaliación dos programas de prevención.

Figura. ESQUEMA PROCESO PREVENTIVO



O mesmo que as guías de práctica clínica no ámbito asistencial, os manuais e guías para a implementación de accións preventivas axudan os profesionais a decidir cal é a intervención máis adecuada en cada ámbito de actuación, en función das características da poboación sobre a que se vai incidir, e do espazo onde van ser implementadas. Son por tanto un instrumento de mellora da eficacia, efectividade e a calidade dos servizos ofertados, na medida en que promoven intervencións e desenvolvementos metodolóxicos que demostraron a súa eficacia para evitar o uso ou abuso de drogas ou de certos riscos e danos asociados a estas condutas, á vez que desaconsellan ou disuaden prácticas que, de acordo coa avaliación de resultados, se demostraron menos efectivas.



## 1.2. Funcións, obxectivos e contido da carteira de servizos



XUNTA DE GALICIA

## 1.2. FUNCIÓNS, OBXECTIVOS E CONTIDO DA CARTEIRA DE SERVIZOS

O sistema de carteiras de servizos ao cidadán, que desde a década pasada se veu utilizando nas administracións de diferentes países europeos, empezou a ser adoptado por diferentes entidades locais, comunidades autónomas e pola Administración xeral do Estado. As carteiras de servizos xorden para informar dos servizos que teñen encomendados os órganos administrativos, unidades e centros a que se refiren, así como sobre os dereitos dos cidadán e usuarios en relación con eles e os compromisos de calidade na súa prestación que asumen as institucións.

A implementación de carteiras de servizos enmárcase dentro dos plans de mellora e calidade dos servizos das administracións, especificamente dentro das denominadas técnicas de xestión da calidade total. Son por tanto concibidas como unha estratexia para avanzar na mellora da calidade dos servizos públicos.

A finalidade das carteiras de servizos non é a de establecer ou recoñecer novos dereitos ou servizos, senón a de fixar determinados niveis de calidade na prestación de servizos previamente existentes, co compromiso público de prestalos nunhas condicións predeterminadas e cuns indicadores ou estándares ponderables sobre a calidade do servizo que vai recibir o cidadán.

As carteiras de servizos serven para orientar a actuación da Administración que as promove cara ao servizo ao cidadán, obxectivando a súa actuación, transmitindo ao conxunto dos órganos, unidades e servizos que a integran unha serie de obxectivos determinados, unha metodoloxía de traballo e implantando os medios para facilitar a avaliación da calidade dos servizos públicos. Todo isto co fin de avanzar na implantación da mellora continua e a xestión da calidade nos servizos públicos.

Se houber que definir as carteiras de servizos cabería sinalar que son documentos escritos que informan os cidadáns sobre os servizos que os órganos administrativos, unidades, servizos e centros teñen encomendados e prestan de maneira efectiva, así como sobre os dereitos dos cidadáns e usuarios dos servizos públicos. As carteiras conterán, así mesmo, os compromisos e estándares de calidade na súa prestación e os indicadores de xestión que permitan seguir o grao de cumprimento deses compromisos.

Coa elaboración dunha carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias, o Plan de Galicia sobre Drogas (en diante PGD) pretende mellorar a calidade das actuacións que se leven a cabo neste ámbito en Galicia, establecendo un marco de garantías para o conxunto das institucións, os profesionais e os cidadáns nesta materia e a oferta dun conxunto de servizos “estandarizados”. No marco da filosofía de mellora da calidade dos programas e a busca da excelencia, o PGD asume unha serie de compromisos con que pretende asegurar o acceso a diversos programas e servizos en materia de prevención a diversos colectivos.

Esta acción supón a asunción dun compromiso claro coa cidadanía, as restantes institucións e as organizacións sociais, para desenvolver un determinado número de servizos ou programas en certas condicións de calidade, que pasan a ser exixibles á entidade promotora (PGD).

Os obxectivos que persegue a carteira de programas en materia de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas son os seguintes:

- 1º) Definir a carteira de servizos básicos (programas) que se compromete a desenvolver o PGD no ámbito da prevención.
- 2º) Garantir a existencia, como mínimo, dun programa de prevención universal e selectiva ou indicada en tres ámbitos estratéxicos para o desenvolvemento da acción preventiva: escolar, familiar e ocio.



3º) Dar resposta adecuada ás necesidades que en relación coas drogodependencias presentan os seguintes colectivos:

- Conxunto de nenos e adolescentes galegos, mediante a implementación de programas universais no medio escolar e familiar.
- Menores con problemas de integración escolar e de conduta, mediante a implementación de programas selectivos no medio escolar ou familiar.
- Menores con consumos abusivos de drogas ou de especial risco, que os sitúan no limiar do abuso ou dependencia, nas proximidades dos servizos asistenciais, mediante a implementación de programas indicados en medio aberto.
- Familias conflitivas e dificultades de manexo e funcionamento serios, mediante a implementación de programas selectivos.

Entre as características da presente carteira de servizos destacan as seguintes:

- a) **O seu dinamismo**, o que obriga a unha revisión e actualización periódica, co fin de adaptar os seus contidos, tanto ás novas necesidades e demandas, como ás novas evidencias científicas que aconsellen incorporar e aplicar novos procedementos técnicos e metodolóxicos.
- b) **A homoxeneización dos servizos ofertados**, no relativo á súa cobertura, aos criterios de inclusión/acceso e ás normas técnicas para a súa prestación.
- c) **A claridade na oferta dos servizos dirixidos aos cidadáns**, o que permite a súa visualización/identificación por parte das poboacións ou colectivos destinatarios dos servizos.
- d) **A consolidación e desenvolvemento dunha cultura de avaliación**, por canto que facilita a comparabilidade entre distintas unidades e equipos, áreas xeográficas, poboacións beneficiarias etc.

- e) **A súa actuación como ferramenta para a mellora da calidade**, posto que permite implementar medidas que contribúan a melloralas, mediante o establecemento de estándares de calidade para os indicadores de cobertura e criterios de boas prácticas.

A carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias defínese como “o conxunto de técnicas e procedementos, baseados en evidencias científicas e nos resultados da avaliación de programas, mediante os cales se fan efectivos os servizos e prestacións preventivas”. Constitúe por tanto o conxunto de servizos relacionados coa prevención das drogodependencias que deben ser ofertados por todos os equipos de prevención integrados no Plan de Galicia sobre Drogas, para dar unha resposta equitativa e homoxénea ás necesidades e ás expectativas que a poboación presenta en relación cos consumos de drogas, desde a perspectiva da súa prevención. Sen dúbida, a súa principal contribución é a de delimitar e clarificar que servizos deben prestar todos os equipos de prevención do PGD.

É importante destacar que os servizos contidos nesta carteira teñen a consideración de básicos e comúns para o conxunto dos profesionais e as institucións implicadas na súa prestación. Todo isto sen prexuízo de que poidan ser complementados por outros servizos e actuacións, sempre que existan evidencias científicas suficientes que avalen a súa eficacia preventiva e de que se axusten aos criterios básicos para a autorización dos programas de prevención das drogodependencias que se establecerán mediante o correspondente decreto. Estes últimos servizos terán carácter complementario e a súa prestación só poderá ser exixida a aqueles equipos de prevención que asuman explicitamente o compromiso do seu desenvolvemento.

Como é lóxico, a carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias está intimamente asociada ás políticas e plans sectoriais establecidos en materia de drogodependencias (Lei



2/1996 de Galicia sobre drogas e anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos, Estratexia Nacional sobre Drogas 2000-2008, Plan de Acción 2005-2008 e Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009), cuxos obxectivos incorpora. Pero non só integra esta perspectiva político-institucional, senón que pretende potenciar a súa orientación aos cidadáns, potenciando novas liñas de traballo e actuacións que dean resposta ás novas necesidades e demandas que estes presentan.

Esta dobre dimensión institucional e social da carteira de servizos complementábase cunha perspectiva clínica, que se concreta na inclusión de procedementos e normas técnicas para a prestación de cada servizo (programa), que ordenan e orientan as actuacións profesionais para garantir un adecuado nivel de calidade científico-técnico.

A carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias do PGD estrutúrase segundo un dobre criterio:

- ◆ As áreas ou ámbitos onde se implementarán os programas preventivos.
- ◆ A natureza dos programas que se implementarán, en función do nivel de risco a que estean expostas as poboacións destinatarias (o carácter universal, selectivo ou o indicado dos programas).

A relación de programas incluídos na carteira de servizos, ordenados por ámbitos, é a seguinte:

Táboa 1. Programas incluídos na carteira de servizos en materia de prevención

CARTEIRA DE SERVIZOS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DO PGD
<p><b>1. DIRIXIDOS AO ÁMBITO ESCOLAR</b></p> <p>Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo –PPCDE- (prevención universal).</p> <p>Programa “Cinensino” (prevención universal).</p> <p>Programa “Non pasa nada, ¿pasa algo?” (prevención selectiva).</p> <p>“Odisea” (prevención selectiva en centros de garantía social).</p>
<p><b>2. DIRIXIDOS AO ÁMBITO FAMILIAR</b></p> <p>Programa “Máis que un teito” (prevención universal).</p> <p>Programa “En familia todos contan” (prevención selectiva).</p> <p>Programa “Entre todos” (prevención indicada).</p>
<p><b>3. DIRIXIDOS Á MOCIDADE</b></p> <p>Programa “Activa” (prevención universal).</p> <p>“Cambio de sentido”: programa de prevención do consumo de alcohol na conducción de vehículos (prevención universal).</p> <p>Programa “Alternativa”: prevención dirixida a mozos/as con denuncias por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos (prevención selectiva).</p> <p>Programa “Creative”: prevención do consumo de alcohol e outras substancias en espazos urbanos públicos” (prevención selectiva).</p>
<p><b>4. DIRIXIDOS AO ÁMBITO LABORAL</b></p> <p>Programa “Ao alcance”: prevención universal do abuso de drogas no ámbito laboral.</p>
<p><b>5. DE REDUCIÓN DE DANOS E PREVENCIÓN INDICADA PARA DROGODEPENDENTES</b></p> <p>Programa “SISIFO”: intervención precoz con drogodependentes en situación de emerxencia social.</p> <p>Programa “Itínere”: prevención indicada e incorporación sociolaboral para drogodependentes excarcerados.</p>
<p><b>6. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN CLAVE DE XÉNERO</b></p> <p>Programa “Penélope”: prevención do consumo de drogas dirixido a mulleres.</p>
<p><b>7. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DIRIXIDOS A OUTROS COLECTIVOS</b></p> <p>Programa “Acais”: prevención de consumos de drogas e hábitos non saudables na comunidade xitana.</p>
<p><b>8. ACTIVIDADES TRANSVERSAIS DE SOPORTE AOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Programa de Información/sensibilización sobre as drogas e os seus efectos.</p> <p>Programa de formación de mediadores sociais en prevención das drogodependencias.</p>



É importante destacar que a carteira de servizos incorpora dous tipos de programas, atendendo ás evidencias científicas que avalan a súa implementación:

a) **Programas de alta calidade**, que acumulan múltiples evidencias respecto á súa eficacia, cuxas estratexias e contidos foron testados e avaliados de forma reiterada, tanto en España como noutros países (fundamentalmente os Estados Unidos e países da súa contorna). Estes programas pertencen, basicamente aos ámbitos escolar e familiar, onde se concentraron nos últimos anos os maiores esforzos preventivos e que contan cunha dilatada traxectoria temporal, o que explica que fosen obxecto de reiteradas e minuciosas avaliacións.

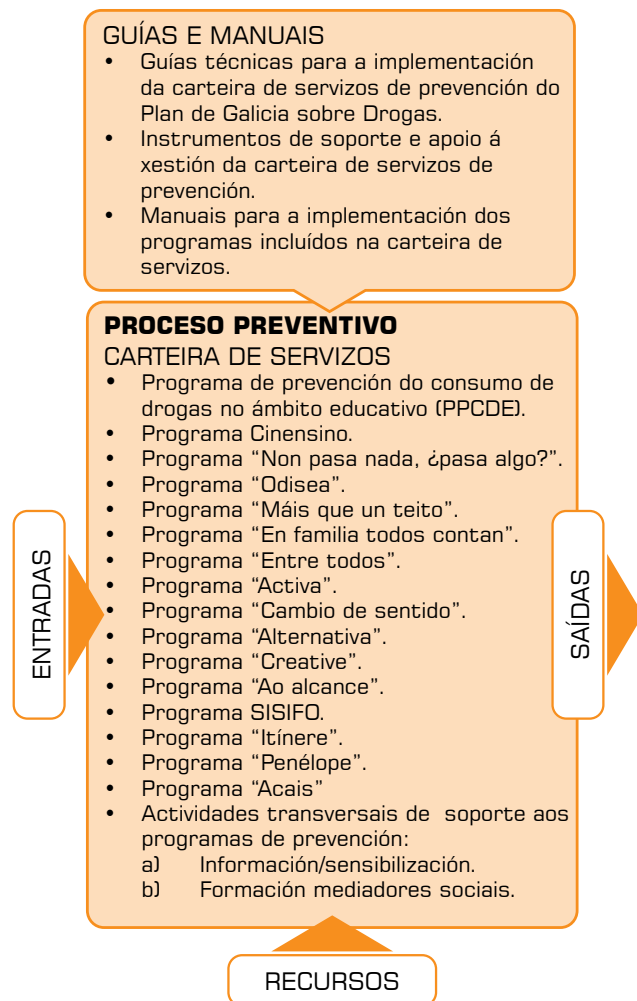
b) **Programas en fase de pilotaxe ou validación**, que están inspirados noutros programas ou estratexias que mostraron a súa utilidade e eficacia preventiva noutros contextos culturais ou ámbitos de intervención e que se encontran aínda en fase de pilotaxe ou de validación. O feito de que estes programas acumulen un número máis reducido de evidencias científicas, non significa que sexan menos efectivos, senón simplemente que, por estaren vinculados a ámbitos de intervención e liñas de traballo máis novos, foron menos estudados e avaliados.

Como se indicou anteriormente, as carteiras de servizos integran non só a dimensión técnica e política/institucional, senón tamén a social, entendida como o compromiso de dar resposta ás necesidades e demandas que formulan os cidadáns. Por este motivo, o proceso de aprobación das carteiras de servizos sitúa as institucións promotoras delas nunha disxuntiva: priorizar a dimensión técnica e esperar ata acumular un número tan amplo de evidencias que “certifiquen” a eficacia dun programa ou servizo (deixando sen dar resposta a demandas sociais existentes) ou ben priorizar a dimensión social, incorporando á carteira de servizos programas en fase experimental, sempre que as

súas estratexias demostrasen a súa eficacia. Neste obrigado equilibrio optouse por incorporar só programas de alta calidade nos ámbitos escolar e familiar, incorporando programas en fase de pilotaxe ou validación en ámbitos, como os espazos de ocio ou o laboral, onde os primeiros non estaban dispoñibles.

Para evitar que os contidos da carteira de servizos fosen tan amplos e exhaustivos que dificultasen a súa visualización e comprensión polos seus destinatarios finais, a carteira de servizos complementase con outros instrumentos de apoio, como son os manuais, guías e protocolos. Neles recóllense e desenvólvense as actividades que os profesionais deben realizar nos diferentes procesos que integran a acción preventiva, tal e como se reflicte no seguinte esquema:

Esquema. PROCESO PREVENTIVO CARTEIRA DE SERVICIOS









# Programas de prevención no ámbito escolar



XUNTA DE GALICIA



2.1. “PPCDE”. Programa de  
prevención do consumo de drogas  
no ámbito educativo.

Programa de prevención universal



XUNTA DE GALICIA





**2.1. Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo. Programa de prevención universal . . . . . 6**

2.1.1. Xustificación . . . . . 6

2.1.2. Obxectivos . . . . . 7

2.1.3. Estratexia de intervención . 7

2.1.4. Contexto de aplicación . . . . . 7

2.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria 7

2.1.6. Poboación destinataria . . . . . 7

2.1.7. Modelo teórico . . . . . 7

2.1.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa . . . . . 7

2.1.9. Contidos do PPCDE. . . . . 8

2.1.10. Duración do programa e número de sesións . . . . . 8

2.1.11. Materiais con que conta o programa. . . . . 8

2.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . . 8

2.1.13. Metodo para a implementación do programa . . . . . 8

2.1.14. Necesidades especiais ou recomendacións para a aplicación do programa. . . . . 9

2.1.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa . . . . . 9

2.1.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . . 9

2.1.17. Evidencias da avaliación . . 9

2.1.18. Cronograma . . . . . 10

## 2.1. Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo. Programa de prevención universal.

### 2.1.1. Xustificación

O consumo de drogas constitúe un dos problemas máis importantes a que se enfrontan as sociedades actuais, non só pola súa extensión, senón tamén pola gravidade das consecuencias individuais e sociais derivadas del. O Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo (PPC-DE) estase a desenvolver en Galicia desde o curso 1994-95 co obxectivo de modificar as crenzas e actitudes dos alumnos ante as drogas, así como reducir o seu consumo e a intención de consumir no futuro.

O PPCDE ten en conta que o consumo de drogas está influído por numerosos factores, e que a súa prevención desde o ámbito educativo debe considerar, tanto a prevalencia de consumo de drogas existente na poboación destinataria, como os factores de risco e protección presentes na dita poboación (DXPNSD 1996, 1997, 2000 a e 2000 b).

Tanto a Lei 2/1996, de Galicia sobre drogas e o anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos, como o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, establecen que a escola é un ámbito fundamental para o desenvolvemento das políticas preventivas. Isto é así porque reúne unha serie de vantaxes para o desenvolvemento da acción preventiva:

- ◆ Permite intervir co conxunto dos nenos e adolescentes da comunidade autónoma en idades moi temperás, cando aínda non se iniciou o contacto coas drogas.
- ◆ A idade escolar constitúe unha época rica en cambios e decisiva na maduración, en que se van adquirindo hábitos e modelos de comportamento sobre os que se pode incidir con certa facilidade.

- ◆ Posibilita a continuidade no tempo da acción preventiva sobre unha mesma poboación, reforzando e complementando o traballo a medida que os alumnos progresan no sistema educativo.
- ◆ Constitúe, xunto coa familia, a principal instancia socializadora, o que lle permite integrar a prevención das drogodependencias de forma natural no desempeño da súa función educativa xeral.
- ◆ Dispón de recursos humanos altamente especializados para o desenvolvemento de tarefas pedagóxicas e de estruturas organizativas e materiais para a implementación de programas de prevención sen necesidade de realizar grandes investimentos en recursos humanos, técnicos, materiais ou financeiros.
- ◆ O profesorado, polo seu coñecemento do ámbito escolar, pode adecuar as súas intervencións aos grupos destinatarios da acción preventiva.
- ◆ A escola é o lugar de encontro e colaboración cos outros ámbitos: familia, asociacións, recursos sociais etc. A escola é un ámbito idóneo para desenvolver programas preventivos e procesos estables de intervención implicando o ámbito familiar e comunitario.

O programa ten a súa base nas seguintes leis e decretos que obrigan a administración, e polo tanto ao sistema educativo, a velar pola saúde dos seus administrados:

- ▭ Lei orgánica 1/1990, do 3 de outubro, de ordenación xeral do sistema educativo.
- ▭ Lei orgánica 10/2002, do 23 de decembro, de calidade na educación e reais decretos e normas que desenvolven a anterior.
- ▭ Lei 3/1997, do 9 de xuño, galega da familia, da infancia e da adolescencia.
- ▭ Decreto 406/2003, do 29 de outubro, e Decreto 42/2000 que modifican e refunden a normativa reguladora



vixente en materia de familia, infancia e adolescencia.

- ↪ Lei 2/19996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas e anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos.
- ↪ Estratexia europea en materia de loita contra as drogas 2005-2012.
- ↪ Plan de acción da UE en materia de loita contra a droga 2005-2008.
- ↪ Ditame do Comité das Rexións da UE sobre a proposta de recomendación ao Consello relativa á prevención e redución dos riscos asociados á drogodependencia (20 de novembro de 2002).
- ↪ Estratexia nacional sobre drogas 2000-2008 e Plan de Acción 2005-2008 da Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas.
- ↪ Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009.

### 2.1.2. Obxectivos

A finalidade do PPCDE é promover a adopción de estilos de vida saudables entre a poboación escolar, potenciando diversos factores de protección e reducindo o impacto de determinados factores de risco asociados ao consumo de drogas.

O obxectivo xeral do programa é o de influír sobre as seguintes dimensións dos escolares que participan nel:

- ↪ As crenzas e actitudes dos escolares sobre as drogas.
- ↪ As intencións de consumo futuras.
- ↪ Os hábitos de consumo (prevalencia, frecuencia e cantidade consumida).

### 2.1.3. Estratexia de intervención

O programa trata de incidir na tríade información-actitude-conduta, incorporando, tanto estratexias de influencia (destinadas a modificar o nivel de coñecemento e as actitudes respecto ás drogas),

como de desenvolvemento de competencias (destinadas, fundamentalmente, á mellora da autoeficacia).

### 2.1.4. Contexto de aplicación

Centros escolares.

### 2.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Universal.

### 2.1.6. Poboación destinataria

- ↪ Poboación final: alumnos de educación infantil, primaria, secundaria e postobrigatoria, de entre 5 e 18 anos.
- ↪ Poboación mediadora: comunidade educativa (pais/nais, mestres e titores).

O programa iníciase no ensino infantil e ten continuidade na educación primaria, pasando ao nivel de secundaria con opción de traballar na educación postobrigatoria. Tamén é posible que un alumno se incorpore a este programa desde calquera ciclo educativo, sen ter participado nun ou varios ciclos anteriores.

### 2.1.7. Modelo teórico

O programa susténtase na teoría cognitiva condutual de Bandura (BANDURA, A. 1986), en especial nun dos seus compoñentes centrais, como é o concepto de auto eficacia. Segundo este modelo existe un determinismo recíproco entre a conduta, os factores cognitivos e outros persoais e as influencias ambientais.

### 2.1.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa

- ↪ Formación de formadores: cursos de formación en prevención das drogodependencias para o profesorado dos centros de ensino infantil, primaria, secundaria e postobrigatoria.
- ↪ Traballos na aula: debates/coloquios, actividades audiovisuais, lecturas, traballo en grupo e individual etc.

## 2.1.9. Contidos do PPCDE

O PPCDE intenta previr os problemas derivados do consumo indebido de drogas na poboación escolar desde unha perspectiva integral. Por este motivo non se limita a informar sobre as substancias psicoactivas, os riscos do seu consumo e as súas consecuencias, senón que pretende reforzar a autoestima dos escolares, a confianza en si mesmos e a súa capacidade para tolerar a frustración e mellorar o control emocional, de forma que a súa motivación por conseguir metas vaia máis alá do inmediato e permita un esforzo continuado. Así mesmo, trata de fomentar alternativas de ocupación do tempo libre que axuden a elixir estilos de vida saudables, incompatibles co uso de drogas.

En consonancia co anterior, o PPCDE incorpora múltiples compoñentes:

- Información sobre o alcohol, o tabaco e outras drogas.
- Desenvolvemento da autoestima
- Habilidades sociais e de resistencia
- Fomento de valores saudables
- Toma de decisións
- Control emocional
- Fomento de actividades de ocio saudables

## 2.1.10. Duración do programa e número de sesións

A duración do programa é variable, sendo cada centro escolar ou profesor quen decide sobre a utilización do programa e a súa duración, en función das súas necesidades concretas. Non obstante, considérase necesario dedicarlle un mínimo de entre 10 e 20 horas cada curso, para que o programa sexa minimamente eficaz.

O PPCDE non propón un procedemento estandarizado e estruturado de aplicación das sesións que o integran.

## 2.1.11. Materiais con que conta o programa

- Guía para o centro.
- Guía para o profesor.
- Cadernos de traballo para os alumnos de educación infantil, educación primaria, educación secundaria e educación postobrigatoria.

## 2.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O profesorado do centro educativo é o encargado de aplicar o programa na aula. Aos profesores interesados en implementar o programa ofértaselles a opción de se incorporar a un curso de formación para dotalos dos coñecementos e ferramentas necesarios para asegurar a correcta implementación do programa e a utilización dos materiais de apoio.

## 2.2.13. Método para a implementación do programa

Para a implementación do PPCDE, os equipos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas son os encargados de presentar o programa e os seus materiais aos centros educativos que están dentro do seu ámbito xeográfico. Unha vez realizada a presentación cada centro decide voluntariamente se se adhire ao programa.

En caso de que un centro decida levar a cabo o programa constitúese unha estrutura de comunicación e coordinación entre o centro educativo e a estrutura técnica do programa para conseguir que os contidos e materiais do PPCDE se integren no proxecto educativo do centro, de modo que queden incorporados na programación curricular.

A experiencia acumulada ao longo do dilatado período de desenvolvemento do PPCDE fai aconsellable un maior apoio e implicación dos equipos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas para facilitar a implementación do programa.





## 2.1.14. Necesidades especiais ou recomendacións para a aplicación do programa

Considérase importante salientar o carácter flexible que comporta a implementación do programa, co único límite de destinalle entre 10 e 20 horas por curso.

O programa permite a súa aplicación de forma complementaria con outros programas máis intensivos, dirixidos a poboacións expostas a maiores niveis de risco, sempre e cando se teña a precaución de non duplicar os seus contidos.

Recoméndase ofertar, xunto co PPCDE, o resto de programas que inclúe a carteira de servizos do PGD dirixidos ao ámbito escolar e familiar.

Para asegurar unha boa implantación do programa, deben terse en conta os seguintes elementos de apoio:

### Actividades de apoio á implementación

- Formación do profesorado (curso de formación a través do CEFOR ou ben directamente homologado pola Consellería de Educación).
- Implantación progresiva do material no programa educativo do centro.
- Información, sensibilización e formación de AMPA.
- Seminarios permanentes de formación.

### Recursos humanos necesarios para o desenvolvemento do programa

- Profesorado.
- Profesionais dos equipos de prevención (no caso de que os tiores non quixesen aplicalo por descoñecemento ou inseguridade, o profesional do equipo pode implementar o programa el mesmo co consentimento do equipo directivo do centro)
- Técnicos dos CEFORES (centros de formación e recursos).

## Coordinación entre docentes e técnicos de prevención

A existencia de equipos de prevención en moitos concellos debe facilitar o coñecemento e aplicación do PPCDE. O profesorado e os centros educativos dispoñen dos técnicos de prevención que os proverán do material do programa, apoian a súa aplicación, promoven actividades formativas e realizan o seguimento. A comunicación entre o profesor e o profesional de prevención é fundamental para conseguir os obxectivos de implantación e extensión do programa, e fai que os seus efectos teñan eco no propio centro educativo, na familia e na comunidade.

## 2.1.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa

- Conduta directa: consumos de alcohol, tabaco e cannabis.
- Condutas mediadoras: crenzas e actitudes sobre as drogas e o seu consumo e intención de consumo futuro.

## 2.1.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación

O programa inclúe unha avaliación sistemática e estandarizada, con medicións previas e posteriores á intervención sobre as variables que pretende modificar o programa (actitudes, crenzas e hábitos de consumo).

O Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece o compromiso de realizar, con carácter cuadrienal, un estudo de avaliación de resultados do programa. Este estudo inclúe un deseño case-experimental, con medicións pretest e postest e grupo de control non equivalente.

## 2.1.17. Evidencias da avaliación

As avaliacións realizadas dos resultados do PPCDE demostran a súa eficacia na formación de actitudes negativas ante o consumo de drogas, no afianzamento de intencións de non consumo e na redución do consumo expresado entre a poboación diana do programa (COMISIONADO DO PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS, 2000).



**2.1.18. Cronograma**

Para a aplicación do programa establecerase un cronograma funcional acorde coa programación dos centros educativos. Para iso é necesario establecer os contactos previos cos orientadores/titores, para a presentación do material e para fixar conxuntamente o calendario de intervención, tendo en conta as necesidades de tempo que establece o programa de tutoría o programa pódese aplicar ao longo de todo o curso (dada a cantidade de propostas de actividades) ou ben por trimestres; todo isto quedará á decisión do propio titor/a ou do mestre de cada materia en postobrigatoria.

Dada a flexibilidade do programa, non é posible establecer un cronograma pechado para a implementación do programa. Non obstante, fórmulase a continuación unha proposta simplemente orientativa:

ACTIVIDADE	MESES: (XANEIRO (1)- DECEMBRO (12))											
	1	2	3	4	5	6	9	10	11	12		
Presentación do PPCDE aos centros escolares												
Preinscrición centros												
Inscrición definitiva												
Formación do profesorado												
Desenvolvemento do programa												
Avaliación												

## 2.2. “Cinensino”: Programa de prevención universal



XUNTA DE GALICIA





**2.2. Cinensino. Programa de  
prevención universal . . . . . 14**

2.2.1. Xustificación . . . . . 14

2.2.2. Obxectivos do programa . . 14

2.2.3. Estratexia de intervención. 15

2.2.4. Contexto de aplicación . . . 15

2.2.5.. Tipo de programa en función  
do risco da poboación destinataria 15

2.2.6. Poboación destinataria . . . 15

2.2.7. Modelo teórico . . . . . 15

2.2.8. Actividades e materiais do  
programa. . . . . 15

2.2.9. Contidos do programa. . . . 16

2.2.10. Duración do programa e  
número de sesións . . . . . 17

2.2.11. Método para a  
implementación do programa . . . . 17

2.2.12. Variables que se modifican  
coa aplicación do programa . . . . . 17

2.2.13. Mecanismos e  
instrumentos de avaliación . . . . . 17

2.2.14. Cronograma . . . . . 18

## 2.2. Cinensino. Programa de prevención universal.

### 2.2.1. Xustificación

A adolescencia é unha etapa de transición moi importante. Os adolescentes desexan ter unha determinada imaxe que non se corresponde coa real por estar en proceso de consolidación. Así a aparencia física, o peso, a estatura, a maneira de ser e de comportarse constitúen materia de preocupación e ensaio. De aí que asumir novas condutas e estilos sexa unha maneira de sufocar o desasosiego interior para empezar a sentirse máis a gusto cun mesmo e cos demais. Non cabe dúbida de que certas modas como as tatuaxes, piercing, vestir ou calzar determinadas marcas e, como non, o consumo de substancias, adoitan cumprir funcións deste tipo, sendo máis comprensibles as relacionadas coa imaxe que os adolescentes queren mostrar de si mesmos. Para entender estas motivacións hai que facer auténtica arqueoloxía das conviccións que teñen os adolescentes, chegando a identificar unha serie de crenzas, ás veces moi simples, pero con repercusións importantes na área do comportamento e, máis concretamente, na do consumo (MARINA, JA, 2001).

No inicio do consumo de tabaco e alcohol están presentes unha serie de procesos cognitivos. Na preadolescencia póñense en marcha moitos deses procesos. En función deles, o individuo toma decisións, manexa a información cun determinado estilo, compórtase dunha determinada maneira. Isto así non parece haber ningún problema. A cuestión está en que durante a adolescencia xorden novos intereses e necesidades que obrigan o adolescente a reenfocar a súa intelixencia en función deses novos puntos de interese. A grandes trazos, o adolescente está envorcado na consecución da autonomía persoal e en afianzar para si un estilo orixinal e irrepitible. O seu pensamento, crenzas, conviccións van estar ao servizo desa causa, o que o levará a tomar decisións encamiñadas a poñer en

marcha actitudes e condutas que contribúan dunha ou outra maneira a forxar esa imaxe que desexa para si.

O feito de que a maioría da poboación adulta consumidora de substancias, tanto legais como ilegais, as probou ao longo dos anos da adolescencia, converte esta etapa da vida no centro de atención, se desexamos que os problemas derivados do abuso de drogas teñan unha incidencia mínima no futuro. As institucións de maior relevancia, tanto de ámbito internacional como nacional veñen insistindo na necesidade de poñer en marcha programas de prevención dirixidos aos grupos de poboación en maior situación de risco, como son os adolescentes e a mocidade (NIDA, 1997, DXPNDS, 2000a, NIDA, 2004).

Estas institucións apuntan, así mesmo, a necesidade de reforzar as medidas de carácter legal e social coas educativas, sendo estas últimas a base da acción preventiva. Estas medidas deben ter como obxectivo un cambio na valoración das drogas nos ambientes onde se desenvolven os adolescentes.

### 2.2.2. Obxectivos do programa

#### a) Finalidade do programa

A finalidade do programa Cinensino é promover a adopción de estilos de vida saudables entre a poboación escolar, así como reducir ou eliminar a incidencia dos diversos factores de risco e potenciar factores de protección fronte ás condutas de uso e/ou de abuso de drogas.

#### b) Obxectivos xerais

- ▭ Favorecer o desenvolvemento de actitudes e valores favorecedores da saúde e a ocupación enriquecedora do tempo de ocio.
- ▭ Mellorar a calidade da información do alumnado sobre as drogas, os seus efectos e os riscos que derivan do seu uso.
- ▭ Diminuír a prevalencia dos consumos de drogas no grupo destinatario.



- Reducir os niveis de experimentación do alumnado co alcohol, co tabaco e co cannabis.
- Reducir o número de consumidores habituais de alcohol, tabaco e cannabis.
- Corrixir os mitos que o alumnado mantén en relación co consumo das diferentes drogas.
- Modificar as actitudes dos alumnos ante as drogas, incrementando o rexeitamento cara ás drogas, reducindo a permisividade fronte ao seu uso e incrementando os niveis de risco percibido.
- Fortalecer nos alumnos algúns recursos persoais que lles permitan manexarse adecuadamente en situacións de grupo relacionadas co consumo de drogas.
- Contrarrestar a influencia dalgúns factores que poden favorecer a aparición de problemas de consumo, tales como a falta de información, a subxectividade desta ou as crenzas de autoprotección e resistencia ao dano.

## c) Obxectivos específicos

- Atrasar a idade de inicio ao consumo de drogas entre o alumnado.
- Ofrecer coñecementos relativos á interacción das drogas no organismo, as consecuencias do seu uso e riscos asociados.
- Entorpecer o desprazamento de actitudes de rexeitamento ás drogas cara a posicións de neutralidade e de aceptación do consumo.
- Potenciar a autoestima, a capacidade de decisión, a autonomía persoal, o autoconhecimento e reforzar a asertividade como medios de potenciar a resistencia á presión do grupo.

- Facilitar experiencias gratificantes de ocio alternativas ao consumo de drogas.
- Aprender a aceptar normas, valores e roles para a convivencia no ambiente familiar e escolar.
- Favorecer o sentido crítico fronte á propaganda que potencia o consumo de substancias legais con argumentos de anticonvencionalismos e busca de sensacións.
- Desacreditar crenzas falsas respecto ao uso dalgunhas substancias.

### 2.2.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia e de desenvolvemento de competencias.

### 2.2.4. Contexto de aplicación

Escolar.

### 2.2.5.. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Universal.

### 2.2.6. Poboación destinataria

- Poboación final (alumnos): adolescentes escolarizados no primeiro ciclo de ensino secundario obrigatorio (1º e 2º de ESO).
- Poboación mediadora: profesorado ou titorías do primeiro ciclo de ESO.

### 2.2.7. Modelo teórico

O programa está baseado no modelo da acción razoada (AJZEN, I. e FISHBEIN, M, 1980) e no modelo centrado na hipótese da susceptibilidade (MANSILLA, F. e VEGA, P, 1999 e MANSILLA, F. 2001).

### 2.2.8. Actividades e materiais do programa

#### 1) Selección da programación cinematográfica

Seleccionáanse tres películas que serán visionadas polo alumnado participante no programa ao longo



do curso académico. Para a selección das películas téñense en consideración os seguintes criterios: a) Que se trate de películas de cine comercial que non aborden directamente a problemática das drogas, b) Estreadas recentemente, para que resulten atractivas e novas para os alumnos, c) Unha duración non superior a 100 minutos para manter a súa atención e facer compatible o seu visionamento cos horarios lectivos dos centros escolares e d) Que permitan responder a unha dobre finalidade lúdica e didáctica.

## 2) Unidades didácticas

Partindo das experiencias narradas na película, o cine convértese en ferramenta pedagóxica e eixe dinamizador dos contidos do programa. Para isto, desenvólvense tres unidades didácticas para cada curso escolar, que se corresponden con cada unha das tres películas que se van proxectar.

Para o desenvolvemento de cada unidade didáctica dispónse dos seguintes materiais:

- ♦ “Manual para o profesor”, en que se lle ofrece ao profesorado unha explicación do que se pretende conseguir nesa unidade, a base teórica que a sustenta, os obxectivos, a información e as explicacións detalladas das actividades que debe realizar o alumnado.
- ♦ “Caderno do alumno”, que incorpora información, exercicios e actividades que deben ser realizadas polo alumnado, nalgúns casos de modo individual e noutros en pequenos grupos.

## 3) Curso de formación do profesorado

O destinatario deste curso é o profesorado de 1º e 2º curso de ESO que implemente o programa e estea inscrito no Programa de prevención de drogodependencias “CINENSINO”.

O curso de formación pretende ofrecerlle ao profesorado que impartirá o programa unha serie de coñecementos básicos sobre drogodependencias, de modo que se poida desenvolver con soltura no tratamento desta problemática e servir de punto de referencia, sólido e fiable, ante as expectativas que poidan xurdir do alumnado.

O profesorado pode acceder á formación específica sobre o programa a través dunha plataforma de teleformación na internet.

### 2.2.9. Contidos do programa

- 1) Visionamento de tres películas durante o curso.
- 2) Desenvolvemento de tres unidades didácticas.
- 3) Curso de formación do profesorado que participa no programa.

O curso de formación do profesorado inclúe contidos teóricos (tres módulos cunha duración de 20 horas) e prácticos (12 horas):

CONTIDOS	DURACIÓN	MÓDULOS
Teóricos	20 horas	<p>Módulo 1: “Coñecer para educar”, centrado en aspectos introdutorios sobre as drogodependencias e o papel da información e do profesor no ámbito da prevención.</p> <p>Módulo 2: “Da causa á prevención”, recolle os principais factores que poden estar incidindo no inicio do consumo de drogas.</p> <p>Módulo 3: “Da situación á intervención”, presenta as tendencias actuais dos consumos de drogas, así como as etapas de iniciación e cuestións puntuais que adoitan xurdir ao tratar estes temas con adolescentes.</p>
Prácticos	12 horas	<p>Consisten na aplicación na aula de cada unha das tres unidades didácticas de que consta o programa. O tempo de aplicación requirido para cada unidade didáctica é, como mínimo, de 4 horas, ampliable se o profesor o considera pertinente.</p>





### 2.2.10. Duración do programa e número de sesións

Curso académico. CINENSINO consta de tres unidades para traballar unha en cada trimestre do curso académico, cunha duración media de entre 3-4 horas por unidade.

O programa recolle o visionamento dunha película e o desenvolvemento da súa correspondente unidade didáctica en cada un dos tres trimestres lectivos.

### 2.2.11. Método para a implementación do programa

O programa Cinensino desenvólvese a partir do eixe central da visualización de producións cinematográficas comerciais. Na elección do cine como soporte didáctico tense en conta a súa función como eixe dinamizador e interactivo para o descubrimento e a reflexión de valores e actitudes máis saudables.

É facultade dos centros educativos decidir os cursos e/ou grupos (1º- 2º ESO) que van participar no programa, permanecendo implicados nel ao longo de todo o curso escolar. Se un centro ten varios grupos por centro debe decidir os que van participar, non podendo rotar con outros grupos, de maneira que sexan sempre os mesmos alumnos os que reciban a totalidade do programa dese ano, sempre dentro do cota de alumnos asignados.

O alumnado seleccionado é levado a unha sala cinematográfica para visionar a película, seleccionada polo departamento de Historia do Cine da Universidade de Santiago de Compostela en función dos criterios de actualidade, convencionalidade e inclusión de contidos relacionados cos factores de risco e de protección estudados, entregándose o caderno de traballo. Posteriormente, na titoría traballan os contidos da unidade, que é recollida polos xestores do programa para a súa análise e avaliación. O método inclúe técnicas grupais e individuais.

Aínda que a proxección da película acostuma ser colectiva asistindo máis dun centro, a unidade de traballo sempre a constitúe a aula baixo a supervisión do profesor encargado de desenvolver o programa. A dinámica do programa exige a asistencia do alumnado ás sesións de proxección, sempre en salas de proxección adecuadas e en horario escolar. Tras o visionamento da película entrégaselle a cada centro a unidade didáctica correspondente a esa película, que deberá ser traballada posteriormente na titoría baixo a dirección do profesor encargado de desenvolver as unidades didácticas cos seus alumnos.

Pola súa parte, os técnicos de prevención supervisan e realizan seguimento da aplicación do programa, apoiando a profesores e titores.

### 2.2.12. Variables que se modifican coa aplicación do programa

- Crenzas e actitudes fronte ás drogas.
- Intencións de consumo no futuro.
- Condutas directas de consumo de drogas ilícitas.
- Condutas de abuso de alcohol e drogas ilícitas.

### 2.2.13. Mecanismos e instrumentos de avaliación

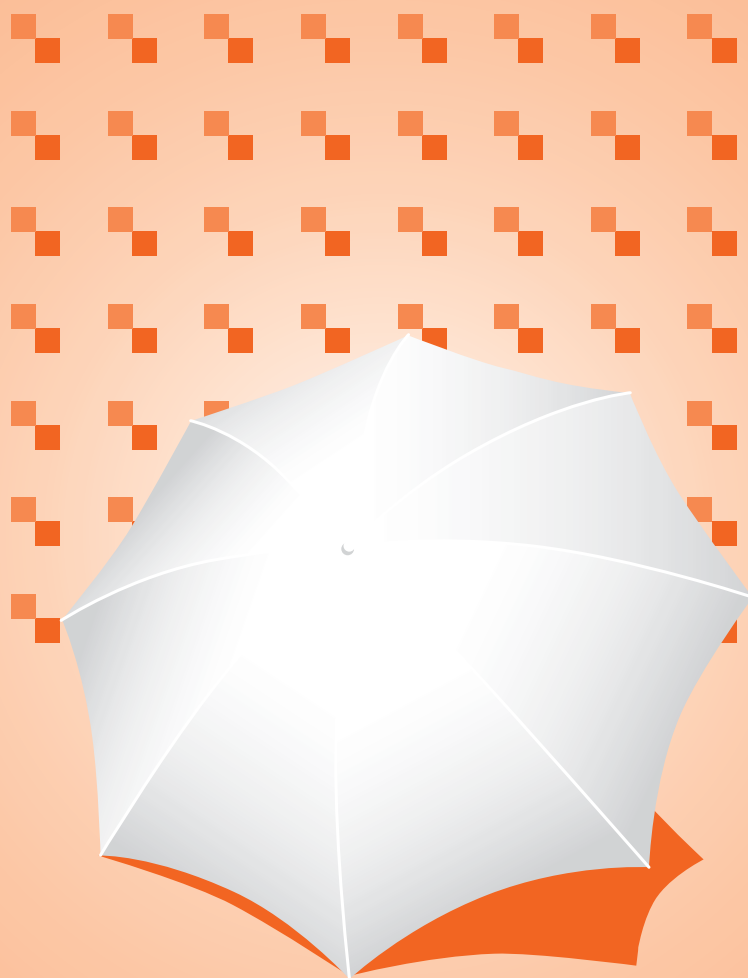
O programa inclúe unha avaliación sistemática e estandarizada, con medicións previas e posteriores á intervención sobre as variables que pretende modificar o programa (crenzas, actitudes e hábitos de consumo). No ano 2001 realizouse unha avaliación de resultados do programa segundo un deseño case experimental, con medición previa e posterior e utilización de grupo de comparación non equivalente. Esta avaliación demostrou a súa eficacia na formación de actitudes negativas ante o consumo de drogas, no afianzamento de intencións de non consumo e na redución do consumo expresado entre a poboación diana do programa.



### **2.2.14. Cronograma**

A temporalización das proxeccións é ampla, unha por cada trimestre do curso escolar. Esta secuencia facilita un traballo tranquilo e adecuado das unidades didácticas de cada película; ao mesmo tempo permite manter o alumnado implicado no traballo de aspectos preventivos ata cerca do final do curso.

## 2.3. “Non pasa nada, ¿pasa algo?.” Programa de prevención selectiva



XUNTA DE GALICIA





**2.3. Non pasa nada, ¿pasa algo?  
Programa de prevención selectiva.. 22**

2.3.1. Xustificación . . . . .	22
2.3.2. Obxectivos . . . . .	22
2.3.3. Estratexia de intervención. . . . .	23
2.3.4. Contexto de aplicación . . . . .	23
2.3.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria	23
2.3.6. Poboación destinataria . . . . .	23
2.3.7. Modelo teórico . . . . .	23
2.3.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa. . . . .	23
2.3.9. Contidos do programa. . . . .	24
2.3.10. Duración do programa e número de sesións . . . . .	24
2.3.11. Materiais con que conta o programa. . . . .	24
2.3.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . .	24
2.3.13. Método para a implementación do programa . . . . .	24
2.3.14. Recomendacións para a aplicación do programa . . . . .	25
2.3.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa . . . . .	26
2.3.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . .	26
2.3.17. Cronograma . . . . .	27

## 2.3. Non pasa nada, ¿pasa algo? Programa de prevención selectiva.

### 2.3.1. Xustificación

O desenvolvemento deste programa responde ás necesidades detectadas en relación cos patróns de consumo de drogas observables na poboación xuvenil. Segundo os datos recollidos polo Observatorio de Galicia sobre Drogas, na nosa comunidade, a maioría de adolescentes que empezan a consumir substancias psicoactivas faino a unha idade temperá, que oscila entre os 14 e os 16 anos no caso do alcohol e o tabaco e entre os 15 e os 17 anos no do cannabis e a cocaína. Por outra parte, unha porcentaxe relevante dos adolescentes galegos de entre 12 e 18 anos consumiron algunha vez distintas drogas, fundamentalmente alcohol, tabaco e cannabis e, en menor medida, outras substancias como drogas de síntese ou cocaína.

Como sinalan diversos estudos europeos (IREFREA, 2000, OEDT, 2007), o consumo de drogas en ambientes recreativos é unha práctica moi estendida, e os patróns de consumo próximos ao abuso estanse consolidando no estilo de vida dos adolescentes e mozos. Aínda que boa parte dos contactos dos adolescentes coas drogas se circunscriben a consumos experimentais ou esporádicos con substancias como o alcohol e o cannabis, fundamentalmente en contextos lúdicos da fin de semana, é posible constatar como unha significativa porcentaxe de adolescentes galegos mantén consumos de risco ou condutas de abuso de distintas drogas. Abonda comprobar que o 3,4% dos mozos de 12 a 18 anos beben abusivamente ou que a porcentaxe dos que consumiron cannabis, drogas de síntese ou cocaína nos últimos seis meses, foi do 12,4%, o 2,3% e o 1,7% respectivamente (OGD, 2007).

A presenza de adolescentes consumidores de drogas non só é motivo de preocupación entre os profesionais que traballan especificamente no campo da prevención das drogodependencias, temerosos

de que os consumos experimentais ou esporádicos evolucionen ata consolidarse en condutas de abuso ou dependencia, senón tamén de diferentes mediadores sociais que traballan en contacto directo con este colectivo, como o persoal docente. A presenza de consumos de alcohol, cannabis e outras drogas entre o alumnado constitúe un motivo de preocupación para o profesorado e para os equipos directivos dos centros educativos, ante as disrupcións que provocan na aula. Por iso, desde a comunidade educativa demándanse actuacións conxuntas entre os centros educativos e profesionais externos encamiñadas a mellorar a situación e que abrangan aspectos lexislativos, educativos, preventivos e asistenciais.

Para dar resposta a estas necesidades, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece a posta en marcha dun programa de prevención selectiva, destinado a alumnos de 4º de ESO en situación de risco denominado “Non pasa nada, ¿pasa algo?”, coa participación das consellerías de Educación e Ordenación Universitaria e de Sanidade.

### 2.3.2. Obxectivos

A finalidade do programa é evitar o desenvolvemento e a consolidación de consumos problemáticos de drogas, reducir a incidencia dos diversos problemas sociosanitarios relacionados co consumo e/ou de abuso de drogas e promover a adopción de estilos de vida saudables entre os adolescentes que permanecen vinculados ao sistema educativo.

Os obxectivos xerais do programa son os seguintes:

- ◆ Reducir os consumos experimentais de cannabis e outras drogas ilícitas entre os beneficiarios do programa.
- ◆ Reducir a porcentaxe de consumidores habituais (consumo diario de alcohol e tabaco e nos últimos 30 días para as restantes drogas).
- ◆ Reducir o consumo abusivo de alcohol (7/8 UBES -unidades básicas estándar de alcohol- nas fins de semana.



## 2.3.4. Contexto de aplicación

Escolar.

## 2.3.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Selectiva.

## 2.3.6. Poboación destinataria

- Alumnado de 4º curso de educación secundaria obrigatoria (ESO), que estuda en centros onde se detectou algún problema relacionado co uso de drogas.
- Alumnos e alumnas de 4º curso de educación secundaria obrigatoria en situación de risco relacionado co abuso de drogas, de todos os centros educativos de Galicia.

## 2.3.7. Modelo teórico

O programa está baseado no modelo de estilos de vida e factores de risco que o condicionan (CALAFAT, A. et al., 1992), centrándose en:

- ◆ Proporcionar información sobre as drogas que se consomen.
- ◆ Dar a coñecer os factores de risco e de protección nos ámbitos persoal, familiar, escolar e comunitario.
- ◆ Ensinar habilidades de afrontamento de situacións de risco.
- ◆ Intervir coa familia, informando, sensibilizando e apoiando en situacións de dificultade.

## 2.3.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa

O programa inclúe a realización de sesións conxuntas con profesores e pais para a análise dos problemas existentes nos centros escolares relacionado co consumo de drogas.

Estas sesións de análise complementáanse con catro sesións (talleres) dirixidas aos adolescentes escolarizados nas aulas onde se detectaron problemas relacionados co consumo de drogas.

- ◆ Fortalecer a integración dos alumnos con condutas de risco no sistema educativo.
- ◆ Reducir a presenza de condutas disruptivas nas aulas relacionadas co consumo de drogas por parte dos alumnos.

Os obxectivos operacionais do programa son:

- Ofrecer aos alumnos unha formación preventiva sobre as substancias psicoactivas e as consecuencias do seu consumo clara, realista e adecuada, mediante a utilización dun método educativo baseado na interacción e na investigación de cada alumno de forma individual e grupal.
- Mellorar a información dos alumnos sobre as substancias, efectos e consecuencias en aspectos físicos, psíquicos, sociais e legais.
- Incrementar a percepción do risco relacionado co uso de drogas entre o alumnado.
- Promover o adestramento do alumnado no establecemento de límites persoais e en relación co grupo.
- Mellorar as habilidades sociais do alumnado para facer novos amigos.
- Informar e apoiar as familias dos menores en situación de risco, orientando situacións de dificultade.
- Mellorar a capacitación dos educadores para xestionar de forma adecuada os temas relacionados co abuso de drogas.
- Promover nas familias dos menores en situación de risco, un incremento das habilidades de xestión, comunicación e negociación familiar.

## 2.3.3. Estratexia de intervención

- Estratexias de influencia (destinadas a modificar o nivel de coñecemento) e de desenvolvemento de competencias.



## 2.3.9. Contidos do programa

Consta de catro/cinco sesións, con método de exposición e técnicas interactivas utilizando láminas e DVD con contidos temáticos sobre as diferentes substancias e os riscos do seu uso e abuso.

Os contidos das sesións informativas cos alumnos son os seguintes:

SESIÓNS	CONTIDOS
1º sesión	Mitos e crenzas
2º sesión	Clasificación das drogas segundo efectos no SNC e o seu carácter legal. Definición de uso, abuso, dependencia e tolerancia cruzada. O triángulo suxeito-substancia-sociedade.
3º sesión	Evolución condutual do uso á dependencia das diferentes drogas.
4º sesión	Habilidades de afrontamento.

## 2.3.10. Duración do programa e número de sesións

A duración estimada do programa é dun mes. Neste período desenvolveranse catro sesións, como mínimo, de 50 minutos cada unha. En función da dispoñibilidade horaria do centro os contidos do programa pódense distribuír en seis sesións. A periodicidade entre sesións non debería superar a semana.

## 2.3.11. Materiais con que conta o programa

- Manual para a implementación do programa.
- Guías informativas para pais: a) os pais fronte ao consumo abusivo de alcohol dos fillos, b) os pais/nais e o cannabis, c) os pais/nais fronte á cocaína e d) os pais/nais e as drogas de síntese.
- Guías informativas para a mocidade. a) Mocidade e alcohol: unha mala compañía, b) Mocidade e cannabis: ¿sábelo todo?, c) Mocidade e drogas de síntese

e d) Mocidade e cocaína: guía para non terminar raiados.

- Posters informativos.
- Material gráfico e audiovisual.

## 2.3.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

A implementación e desenvolvemento do programa corre a cargo dos técnicos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas, e require da participación dos orientadores e titores dos centros educativos.

De maneira previa ao desenvolvemento do programa, os técnicos de prevención do PGD deben recibir formación sobre a estrutura, os contidos e as técnicas que se aplicarán nas sesións.

## 2.3.13. Método para a implementación do programa

### 1) Orixe da intervención

A necesidade de iniciar o programa pode vir determinada:

- Pola demanda concreta dos centros educativos.
- Pola valoración da necesidade de intervir, realizada polo equipo local de prevención, en función de datos que indican a existencia de situacións de risco en relación coas drogas.

### 2) Niveis de aplicación do programa

O programa céntrase na detección de alumnos en situación de risco en relación coas drogas para, unha vez detectados, responder ás necesidades específicas percibidas en cada centro educativo, mediante a oferta de dous niveis distintos de desenvolvemento:

- Un primeiro nivel do programa céntrase no desenvolvemento dunha intervención de prevención selectiva dirixida a adolescentes e menores escolarizados de 4º de ESO, que integren aulas nas cales se detectaron situacións





de conflito en relación coas drogas, ofertando unha intervención programada na aula, realizada polos técnicos de prevención do PGD.

- Un segundo nivel do programa céntrase no desenvolvemento dunha intervención de prevención selectiva dirixida a aqueles casos en que, tras a intervención selectiva realizada na aula, se detecten condutas de abuso a drogas que exixan dunha intervención máis especializada para a súa abordaxe. Este traballo de detección de adolescentes con consumos problemáticos e/ou condutas de abuso, paralelo ao que realizan outras instancias (servizos sociais comunitarios, servizos de atención primaria de saúde, xulgados e servizos de protección de menores e, en xeral, os recursos e organizacións da comunidade), complementase coa aplicación do “Protocolo de intervención con menores drogodependentes”, que establece a derivación dos menores ao Programa de menores que desenvolven as unidades de condutas adictivas que integran a Rede de Saúde Mental e Drogodependencias de Galicia.

### 3) Criterios para o desenvolvemento do programa

Para definir que nivel de intervención require cada centro educativo, analizarase a situación concreta de cada centro segundo a información recollida a través dun protocolo que se cubrirá con responsables do centro educativo. Para iso é necesario:

- Establecer unha relación personalizada con quen realiza a demanda.
- Que exista un profesional de referencia para o centro educativo.
- Facer uso da empatía como habilidade de comunicación básica.

O protocolo explora os seguintes aspectos:

- ¿Cal é o problema?
- ¿Para quen é un problema?

- ¿Por que é un problema?
- ¿Cal pode ser a causa ou a orixe do problema?
- ¿Que fenómeno se desexa previr ou modificar?
- ¿Onde se produce este fenómeno?
- ¿Desde cando se coñece o fenómeno?
- ¿Cambiou a súa dimensión e repercusión co tempo?
- ¿Que factores son os responsables do seu mantemento?
- ¿Cantas persoas se ven implicadas/afectadas polo fenómeno?, ¿Cantos novos casos se producen e con que frecuencia?
- ¿Considérase necesaria agora a intervención? ¿Por que?
- ¿Existen opinións distintas sobre a necesidade da intervención?

### 4) Programación da intervención adaptada á valoración da situación:

Segundo os datos recollidos a través do protocolo anterior, poderanse definir os contidos concretos do programa que se desenvolverá en cada centro, establecendo:

- O desenvolvemento de sesións de análise dos problemas existentes, conxuntamente co profesorado e cos pais. Nestas sesións realizarase a análise de situacións que propician a orixe e o mantemento de consumos de drogas no ámbito escolar, e proporanse formas de abordaxe efectiva das distintas situacións.
- O desenvolvemento de sesións formativas (talleres) dirixidas a adolescentes escolarizados sobre: características das drogas e riscos do seu consumo, mitos e crenzas erróneas e adestramento en habilidades de afrontamento de situacións de risco.

#### 2.3.14. Recomendacións para a aplicación do programa

Os talleres serán como obxectivo achegar información clara e útil sobre os riscos que presentan as



substancias, promover unha análise crítica sobre os contextos e situacións en que ten lugar o seu consumo. Para iso, teranse en conta os seguintes principios:

- Non descualificar as respostas ou achegas do alumnado, indicando os fallos e deficiencias concretas e valorando os logros por pequenos que estes sexan.
- Evitar todo tipo de prexuízos, así como o uso indiscriminado de prohibicións, favorecendo o razoamento e o convencemento para a promoción de hábitos de vida sa.
- Salientar comportamentos saudables antes que mostrar os inconvenientes das condutas negativas.
- Desenvolver habilidades sociais de cara á comunicación no grupo de iguais.

En todas as sesións, que se presentan cunha estrutura flexible, aberta e adaptable aos coñecementos e intereses do alumnado, potenciarase o desenvolvemento de habilidades de intercambio de opinións e de interacción grupal como factor de aprendizaxe. En relación cos conceptos e coa información presentada, suscitaranse debates que escenifiquen as situacións en que a persoa deberá valorar factores de risco e protección para a toma de decisións: percepción do risco, presión grupal, sentimento de invulnerabilidade, autocontrol, busca de sensacións, afrontamento de situacións de risco.

En canto ás técnicas que se utilizarán para o desenvolvemento dos talleres, nun marco activo e participativo de grupo pequeno, suxírense as seguintes: discusión dirixida/debate, remuíño de ideas/brainstorming, diálogos simultáneos/moumeo, Phillips 6-6, rumor/clínica do rumor e xuízo/tribunal

### 2.3.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa

- Crenzas e actitudes fronte ás drogas.

- Intencións de consumo no futuro.
- Condutas directas de consumo de drogas ilícitas.
- Condutas de abuso de alcohol e drogas ilícitas.

### 2.3.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación

#### a) Para a avaliación de proceso

Realízase mediante unha recollida sistemática das intervencións realizadas nunha folla de rexistro que recolle a seguinte información:

- Centro educativo en que se intervén.
- Número de grupos e número de alumnado que participou.
- Número de sesións realizadas e número de horas dedicadas.
- Material utilizado: propio ou elaborado na aula.
- Profesional que fixo a aplicación (titulación).
- Modo de captación: por demanda do centro ou por iniciativa do equipo de prevención.

Esta información irase recollendo ao longo da intervención, podendo engadirse calquera que se considere de interese para valorar o proceso de aplicación.

#### b) Para a avaliación de resultados

Para completar esta avaliación aplicaranse os seguintes instrumentos:

- Protocolo inicial relativo aos problemas relacionados coas drogas existentes no centro escolar, cuberto polos responsables do centro. Este protocolo será aplicado de novo dous meses despois de completado o programa para medir os cambios rexistrados nas percepcións dos



### 2.3.17. Cronograma

responsables dos centros sobre os problemas existentes.

- ▭ Cuestionario previo e posterior á intervención aos alumnos participantes no programa para coñecer os cambios rexistrados nos niveis de información sobre as drogas, a percepción do risco, os hábitos de consumo e as intencións futuras de consumo de drogas.

Para a avaliación de resultados son útiles os cuestionarios dispoñibles no Banco de instrumentos de avaliación do Observatorio Europeo sobre Drogas e Toxicomanías, traducidos ao castelán pola Axencia Antidroga da Comunidade de Madrid, e que permiten medir:

- ▭ A familiaridade e o coñecemento das drogas.
- ▭ As actitudes ante o consumo de drogas.
- ▭ A percepción de riscos asociados ao consumo de drogas.
- ▭ As intencións de consumo.
- ▭ O consumo combinado de drogas legais e ilegais.

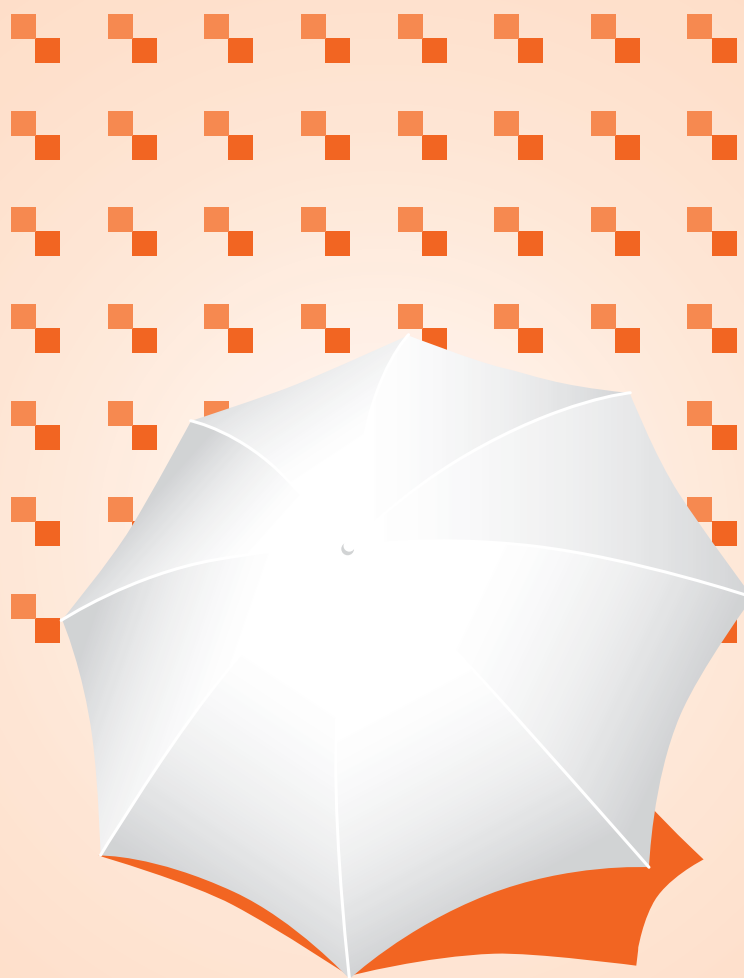
Para a aplicación do programa establecerase un cronograma funcional acorde coa programación dos centros educativos. Para iso é necesario establecer os contactos previos cos orientadores/titores para a presentación do material e fixar conxuntamente o calendario de intervención, tendo en conta as necesidades de tempo que establece o programación de tutoría o programa pódese aplicar ao longo de todo o curso (dada a cantidade de propostas de actividades) ou ben por trimestres; todo isto quedará á decisión do propio titor/a ou do mestre de cada materia en postobligatoria.

Dada a flexibilidade do programa, non é posible establecer un cronograma pechado para a súa implementación. Non obstante, fórmulase a seguir unha proposta simplemente orientativa:

ACTIVIDADE	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana
Cubrir o protocolo sobre as necesidades do centro escolar						
Sesións conxuntas de profesores e pais para analizar o problema						
Sesións con alumnos: * Sesión nº 1 * Sesión nº 2 * Sesión nº 3 * Sesión nº 4			SESIÓN 1ª	SESIÓN 2ª	SESIÓN 3ª	SESIÓN 4ª
Avaliación						



## 2.4. “Odisea”. Programa de prevención selectiva en centros de garantía social



**XUNTA DE GALICIA**





**2.4. Odisea. Programa de prevención selectiva en centros de garantía social. . . . . 32**

- 2.4.1. Xustificación . . . . . 32
- 2.4.2. Obxectivos . . . . . 32
- 2.4.3. Estratexia de intervención. 32
- 2.4.4. Contexto de aplicación . . . 32
- 2.4.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria 33
- 2.4.6. Poboación destinataria . . . 33
- 2.4.7. Marco teórico . . . . . 33
- 2.4.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa. . . . . 33
- 2.4.9. Contidos do programa. . . . 33
- 2.4.10. Duración do programa . . 33
- 2.4.11. Materiais con que conta o programa. . . . . 33
- 2.4.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . . 34
- 2.4.13. Método para a implementación do programa . . . . 34
- 2.4.14. Variables que se modifican coa aplicación do programa . . . . 34
- 2.4.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . . 34
- 2.4.16. Evidencias da avaliación . 34
- 2.4.17. Cronograma . . . . . 34

## 2.4. Odisea. Programa de prevención selectiva en centros de garantía social.

### 2.4.1. Xustificación

Os programas de garantía social puxéronse en marcha tras a aprobación da Lei 1/1990, de ordeñación xeral do sistema educativo (LOXSE), como unha medida para a compensación das desigualdades educativas, estando destinados aos alumnos que non alcanzan os obxectivos da educación secundaria obrigatoria. Tratan de dar unha resposta formativa aos alumnos que abandonaron o sistema educativo sen titulación e que non dispoñen das competencias adecuadas para inserirse no medio laboral.

Como puxo de manifesto de forma reiterada a literatura científica, o fracaso escolar e os problemas de conduta e adaptación na escola son factores que aparecen estreitamente asociados ao consumo de distintas drogas durante a adolescencia. Por esta razón, os alumnos dos programas de garantía social son unha poboación de especial risco respecto ao abuso de drogas, como o acredita o feito de que as prevalencias de consumo neste colectivo de mozos sexan significativamente superiores ás do conxunto da poboación da súa mesma idade.

**Odisea é un proxecto de prevención promovido pola Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas** (MORENO, G. e GAMONAL, A, 2006), baseado na capacitación dos profesionais destes recursos educativo-formativos, para o deseño de actuacións de prevención nos centros de garantía social. Un proxecto pensado para axudar os/as responsables de programas de garantía social a afrontar de forma efectiva a prevención do abuso de drogas.

### 2.4.2. Obxectivos

#### a) Finalidade

A finalidade do programa é evitar o consumo de drogas entre o alumnado dos programas de garantía social, especialmente nas propias dependencias

dos centros conseguindo que sexan espazos libres de drogas.

#### b) Obxectivo xeral

- Capacitar os profesionais que traballan en centros de garantía social para o deseño dun programa ou plan de intervención en relación coa prevención de drogodependencias.
- Integrar a prevención das drogodependencias nos seus respectivos proxectos educativos de centro.

#### c) Obxectivos específicos

- Dotar os profesionais de información básica sobre o fenómeno do consumo de drogas na mocidade.
- Estimular dunha forma práctica a reflexión e a análise da abordaxe da prevención de drogodependencias no seu recurso.
- Establecer un método de intervención ante situacións relacionadas co abuso de drogas.
- Facilitar o desenvolvemento de habilidades educativas específicas na área de drogas, que permita ao profesorado abordar a nivel individual (titorías) e grupal os consumos problemáticos de drogas entre o seu alumnado.
- Conseguir que os profesionais coñezan e utilicen os recursos existentes na abordaxe e na prevención do abuso de drogas con esta poboación (fontes de información e recursos de apoio).

### 2.4.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia e desenvolvemento de competencias.

### 2.4.4. Contexto de aplicación

Escolar. Polo seu deseño e contidos, Odisea pode tamén ser aplicado noutros contextos como as escolas obradoiro ou os centros de menores.





#### 2.4.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Selectivo.

#### 2.4.6. Poboación destinataria

- ▭ Grupo destinatario intermedio: equipos de profesionais que traballan con mozos en programas de garantía social.
- ▭ Grupo destinatario final: mocidade entre 16 e 18 anos en situación de risco que estudan en centros de garantía social.

#### 2.4.7. Marco teórico

- Modelo de desenvolvemento social (CATALANO, RF, HAWKINS, D. et. al. (1996).
- Teoría para a conduta de risco dos adolescentes (JESSOR, R. 1991).
- Modelo das sete esferas de educación para a saúde (COSTA, M. LÓPEZ, E. 1998).

#### 2.4.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa

O proxecto consta de catro fases:

- Fase de formación: consistente nunha semana de formación dirixida a todo o equipo do centro (20 horas), ten por obxectivo capacitalos para deseñar un programa de prevención axustado á realidade do seu centro educativo. O contido das sesións de formación é o seguinte:

SESIÓNS	CONTIDOS
1º sesión	Presentación. A prevención no proxecto educativo de centro.
2º sesión	A intervención sobre o contexto (manexo de normas).
3º sesión	Organizar actividades de prevención en grupo.
4º sesión	A intervención individual (titoría).
5º sesión	A intervención coas familias e os recursos comunitarios. Recursos de apoio á prevención.

- Fase de apoio: é a fase de deseño do programa (un mes a partir da formación). Para esta tarefa o equipo do centro contará coa axuda e asesoramento do grupo de expertos no proxecto.
- Fase de seguimento: nesta fase aplícase o programa deseñado (tres meses a partir da elaboración do programa). O equipo de expertos estará dispoñible para resolver cantas dúbidas e dificultades poidan ir xurdindo ao poñer en práctica o programa deseñado.
- Fase de avaliación: ao ser un proxecto piloto, faise especial énfase na avaliación dos seus resultados. Esta avaliación permitirá coñecer o grao de efectividade do proxecto e introducir as melloras detectadas durante o proceso de aplicación.

#### 2.4.9. Contidos do programa

O proxecto baséase nun manual especificamente deseñado para desenvolver nestes centros un plan de prevención de drogas adaptado á súa realidade concreta. Este material é a base da formación que reciben os profesionais participantes. Consta de sete cadernos e un CD-ROM, en que se tratan os seguintes temas:

- ◆ Introducción ao proxecto: contidos e método.
- ◆ O programa do centro e a prevención das drogodependencias
- ◆ Manexo de normas e prevención.
- ◆ Organización de actividades de prevención en grupos.
- ◆ A intervención coas familias e os recursos comunitarios.
- ◆ Previr nas distancias curtas: a titoría.
- ◆ Recursos de apoio á prevención.

#### 2.4.10. Duración do programa

Seis meses.

#### 2.4.11. Materiais con que conta o programa

Guía fácil de prevención selectiva en recursos educativos e formativos.



## 2.4.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

Os profesionais participantes terán que:

- ◆ Asistir ao curso de formación.
- ◆ Elaborar un programa de prevención para o seu centro.
- ◆ Aplicar o programa deseñado.
- ◆ Apoiar a avaliación do proxecto.

O labor dos profesionais que participen nel será acreditada con horas de formación. Ademais disto, os programas elaborados para cada un dos centros serán publicados nun libro que recollerá todas as experiencias.

## 2.4.13. Método para a implementación do programa

A implementación do programa axústase ás seguintes fases:

- ◆ FASE 1. Selección dos centros participantes (en colaboración coa Consellería de Educación e Ordenación Universitaria).
- ◆ FASE 2. Formación dos equipos educativos dos centros a partir dos contidos da “Guía fácil de prevención selectiva en recursos educativos e formativos”.
- ◆ FASE 3. Deseño dun programa de prevención en cada un dos centros e desenvolvemento supervisado del.
- ◆ FASE 4. Avaliación dos resultados.

## 2.4.14. Variables que se modifican coa aplicación do programa

- ◆ Habilidades educativas do profesorado.
- ◆ Capacidade para planificar accións preventivas no centro e coas familias dos alumnos.
- ◆ Coñecemento e utilización de fontes de información e recursos de apoio á prevención.
- ◆ Capacidade para manexar os consumos problemáticos de drogas que manteñen os seus alumnos.

## 2.4.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación

Para avaliar os resultados do programa utilizaranse os seguintes instrumentos:

- ◆ Aplicación de cuestionarios pre e post intervención, co fin de valorar o grao de modificación das variables supostamente modifícanse coa implementación do programa.
- ◆ Grupos de discusión e entrevistas en profundidade con algúns dos participantes no programa.

## 2.4.16. Evidencias da avaliación

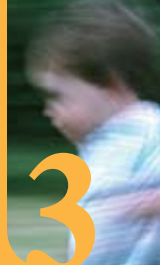
O programa está actualmente en fase de validación.

## 2.4.17. Cronograma

FASE	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Formación	■					
Deseño do programa		■				
Seguimento			■	■	■	
Avaliación						■







3

# Programas de prevención no ámbito familiar



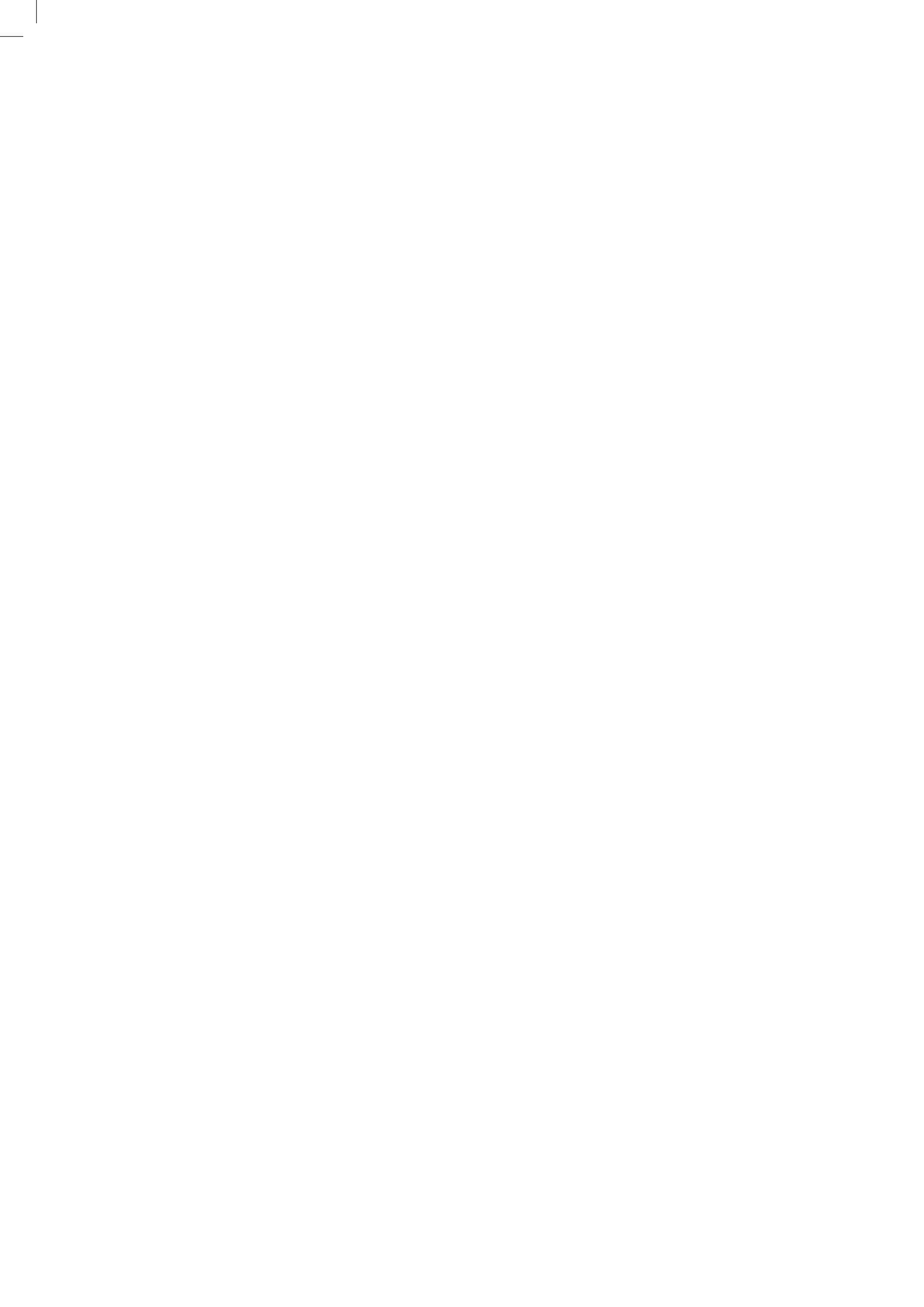
XUNTA DE GALICIA



### 3.1. “Máis que un teito”. Programa de prevención universal



XUNTA DE GALICIA







**3.1. Máis que un teito. Programa de prevención universal. . . . . 6**

- 3.1.1. Xustificación . . . . . 6
- 3.1.2. Obxectivos . . . . . 8
- 3.1.3. Estratexia de intervención. . . 9
- 3.1.4. Contexto de aplicación . . . . 9
- 3.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria . 9
- 3.1.6. Poboación destinataria . . . . 9
- 3.1.7. Marco teórico . . . . . 9
- 3.1.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa. . . . . 9
- 3.1.9. Contidos do programa. . . . . 9
- 3.1.10. Duración do programa e número de sesións . . . . . 11
- 3.1.11. Materiais con que conta o programa. . . . . 11
- 3.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . . 11
- 3.1.13. Método para a implementación do programa . . . . 11
- 3.1.14. Necesidades especiais ou recomendacións . . . . . 12
- 3.1.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa . . . . . 13
- 3.1.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . . 13
- 3.1.17. Cronograma . . . . . 13



# 3

## 3.1. Máis que un teito. Programa de prevención universal.

### 3.1.1. Xustificación

A familia ten unha función clave na socialización do individuo e contribúe decisivamente ao seu desenvolvemento social, emocional e cognitivo. É o primeiro grupo social do cal as persoas forman parte e, como en calquera núcleo social, os seus membros interactúan entre si de acordo cunhas regras de relación, uns roles e unhas funcións que van cambiando ao longo da vida dese grupo e en relación coa influencia doutros grupos sociais máis amplos (ALONSO, C. et al. 2004). Neste sistema inflúe todo o seu contorno, toda a comunidade en que interaccionan os seus membros dunha forma continuada.

O progresivo cambio nos modelos de familia supuxo que cada vez sexan máis as persoas e as instancias, tanto no ámbito micro como macro social, que inflúan na educación, na adquisición de valores e na interiorización normativa durante a infancia e a adolescencia. Así, esta responsabilidade familiar frecuentemente se comparte, sen control, cos medios de comunicación, e outros grupos de socialización dentro da comunidade (grupo de iguais, familia extensa, cuidadores etc.). Por iso, xunto ao desenvolvemento de actuacións no ámbito familiar, é necesario ter en conta a oferta de recursos socioculturais, deportivos, sanitarios e sociais que, xunto ao núcleo familiar, influirán de forma significativa na formación e no crecemento persoal do individuo.

A investigación desenvolvida ao longo das tres últimas décadas sinala que os pais ou titores, así como outros membros da familia, exercen unha influencia maior da que se cría ata agora na conduta dos nenos e nos estilos de vida dos adolescentes, en xeral e en todo o relacionado coas drogas (BRUNSWICK, A. MESSERI, P. e TITUS, S. 1992, BRY, BH. et al. 1997, ALEXANDER JF. et al., 2000, KAFTARIAN, SF. e KUMFER, KL.

2000). Na familia adquirense e desenvólvense as actitudes, crenzas, valores, hábitos, estilos de vida e comportamentos que influirán no modo en que os fillos se enfronten á vida e, por tanto, a actuación familiar pode contribuír a evitar o desenvolvemento de problemas relacionados coas drogas (KUMFER, KL. e ALDER, S. 2003).

A familia constitúe a primeira instancia de socialización e globalmente é a que ten máis influencia na formación e no desenvolvemento dos nenos e dos novos. É no seu seo onde estes nenos e mozos, a través da aprendizaxe e da observación das condutas dos adultos, se van capacitando para vivir en sociedade e para afrontar de forma adecuada as novas situacións que se lles presentarán ao longo da vida, entre as que se inclúe a dispoñibilidade de drogas.

A necesidade de desenvolver programas de prevención no ámbito familiar está fundamentada nos seguintes aspectos (FAD, 2000):

1. Distintos estudos realizados no noso país sinalan que a familia é un dos principais valores dos cidadáns españois, entendendo a familia desde a diversidade e a pluralidade. Unha das razóns polas que prima a institución familiar como valor desexado é a sensación de permanencia que a familia xera e a seguridade para a vida que implicitamente constitúe. Esta percepción, amplamente arraigada na nosa sociedade, proporciona o contexto idóneo que pode facilitar unha boa acollida social dos programas de prevención familiar.
2. A potencial vulnerabilidade do sistema familiar e a repercusión sobre os seus membros, demostran a necesidade de xerar estratexias de apoio que permitan manexar aquelas circunstancias difíciles propias da vida familiar. A familia, como espazo socializador do individuo, é o núcleo propulsor das persoas e o escenario de aprendizaxes que, en principio, favorece o desenvolvemento, o afecto e a seguridade dos seus membros. Non obstante,



tamén pode constituír un marco de inxustizas e desordes que entrañan riscos emocionais para os seus integrantes. Calquera grupo familiar se funda co claro desexo de que funcione. Malia isto, existen épocas en que a vida familiar se volve difícil. Estes períodos son propios do ciclo vital familiar e fan que o sistema familiar sexa máis vulnerable e, aínda que en xeral poden ser transitorios, algúns grupos familiares teñen dificultades para superalos, podendo quedar atrapados nunha dinámica disfuncional.

3. A situación actual do consumo de drogas evidencia que o inicio no consumo de drogas se produce en idades en que os fillos conviven cos seus pais e nas que estes poden intervir adecuadamente. Na adolescencia os novos dependen e conviven en familia, circunstancia que obriga a que no ámbito familiar se deban instrumentar as medidas necesarias para intentar evitar ou atrasar o inicio no consumo de drogas, aínda que se trate de drogas como o alcohol e o tabaco socialmente aceptadas, e promover estilos de vida libres dos ditos consumos.
4. O ámbito familiar reúne os requisitos imprescindibles para unha intervención eficaz. Os pais e as nais poden detectar e reorientar dinámicas e factores de risco que inciden na familia e fortalecer factores de protección. Se se xeran estratexias que reforcen os pais en estilos educativos adecuados cos fillos e se lles capacita en habilidades para a comunicación e a xestión familiar adecuada, promoveranse climas familiares positivos que pola súa vez fortalecerán a cohesión familiar, diminuíndo o risco de que os fillos desenvolvan problemas relacionados coas drogas.
5. O ámbito familiar interactúa de forma natural con outros ámbitos de prevención. O ámbito escolar e o familiar conforman a comunidade educativa, así mesmo o ámbito familiar participa no asociativo e non menos importante é a súa relación, a través dos membros activos da familia, co ámbito laboral. Por este moti-

vo, a dinamización da prevención en calquera dos ámbitos ten a capacidade de proxectarse noutros.

Estudos realizados polo Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (EDIS, 2004) confirman a presenza de diferentes factores de risco no ámbito familiar asociados ao consumo de drogas, entre os que destacan, por orde de importancia, os seguintes:

- 1º As malas relacións pais-fillos ou a ausencia de conexión entre pais e fillos,
- 2º As malas relacións entre cónxuxes ou parella. As relacións afectivas deterioradas ou inconsistentes entre a parella, así como a existencia de pautas de manexo familiar con expectativas pouco claras para a conduta desexada e a ausencia de reforzamento dela, un estilo familiar autoritario ou permisivo son factores de risco que inciden no consumo de drogas dos fillos. A comunicación familiar pobre ou inexistente aparece como determinante con peso para explicar o consumo de drogas nos fillos.
- 3º O abuso de alcohol ou drogas por parte dos pais. Unha actitude máis favorable cara ao consumo de drogas por parte dos pais e/ou o consumo de drogas parental vaise corresponder cun maior consumo de drogas nos fillos, tanto polo proceso de socialización como polos procesos de modelado que se dan na aprendizaxe.
- 4º A presenza de enfermidades mentais ou nerviosas na familia.
- 5º A angustia pola situación económica da familia.

Pola súa parte, entre os factores de protección relacionados co ámbito familiar cunha maior capacidade protectora inclúense, en orde xerarquizada:

- 1º A existencia dunhas relacións familiares estables e satisfactorias. A ausencia de disputas e conflitos na casa de forma habitual é un factor de protección, e tamén o é que as crises familiares se poidan resolver de forma adecuada.

- 2º O diálogo pais-fillos. A comunicación familiar é da máxima importancia no período adolescente. Cando esta comunicación é deficiente, os problemas xorden tanto no que se refire ao consumo de drogas como a outros problemas de conduta.
- 3º A comunicación. Promover un clima que propicie que os fillos conten os seus problemas aos pais na casa e que estes sexan capaces de comprendelos e intenten asesoralos cando están en situacións críticas serve para que os fillos se sintan máis seguros e resolvan os problemas da súa idade de forma máis eficiente.
- 4º O apego familiar, a existencia de vínculos afectivos positivos. Sentirse apegado á súa familia é outro dos factores protectores para o desenvolvemento de estilos de vida libres do consumo de drogas por parte dos fillos. Cando as relacións familiares son positivas, con implicación e apego, resultan un factor de protección para o consumo de drogas. Un bo apego familiar pode contrarrestar outros factores de risco, especialmente se a través da familia interiorizaron certos valores e normas que levan ao rexeitamento do consumo de determinadas substancias ou, simplemente, a non buscar o dito consumo.
- 5º A información veraz e non moralizante. Que os pais falen aos fillos dos riscos do consumo de drogas, con naturalidade e sen moralina, axuda os fillos a ter unha información máis acertada do mundo das drogas.

En suma, as intervencións preventivas dirixidas á familia promoven e facilitan o desenvolvemento da interacción familiar necesaria para canalizar modelos educativos capaces de promover estilos de vida saudable, libres dos problemas relacionados coas drogas (NIDA, 1997a).

Para cumprir a súa función preventiva as familias deben estar capacitadas para exercer unhas determinadas habilidades de xestión e funcionamento familiar. É dicir, para poder desenvolver a súa natural función educativa

e preventiva, as familias deben dispoñer de adecuados recursos de xestión e funcionamento, que na maioría dos casos se desenvolven espontaneamente, pero que para algúns grupos en situación de risco, a adquisición destas capacidades require intervencións formativas que promovan a instauración de pautas de funcionamento e xestión capaces de minimizar patróns de risco e promover patróns de protección (KUMPFER, KL. 1997).

De acordo coa evidencia dispoñible sobre a importancia da familia na prevención dos problemas relacionados coas drogas, o Plan de Galicia sobre Drogas, baseándose na Lei 2/1996, do 8 de maio, incide desde hai anos no potencial que supón a intervención familiar, e sinala que as actuacións coas familias deben fomentar as habilidades educativas e de comunicación no seo familiar, incrementar o sentido de competencia dos pais e a súa capacidade para a resolución de problemas, así como conciencialos da importancia sobre o seu papel como axentes de saúde (artigo 1.4.3).

De igual modo, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece entre os seus obxectivos (Obxectivo nº 11) “incrementar o número de programas de prevención dirixidos ao ámbito familiar”, establecendo os seguintes compromisos:

- ♦ No ano 2009 o 100% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter universal.
- ♦ No ano 2009 o 50% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter selectivo.
- ♦ No ano 2009 o 25% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter indicado.

### 3.1.2. Obxectivos

A finalidade do programa é a de promover unha maior implicación dos pais e nais ou tutores, como



### 3.1.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa

O programa inclúe tres tipos de actividades:

a) Encontros pais/profesores/alumnos

- ◆ Traballo en gran grupo. Os encontros dan comezo coa exposición do tema con todos os participantes neles (duración aproximada de 45 minutos).
- ◆ Traballo en pequeno grupo. Os asistentes reúnen en grupos de 10 a 15 persoas cada un, en salas diferentes, cun monitor (se o grupo é pequeno, pódense dividir en 4,5 persoas cada un). Cada grupo realizará un traballo que os axude a afondar e aplicar o que viron e oíron no gran grupo. Trataríase de traducir ás situacións diarias o tema sobre o que se trate. O traballo pode consistir en responder a un cuestionario, preparar unha representación etc. (Aadoita durar polo menos unha hora).
- ◆ Posta en común. Reúnen de novo todos os grupos e ponse en común o froito da reflexión, as cuestións, as conclusións etc., a que se chegou no pequeno grupo. Se quen dirixe a sesión o ve conveniente, realiza unha síntese breve do tema ou matiza aspectos que non quedaron claros. A duración acostuma ser breve.
- ◆ Entrega do documento-síntese. Entrégaselle a cada participante un breve documento-síntese para lelo na casa, nunha linguaxe adaptada para pais.

b) Actividades presenciais con pais.

c) Actividades non presenciais con pais.

### 3.1.9. Contidos do programa

a) *Contidos tipo para programas dirixidos a familias con fillos en idade infantil*

Características do desenvolvemento evolutivo de nenos/as de 3 a 6 anos:

axentes de saúde e fomentar a adquisición das competencias necesarias para que poidan desenvolver esta importante función de forma adecuada.

Entre os obxectivos do programa inclúense os seguintes:

- ◆ Mellorar as habilidades educativas, de xestión e de comunicación dos pais, nais ou titores que reciben a intervención.
- ◆ Promover e reforzar os factores de protección familiar, ao tempo que se pretende reducir o impacto dos factores de risco relacionados con este ámbito.
- ◆ Mellorar a calidade da información sobre drogas de que dispoñen os pais.
- ◆ Mellorar a habilidade dos participantes para o desenvolvemento de pautas consistentes de xestión familiar.
- ◆ Mellorar as actitudes educativas dos pais.
- ◆ Mellorar as actitudes preventivas dos pais.

### 3.1.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia e desenvolvemento de competencias.

### 3.1.4. Contexto de aplicación

Familiar.

### 3.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Universal.

### 3.1.6. Poboación destinataria

Pais/nais ou titores con fillos en idade escolar, é dicir, con idades comprendidas entre os 5 e os 18 anos.

### 3.1.7. Marco teórico

O programa susténtase no modelo sistémico (HALLEY, J. 1976, MINUCHIN, S. 1974, STANTON, MD. e TODD, TC. 1982).

- ◆ Autonomía.
- ◆ Familia: identificación e modelo.
- ◆ Idade dos ¿por que?
- ◆ Socialización.
- ◆ Xogo: escola da vida.
- ◆ Diferente maneira de ver as cousas: pensamento máxico, diferente concepción do tempo, egocentrismo, época do NON.
- ◆ Desenvolvemento físico e hábitos saudables.
- ◆ Aspectos relacionais (autoestima, autoridade e límites, toma de decisións...)
- ◆ A comunicación como aspecto da relación entre pais e fillos de grande influencia no clima familiar.

*b) Contidos tipo para programas dirixidos a familias con fillos de idades de educación primaria (6 a 12 anos).*

Características evolutivas dos nenos/as de 6 a 12 anos:

- ◆ Idade da razón: gran capacidade para adquirir coñecementos.
- ◆ Familia: modelo e refuxio.
- ◆ Importancia da escola: o profesor.
- ◆ Importancia dos amigos.
- ◆ Xogo compartido, real.
- ◆ Importancia da comunicación no clima familiar.
- ◆ Desenvolvemento físico e hábitos saudables (a alimentación, o descanso etc.).
- ◆ A importancia do autoconceito positivo: o desenvolvemento da autoestima.
- ◆ Autoconceito e variables diversas: autoconceito e idade, autoconceito e estilo educativo dos pais e autoconceito e escola).

- ◆ Os límites na educación de nenos e adolescentes: unha necesidade para a aprendizaxe e a socialización.
- ◆ A aprendizaxe do premio e o castigo.
- ◆ Estilos de autoridade e a súa influencia educativa.
- ◆ A comunicación familiar: a escoita activa.
- ◆ Resolución de conflitos. Aprendendo a resolver conflitos
- ◆ Información sobre as drogas: conceptos básicos, clasificación das drogas, factores de risco e protección para o consumo de drogas.

*c) Contidos tipo para programas dirixidos a familias con fillos en idades de educación secundaria e bacharelato (14 a 18 anos).*

- ◆ Adolescencia/mocidade: fases e cambios físicos, desenvolvemento intelectual e psicosexual, presión de grupo, agresividade, crise de identidade– sentimentos que produce e drogas).
- ◆ Educación para a saúde/información sobre drogodependencias: saúde mental (estrés, ansiedade e autoestima).
- ◆ Conceptos básicos de drogodependencias: tipos de drogas e os seus efectos, cannabis, tabaco, alcohol. Automedicación, ¿Que facer ante un problema de drogas?
- ◆ Ambiente familiar e educación: a familia: ciclos vitais, límites e xerarquía, necesidades psicolóxicas básicas, autoestima, premios e castigos, estilos de autoridade e a súa influencia educativa, comunicación, negociación e resolución de conflitos (taller de resolución de conflitos entre pais/nais e adolescentes).

Como termo medio as sesións teñen unha duración de entre 90 e 120 minutos.





### 3.1.10. Duración do programa e número de sesións

O programa está deseñado inicialmente para a súa implementación ao longo do curso escolar. Non obstante, e tendo en consideración a importante variabilidade no número de sesións propostas en función da idade dos fillos, a duración do programa pode oscilar entre un e cinco meses, a razón dunha sesión semanal, en función das necesidades, interese e posibilidades de asistencia dos pais.

Pola súa parte, a participación no programa a través da modalidade non presencial, permite un axuste “case personalizado” da duración do programa ás expectativas e necesidades de cada familia.

### 3.1.11. Materiais con que conta o programa

- ◆ Folleto explicativo cos obxectivos e contidos do programa.
- ◆ Guías informativas para pais: a) os pais fronte ao consumo abusivo de alcohol dos fillos, b) os pais/nais e o cannabis, c) os pais/nais fronte á cocaína e d) os pais/nais e as drogas de síntese.
- ◆ Vídeos de prevención e consumo de drogas no ámbito familiar elaborados por distintas institucións.

### 3.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O programa será implementado polos técnicos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas. Ademais, é necesaria a participación doutras persoas (voluntarios, membros de asociacións, pais/nais ou outros profesionais), que actuarán como responsables dos nenos da gardaría, que deberá funcionar mentres os grupos de pais/nais están realizando a actividade preventiva.

As habilidades que debe reunir o profesional (técnico de prevención) responsable de implementar o programa son as seguintes:

- ◆ *A escoita activa*: o que require que o mediador estea atento sempre ás demandas e

temores que aparezan no grupo de pais/nais e que retomará naqueles momentos da sesión que considere indicados. Así mesmo, o mediador facilitará a escoita activa entre os membros do grupo.

- ◆ *A empatía*: poñerse en lugar dos pais e tratar de percibir como se senten é un esforzo que debe realizar para que a súa función sexa eficaz. As intervencións deben ser o suficientemente flexibles como para adaptarse ás necesidades particulares do grupo.
- ◆ *A asertividade*: en todo momento o mediador comportarase de forma asertiva con cada pai en particular e co grupo en xeral. Isto supón facer valer os seus dereitos como líder do grupo, á vez que propón alternativas ante todas as situacións que lle sexan expostas.
- ◆ *As habilidades non verbais*: tan importante é o que se di como a forma en que se di (xestos, postura corporal, mirada). A intervención debe ser respectuosa cos pais/nais. Esta forma de intervención defínese como modelo de intervención colaborativo, aquel que promove o cambio e axuda a prever os problemas por medio do apoio, a potenciación e a mellora das habilidades dos pais.
- ◆ *As habilidades paraverbais* (ton de voz).
- ◆ *As habilidades verbais* (capacidade de resumir, puntualizar, enfatizar, facer preguntas abertas, retóricas, dirixidas a algún membro do grupo ou a si mesmo, preguntas cerradas de comprobación do grao de comprensión etc.).
- ◆ *Linguaxe próxima* á realidade dos pais que asisten ao programa.

### 3.1.13. Método para a implementación do programa

O programa dá comezo coa convocatoria dun “Encontro de pais-nais/profesorado/alumnado” a través dos alumnos. Este encontro serve para



destacar a relevancia que teñen os consumos de drogas e as posibilidades dos pais/nais para actuar como axentes preventivos, á vez que se presentan os obxectivos e contidos do programa.

Unha vez finalizado este encontro, realizado nunha única sesión, e en función da motivación, intereses e dispoñibilidade, ofértaselles aos pais e nais alí presentes a dobre posibilidade de desenvolver o programa de forma:

- Presencial.
- Non presencial (os pais/nais reciben no seu domicilio materiais de soporte do programa con contidos teóricos e prácticos).

## 1) Programa presencial

O método que se utilizará nos programas familiares de carácter presencial axústase aos seguintes principios:

- Levar a cabo un proceso de ensino activo.
- Levar a cabo un proceso de ensino progresivo.
- Levar a cabo un proceso de ensino de reforzo.
- Levar a cabo un proceso de ensino en grupo.
- Manter unha atención e orientación individualizada.

A forma habitual en que se desenvolve o programa presencial é en formato de módulos ou sesións presenciais que se realizarán co grupo de pais/nais que acepten participar.

Os participantes nos grupos de “pais/nais” deben asignarse segundo o criterio de idade dos fillos. Se teñen fillos de varias idades deben inscribirse no grupo de idade daquel que máis lles preocupa.

## 2) Programa non presencial

O programa non presencial impleméntase a partir da distribución nos centros escolares, a través dos alumnos, de materiais escritos e vídeos informativos expresamente realizados para traballar a pre-

venção familiar, en función do curso en que están escolarizados os seus fillos. Os materiais escritos e a cinta de vídeo van acompañados de trípticos explicativos do programa e dun cuestionario ou folla de rexistro que deben devolver cuberta todos os pais. Desta maneira contrólanse as familias ás que chega o programa, cantas delas viron o vídeo e leron os folletos, así como a valoración que realizan deles.

Déixase pasar unha fin de semana, como mínimo, para dar tempo suficiente a todos os pais de visualizar o vídeo e cubrir os rexistros de avaliación.

### 3.1.14. Necesidades especiais ou recomendacións

Para o desenvolvemento do programa na súa modalidade presencial necesítanse dúas aulas ou espazos físicos ben delimitados, situados nun lugar céntrico e accesible. Este lugar pode ser un centro sociocultural, un centro educativo (mellor se coincide co centro escolar onde van os seus fillos) etc. Nunha aula desenvolveranse as actividades propostas no programa (é importante que teña un tamaño adecuado para posibilitar o traballo grupal) e a outra aula servirá como gardería, mentres os pais/nais están traballando co mediador ou monitor responsable da actividade.

Outro material co que hai que contar é o seguinte: cadeiras, mesas, televisor, vídeo, encerado, rotuladores, bolígrafos, papel en branco, retroproector, transparencias, material impreso para distribuír entre os pais sobre o tema que se desexe traballar (serven fotocopias), e se é posible unha fotocopiadora, cintas de vídeo, papel de carta, sobres, autoinformes, material impreso sobre o curso. Para a gardería, é recomendable que teñan xoguets e material adecuado para a idade.

Coa finalidade de optimizar os resultados do programa, recoméndase:

- Ofrecer un refrixerio aos participantes durante o transcurso de cada sesión (zumes, café, té ou auga e algún refrixerio





adecuado ao horario en que se realiza a actividade). Os custos destes incentivos pódense sufragar cunha achega económica de todos os pais ou intentar orzar un fondo para a dita actividade.

- ▭ Facilitar un servizo de transporte, se os pais/nais non tivesen posibilidades de traslado ao centro onde se realiza o programa, ben porque está moi afastado da súa casa ou ben por falta de recursos económicos (pódese solicitar financiamento a empresas locais -banco, administración etc.- ou orzarse como custo do programa).
- ▭ Entregas de materiais promocionais do programa por asistir ás sesións: carteis, camisetas, bolígrafos, cuncas de café, imáns para o frigorífico (pódese solicitar o financiamento dalgunha empresa local ou orzarse como custo do programa).

Convén que os grupos sexan fixos para permitir a existencia dun clima de confianza. O número ideal de membros en cada grupo é entre oito e quince persoas. Débese insistir na continuidade da asistencia, xa que os grupos se van formando ao longo do tempo, e a continuidade é esencial para a súa consolidación.

### 3.1.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa

- Información e coñecementos sobre as drogas e os seus efectos.
- Coñecemento dos factores de risco e protección asociados ao consumo de drogas.
- Actitudes fronte ás drogas e ao seu consumo por parte dos fillos.
- Competencias educativas dos pais e nais.
- Habilidades de comunicación cos fillos.

### 3.1.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación

Os pais e nais que se inscriban no programa deben cubrir unha folla de rexistro e inscrición (o que

permite rexistrar o número e tipoloxía de participantes e obter datos de cobertura do programa).

Así mesmo, e antes do desenvolvemento da primeira sesión do programa (no caso da opción presencial) ou de recibir a documentación de apoio (na opción non presencial) todos os participantes no programa deberán cubrir un cuestionario previo que permite avaliar a súa posición inicial ou de partida en relación coas variables que pretende modificar o programa (coñecementos e actitudes fronte ás drogas, coñecementos relacionados coa prevención, competencias educativas xerais e habilidades de comunicación cos fillos).

O técnico de prevención responsable do desenvolvemento do programa levará un rexistro dos asistentes a cada un dos módulos (opción presencial), mentres que os participantes na modalidade non presencial deberán remitir un cuestionario de seguimento para verificar o nivel de lectura e revisión dos materiais enviados).

Todos os participantes no programa, en calquera das súas dúas modalidades, volverán cubrir un cuestionario onde, ademais de coñecer o seu grao de satisfacción co programa, achegarán información sobre o nivel de cambios rexistrados nas variables sobre as que incide o programa (cuestionario postintervención).

### 3.1.17. Cronograma

O programa estrutúrase ao longo do curso escolar, tendo en conta as vacacións escolares e os eventos locais e mediáticos importantes (fútbol, festas patronais, celebracións ou outros eventos).

Recoméndase que o horario se estableza contando co acordo do grupo de pais/nais que van participar no programa.



## 3.2. “En familia todos cuentan”.

### Programa de prevención selectiva



XUNTA DE GALICIA





**3.2. En familia todos cuentan.  
Programa de prevención selectiva . 18**

3.2.1. Xustificación . . . . .	18
3.2.2. Obxectivos . . . . .	18
3.2.3. Estratexia de intervención. . . . .	19
3.2.4. Contexto de aplicación . . . . .	19
3.2.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria . . . . .	19
3.2.6. Poboación destinataria . . . . .	19
3.2.7. Marco teórico . . . . .	19
3.2.8. Actividades que se desenvolven no marco do programa . . . . .	19
3.2.9. Contidos do programa . . . . .	20
3.2.10. Duración do programa . . . . .	20
3.2.11. Materiais con que conta o programa . . . . .	20
3.2.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa . . . . .	20
3.2.13. Método para a implementación do programa . . . . .	20
3.2.14. Necesidades específicas ou recomendacións para a aplicación do programa . . . . .	21
3.2.15. Variables que se modifican coa implementación do programa . . . . .	22
3.2.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . .	22
3.2.17. Cronograma . . . . .	22



## 3.2. En familia todos cuentan. Programa de prevención selectiva

### 3.2.1. Xustificación

A investigación desenvolvida ao longo das tres últimas décadas indica que moitos dos factores de risco con maior impacto no desenvolvemento de problemas relacionados coas drogas se localizan no ámbito familiar (NIDA, 1997, NIDA, 2000). Estes condicionantes constitúen un reto para o normal desenvolvemento psicolóxico e social das persoas xa que teñen un grande impacto nas etapas temperás da infancia e da adolescencia.

Entre os factores familiares que contribúen a desenvolver unha maior vulnerabilidade fronte ás drogas destacan: a existencia dun ambiente familiar desestruturado, o consumo de drogas por parte do pai ou da nai, ou dos dous membros da parella, a incidencia de enfermidades mentais nos pais, e a carencia de pautas de xestión familiar adecuadas (KUMPFER, KL. e TURNER, CW. 1991, TURNER, CW. 2000).

Os programas de prevención selectiva desenvolvidos no ámbito familiar contribúen a promover o desenvolvemento de factores de protección entre as familias que se encontran en situación de risco respecto ás drogas. Por iso se centran en proporcionar aos pais ou titores estratexias que contribúan a mellorar a comunicación familiar, as pautas de xestión e disciplina e o establecemento de normas consistentes no seo do núcleo familiar (LOCHMAN, JE. 2000, KUMPFER, KL. e ALDER, S. 2003). Precisamente, o programa “En familia, todos cuentan”, enmárcase neste grupo de iniciativas encamiñadas ao fortalecemento das capacidades familiares e á diminución dos factores de vulnerabilidade que constitúen unha seria ameaza para o desenvolvemento saudable das vidas de cada membro que integra a familia.

### 3.3.2. Obxectivos

A finalidade do programa é a de reducir os factores de risco e incrementar os factores de protección presentes en familias que se encontran en situación de vulnerabilidade con relación ás drogas.

Entre os *obxectivos xerais* do programa inclúense:

- Mellorar as habilidades educativas, de xestión e de comunicación de pais ou titores de familias que se encontran en situación de vulnerabilidade fronte ás drogas.
- Incrementar os recursos familiares para minimizar as situacións problemáticas.
- Proporcionar aos pais ferramentas para identificar de forma precisa os factores de risco a que se encontra exposta a familia e intentar minimizalos mediante o desenvolvemento de habilidades que os capaciten para reconducir os problemas que teñen formulados.

Como *obxectivos específicos* inclúense:

- Mellorar as habilidades para o desenvolvemento de pautas consistentes de xestión familiar.
- Mellorar as actitudes preventivas.
- Mellorar as condutas relacionadas coas drogas.

Como *obxectivos operacionais* inclúense:

- Mellorar a supervisión paterna sobre as actividades dos fillos.
- Mellorar as relacións familiares e a comunicación familiar.
- Incrementar as habilidades educativas dos pais, aumentando a empatía cos fillos.
- Aumentar a confianza e a competencia dos pais na tarefa de educar os seus fi-



fillos, aprendendo a utilizar outros métodos educativos como a atención positiva e os eloxios.

- Reducir a utilización de métodos coercitivos e punitivos na educación dos fillos, aumentando a capacidade de negociación e a habilidade para a resolución de conflitos.
- Identificar e concretar os valores e actitudes que os pais desexan fomentar nos fillos.

### 3.2.3. Estratexia de intervención

Desenvolvemento de competencias (adestramento en habilidades educativas).

### 3.2.4. Contexto de aplicación

Familiar.

### 3.2.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Selectivo.

### 3.2.6. Poboación destinataria

A poboación destinataria do programa son os pais ou titores de familias que se encontran en situación de risco en relación coas drogas.

Enténdese por situación de risco a existencia de comportamentos potencialmente asociados ao desenvolvemento de problemas coas drogas que estean empezando a realizar os fillos destas familias e que dificultan a maduración e a incorporación social como adulto do hoxe adolescente. Entre estes comportamentos de risco considéranse: 1) o fracaso escolar, 2) o absentismo escolar, 3) as ausencias do domicilio, 4) a existencia de relacións familiares conflitivas, 5) os pequenos roubos ou outros indicios de conduta antisocial por parte dos adolescentes, 6) o inicio ao consumo de drogas ou 7) o abuso do alcohol.

Estas familias afrontan dificultades importantes en educar os seus fillos, que normalmente son detectadas polos equipos de orientación do cen-

tro educativo onde estudan os seus fillos ou ben polos profesionais dos servizos sociais de base onde acoden a pedir axuda. En síntese trátase de familias que se encontran nunha ou varias das seguintes situacións:

- ◆ Son usuarias dos servizos sociais.
- ◆ Presentan dificultades de inserción laboral.
- ◆ Son beneficiarias do RISGA (renda de inserción social de Galicia).
- ◆ Son familias monoparentais.
- ◆ Presentan un problema de adicción nun ou nos dous membros da parella.
- ◆ Presentan problemas de desestruturación.
- ◆ Sofren outros desaxustes.

### 3.2.7. Marco teórico

- Modelo sistémico.
- Modelo de desenvolvemento social de Catalano, Hawkins e colaboradores.
- Modelo de socialización primaria de Oetting e colaboradores.
- Teoría da conduta problema de Jessor e Jessor.

### 3.2.8. Actividades que se desenvolven no marco do programa

O programa “En familia todos contan” lévase a cabo en forma de taller, a través de sesións grupais cos pais/nais cos que se intervén, en que se utilizan dinámicas grupais que tratan de fomentar ao máximo a participación de ambos os membros da parella.

Realízanse un total de cinco sesións, de hora e media de duración, con cada grupo de pais/nais participantes.

Os grupos non deben superar o número de 15 participantes. O criterio utilizado para a agrupación das familias que realizan o taller é, preferentemente, a coincidencia na idade dos fillos dos participantes ou, cando este criterio non se puidese utilizar, o da similitude das situacións conflitivas polas que foron seleccionadas.



3

### 3.2.9. Contidos do programa

O programa, articulado a través de talleres con familias en risco, desenvólvese en cinco sesións nas cales se exploran os seguintes aspectos:

- Avaliación do sistema familiar (condutas-problema, interaccións e procesos de comunicación pais-fillos).
- Motivación para o cambio.
- Estilo de supervisión.
- O noso fillo/a aprende a comportarse.
- Como actuamos os pais.
- O noso proxecto educativo.

Os contidos de cada sesión do taller son os seguintes:

- ◆ 1ª SESIÓN: Presentación do programa. 2ª SESIÓN: Estilo de supervisión.
- ◆ 3ª SESIÓN: O noso fillo aprende a comportarse.
- ◆ 4ª SESIÓN: Como actuamos os pais
- ◆ 5ª SESIÓN: O noso proxecto educativo

En caso de que se queiran ampliar os contidos, deberíanse tratar temas como:

- ◆ O diálogo na familia.
- ◆ Fomentar o autocontrol nos nosos fillos.
- ◆ Como colaborar no proceso escolar dos nenos.
- ◆ Como facer que os nosos fillos sexan máis responsables.
- ◆ Resumo e cerre do programa.

Tamén cabería a posibilidade de adaptar as sesións ás características dos pais e ás demandas formuladas por parte dos profesionais que interveñen con estas familias ou cos seus fillos.

### 3.2.10. Duración do programa

A duración inicial do programa oscila entre dous e tres meses. Non obstante, esta adáptase ás necesi-

dades e dispoñibilidade das persoas e das familias que participan nel.

### 3.2.11. Materiais con que conta o programa

- Folleto explicativo cos obxectivos e contidos do programa.
- Guías informativas para pais: a) os pais fronte ao consumo abusivo de alcohol dos fillos, b) os pais/nais e o cannabis, c) os pais/nais fronte á cocaína e d) os pais/nais e as drogas de síntese.
- Outros materiais xerais destinados a pais e nais

### 3.2.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

É recomendable que para o desenvolvemento de cada taller se traballe con dous monitores que deben ter as características seguintes:

- Deberán ser profesionais que traballen habitualmente con pais e/ou que pasasen por unha formación específica, que inclúa coñecementos básicos en áreas de psicología clínica, educación, psiquiatría, medicina, enfermería, traballo social ou counselling.
- É recomendable que teñan coñecementos sobre o desenvolvemento evolutivo e psicopatolóxico infantil, así como experiencia en traballos de grupo, na aplicación dos principios de aprendizaxe social e no tratamento de problemas de conduta infantil.
- Ter recibido formación específica e estruturada para impartir o programa.

Adicionalmente, para poder desenvolver o programa, requírese a dispoñibilidade de polo menos dous axentes auxiliares que teñen como función estar coidando os nenos das familias que están formándose.

### 3.2.13. Método para a implementación do programa

Frecuentemente o tipo de poboación a que se dirixe o programa ten dificultades para responder á





3

oferta de servizos incluídos no marco dos programas de prevención familiar de carácter universal, debido a situacións moi diversas (dificultades para que lles chegue a información, desmotivación, dificultades horarias ou de desprazamento etc.). Por este motivo, un programa selectivo de prevención familiar como é “En familia todos contan” debe facer un esforzo especial para promover a participación activa destes pais.

Entre as estratexias que incrementan a probabilidade de participación destas familias no programa, destacan as seguintes:

- a) As estratexias de aproximación activa e motivadora para perfís de familias que non responden ás convocatorias de actividades para pais e nais habitualmente realizadas nos programas de prevención universal. As chamadas telefónicas, os contactos previos á posta en marcha do programa, o envío de notas escritas e incluso visitas a domicilio, parecen ser útiles para os pais inicialmente pouco implicados ou desmotivados.
- b) Pódese reforzar a promoción do programa a través de diversas actuacións intensivas, como por exemplo:
  - ◆ A emisión de anuncios nos medios de comunicación locais.
  - ◆ Contar cos profesores dos centros educativos onde cursan estudos os seus fillos como motivadores dos pais.
  - ◆ Chegar aos pais por medio dos fillos, enviando unha carta aos pais que deben devolver os fillos unha vez asinada, na que acepten que un membro da parella estea nas sesións que se van impartir.
- c) Débese facilitar ao máximo a posibilidade de participación destes pais, en todo o relacionado con aspectos loxísticos e de horarios (evitando que o taller non coincida con horarios laborais etc.). Tamén é necesario que o lugar onde se realice o programa dispoña dun espa-

zo independente da aula de adultos, para poder albergar e ofrecer actividades lúdicas aos fillos pequenos das familias participantes, mentres os pais asisten ao programa.

- d) Débense desenvolver estratexias de motivación intensa para familias con especiais problemas de participación, tales como:
  - ◆ O uso de incentivos económicos, en forma de vales ou diñeiro, que pode funcionar para aqueles pais que se manteñen fóra das actividades máis normalizadas.
  - ◆ A invitación a unha merenda ou refrixerio aos pais e fillos.
- e) No desenvolvemento das sesións resulta útil utilizar métodos distintos das charlas habituais en cursos para pais. Recoméndase que o programa se desenvolva de forma atractiva e participativa, e integre métodos audiovisuais (películas, vídeos, CD ROM etc.) e técnicas como “Sixty-sixty”, exposicións breves de contidos de aprendizaxe, tarefas para a casa, estudos de casos, modelados, clarificación de valores etc.

### 3.2.14. Necesidades específicas ou recomendacións para a aplicación do programa

#### *Recursos materiais necesarios*

Precísase un mínimo de dúas aulas equipadas de cadeiras e mesas suficientes, situadas en lugares con bo acceso e céntricas. Pódense utilizar centros sociais, colexios, salas de asociacións etc.

Nunha das aulas impártese o taller e debe dispoñer de suficiente espazo para permitir traballar en pequenos grupos, mentres que na outra se realizan as actividades lúdicas cos nenos pequenos dos pais asistentes ao taller.

Outros materiais que deben estar dispoñibles son: encerado, xices, rotuladores, folios, bolígrafos, retroproyector ou canón de luz e ordenador, transparencias ou presentación en Power Point, material

fotocopiado para entregarlles aos pais/nais e follas de tarefas da casa.

### 3.2.15. Variables que se modifican coa implementación do programa

O programa pretende mellorar as habilidades educativas e de xestión familiar dos pais ou titores participantes nel, mediante a mellora das seguintes variables:

- Coñecemento dos factores (de risco e protección) condicionantes da prevención familiar,
- Habilidades para a comunicación cos fillos.
- Supervisión parental.
- Establecemento de normas e responsabilidades entre os membros da familia.
- Capacidade de negociación e para a resolución de conflitos.

### 3.2.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación

#### a) Avaliación do proceso

Realízase de acordo cos seguintes indicadores:

- Asistencia.
- Escala de satisfacción do taller.
- Avaliación dos monitores do curso.

Para iso utilízanse os seguintes instrumentos:

- “Folla de rexistro de asistencia/participación nos talleres”.
- “Cuestionario de satisfacción co taller”.

#### b) Avaliación de resultados

A avaliación de resultados inclúe a realización dun cuestionario inicial co que se pretende coñecer cales son as habilidades educativas dos pais no momento de incorporarse ao programa. Este mesmo cuestionario volverase aplicar ao finalizar o taller (ao final da última sesión), para comprobar as modificacións producidas nas seguintes variables: coñecementos relevantes en prevención, implica-

ción en tarefas de supervisión e apoio aos fillos, xestión familiar (establecemento de normas e responsabilidades entre os compoñentes da familia), habilidades de comunicación e capacidade de negociación e para a resolución de conflitos.

### 3.2.17. Cronograma

Antes de establecer o calendario definitivo das actividades é preciso ter en conta o calendario escolar, debendo realizarse os talleres en horarios convidados coas familias.

O segundo trimestre escolar adoita ser un bo momento para a realización dos talleres, pois xa se terán podido detectar estas familias en situación de risco, ben por parte dos axentes educativos ou polos traballadores sociais dos servizos sociais básicos, que son os dous colectivos profesionais mellor situados para motivalos e convidalos a participar no programa.

### 3.3. “Entre todos”.

Programa de prevención indicada



XUNTA DE GALICIA





**3.3. Entre todos. Programa de prevención indicada. . . . . 26**

- 3.3.1. Xustificación . . . . . 26
- 3.3.2. Obxectivos . . . . . 26
- 3.3.3. Estratexia de intervención 26
- 3.3.4. Contexto de aplicación . . . 26
- 3.3.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria 26
- 3.3.6. Poboación destinataria . . . 26
- 3.3.7. Marco teórico . . . . . 26
- 3.3.8. Actividades que se desenvolven no marco do programa 27
- 3.3.9. Contidos do programa. . . . 27
- 3.3.10. Duración do programa. . . 27
- 3.3.11. Materiais con que conta o programa. . . . . 27
- 3.3.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa . . . . . 27
- 3.3.13. Método para a implementación do programa . . . . 27
- 3.3.14. Variables que se modifican coa implementación do programa 28
- 3.3.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . 28
- 3.3.16. Cronograma . . . . . 28



### 3.3. Entre todos. Programa de prevención indicada.

#### 3.3.1. Xustificación

Os adolescentes en risco supoñen un sector da poboación que, polas súas circunstancias vitais (fracaso escolar, problemas de conduta, inicio ao consumo frecuente de drogas, dificultades familiares etc.), precisan dunha especial atención desde as institucións e recursos sociais.

Respecto ao consumo de substancias nos adolescentes, os consumos de carácter recreativo estanse configurando como un elemento articulador dos estilos de vida de moita xente nova, e o que é peor, de moitos adolescentes, nos cales esta forma de consumo se está a converter nun elemento central nas súas formas de ocupación do tempo libre.

Hai que destacar que os consumos recreativos están banalizados na nosa sociedade, en que consumir é un valor en alza.

O traballo de prevención indicada das drogodependencias, busca a implicación das familias dos adolescentes en situación de risco e a creación de circunstancias e oportunidades que faciliten un proceso de cambio. Un traballo que se basea no desenvolvemento de factores de protección e na redución dos factores de risco asociados ao uso ou abuso de drogas.

En especial busca identificar os factores de risco e protección arredor dos cales estruturar a intervención. Para isto sérvese dunha estratexia global, baseada na coordinación e colaboración dos axentes sociais e das institucións implicados.

#### 3.3.2. Obxectivos

##### a) Obxectivo xeral

Desenvolver mecanismos para evitar que os menores que presentan un consumo ocasional de drogas deriven cara a un problema de adicción, mediante a creación do grao necesario de motivación que

predispoña a familia e o adolescente ao cambio e a unha reconsideración dos problemas e das súas causas.

##### b) Obxectivos específicos

- ▭ Facilitar que o menor desenvolva a súa autonomía persoal (autocontrol das reaccións emocionais e coñecemento persoal).
- ▭ Conseguir a mellora das relacións co ámbito familiar e o grupo de iguais.
- ▭ Reducir o número de condutas disruptivas no fogar.
- ▭ Acompañar ao menor a través dos estadios de cambio e aumentar a conciencia da súa problemática respecto aos consumos de drogas.
- ▭ Adquirir estilos educativos adecuados e eficaces que permitan unha adecuada resolución das situacións problemáticas ou conflitivas.
- ▭ Mellorar as habilidades de comunicación que permitan reducir as dificultades de comunicación e de relación existentes na familia.

#### 3.3.3. Estratexia de intervención

Desenvolvemento de competencias.

#### 3.3.4. Contexto de aplicación

Familiar.

#### 3.3.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Indicado.

#### 3.3.6. Poboación destinataria

Familias con fillos adolescentes que manteñen consumos de distintas drogas.

#### 3.3.7. Marco teórico

- ▭ Modelos baseados na familia e no enfoque sistémico.



- ▭ Modelo de estilos de vida e factores de risco que o condicionan (CALAFAT, A, et al., 1985, CALAFAT, A. et al., 1986, CALAFAT, A. et al., 1992).

### 3.3.8. Actividades que se desenvolven no marco do programa

- ▭ Exercicios de modelado.
- ▭ Ensaio de condutas.
- ▭ Práctica de habilidades.
- ▭ Intervencións no domicilio familiar en situacións de crise.
- ▭ Intervencións educativas de apoio no domicilio familiar.

### 3.3.9. Contidos do programa

- ▭ Traballo educativo cos adolescentes, coa familia e conxunto con ambos.
- ▭ Adestramento en habilidades de xestión familiar.

### 3.3.10. Duración do programa

Cinco sesións de 90 minutos cada unha, que se desenvolverá durante tres meses.

### 3.3.11. Materiais con que conta o programa

- ▭ Folleto explicativo cos obxectivos e contidos do programa.
- ▭ Vídeos.
- ▭ Outros materiais xerais destinados a pais/nais (guías informativas).

### 3.3.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O persoal responsable do programa debe dispoñer de formación en terapia sistémica.

### 3.3.13. Método para a implementación do programa

O traballo desenvólvese nun formato de entrevista de terapia familiar, que ten a súa base teórica no paradigma sistémico.

Nas sesións de terapia familiar participan todas aquelas persoas que teñen algunha implicación na

situación de demanda. É fundamental o papel da familia no proceso de cambio, polo que o programa trata de establecer e manter un cambio non só no adolescente, senón na familia e no seu contexto, para axudalos a normalizar a situación de crise pola que están pasando.

As sesións terapéuticas realízanse cada 15 días, ou semanalmente se a situación é moi crítica, e a medida que se avanza na intervención poden ir espazándose a unha frecuencia mensual ou bimensual.

Habitualmente este traballo terapéutico ten unha duración media de seis sesións, en que se realiza:

- a) Traballo cos adolescentes. Analizando a súa situación, as súas inquietudes e centrándose nos seus comportamentos e nas consecuencias que estes teñen no presente. Ademais das entrevistas, os adolescentes responden a unha batería de cuestionarios que permiten facer unha avaliación de diferentes aspectos relacionados con eles e coa súa familia.
- b) Traballo coas familias. Fomentando o apoio aos fillos e modificando aquelas estruturas e prácticas da convivencia que dificultan o acercamento a solucións satisfactorias para todos. Inclúe ademais das sesións de terapia, intervencións no domicilio familiar xa sexa en situacións de crise ou para apoiar a adquisición de habilidades.
- c) Traballo conxunto con adolescentes e pais/nais. É un tempo de encontro e escoita.

É fundamental á hora de deseñar a intervención ter en conta a familia, establecendo conxuntamente con ela os obxectivos concretos que se pretenden alcanzar. Estes obxectivos deben ser alcanzables, xa que a súa consecución facilitará a percepción por parte da familia de que se producen cambios positivos e de superación de dificultades.

### 3.3.14. Variables que se modifican coa implementación do programa

O programa pretende mellorar as habilidades educativas e de xestión familiar dos pais ou titores participantes nel, mediante a mellora das seguintes variables:

- Coñecemento dos factores (de risco e protección) condicionantes da prevención familiar.
- Habilidades para a comunicación cos fillos.
- Supervisión parental.
- Establecemento de normas e responsabilidades entre os membros da familia.
- Capacidade de negociación e para a resolución de conflitos.

### 3.3.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación

#### a) Avaliación do proceso

O programa establece o rexistro dos participantes nas sesións de:

- Modelado.
- Ensaio de condutas.
- Adestramento en habilidades.

Así mesmo, rexístranse as intervencións adecuativas de apoio realizadas no domicilio familiar e o número de intervencións en crise.

#### b) Avaliación de resultados

A avaliación de resultados inclúe a realización dun cuestionario inicial co que se pretende coñecer o nivel de coñecemento e as condutas que, en relación coas drogas manteñen os adolescentes beneficiarios do programa.

Ao concluír a intervención aplícase un novo cuestionario de valoración do grao de cumprimento dos obxectivos establecidos no proceso de traballo

coa familia e o adolescente, que trata de medir os cambios introducidos coa intervención.

Así mesmo, aplícanse os seguintes cuestionarios:

- Cuestionario de valoración das persoas participantes no programa.
- Cuestionario de valoración dos técnicos responsables da implementación do programa.

### 3.3.16. Cronograma

Trátase dunha actividade continuada de carácter aberto, a que se poden incorporar en calquera momento as familias derivadas desde os servizos sociais, os departamentos de orientación escolar, os servizos de saúde mental infantoxuvenil etc.









# Programas de prevención dirixidos á mocidade



XUNTA DE GALICIA



## 4. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DIRIXIDOS Á MOCIDADE

Aínda que a carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias se estrutura en función dos diferentes ámbitos ou espazos sectoriais desde os cales se promoven as intervencións preventivas (ámbito comunitario, escolar e familiar), neste punto preséntanse excepcionalmente tres programas agrupados segundo un criterio como é o da idade dos grupos destinatarios: os novos. Esta decisión correspóndese coa importancia que o consumo de drogas alcanza entre os sectores máis novos da poboación e, consecuentemente, no carácter prioritario que o Plan de Galicia sobre Drogas concede ás intervencións dirixidas a este colectivo.



## 4.1. “Activa”. Programa de prevención universal para a mocidade



XUNTA DE GALICIA







**4.1. Activa. Programa de prevención universal para a mocidade . . . . . 8**

4.1.1. Xustificación . . . . . 8

4.1.2. Obxectivos do programa . . . . 9

4.1.3. Estratexia de intervención. . . 9

4.1.4. Contexto de aplicación . . . . 9

4.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria . 9

4.1.6. Poboación destinataria . . . . 9

4.1.7. Marco teórico . . . . . 9

4.1.8. Actividades do programa. . . . 9

4.1.9. Contidos do programa. . . . 10

4.1.10. Duración do programa . . . 10

4.1.11. Materiais con que conta o programa. . . . . 10

4.1.12. Método . . . . . 10

4.1.13. Características das persoas responsables da aplicación do programa . . . . . 12

4.1.14. Necesidades especiais para a aplicación do programa . . . 12

4.1.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa . . . . 12

4.1.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . 12

4.1.17. Cronograma. . . . . 13

## 4.1. Activa. Programa de prevención universal para a mocidade

### 4.1.1. Xustificación

Os problemas relacionados co uso de drogas -legais e ilegais- por parte dos sectores máis novos da nosa sociedade constitúen un dos problemas de saúde pública con maior impacto nos países desenvolvidos.

A sensibilidade ante este fenómeno e os esforzos realizados no ámbito preventivo polo conxunto de administracións e institucións públicas e privadas que colaboran no desenvolvemento do Plan de Galicia sobre Drogas, parecen ter dado os seus froitos. Tal e como se reflicte no Informe xeral 2006 do Observatorio de Galicia sobre Drogas (OGD, 2007), a maior parte de indicadores relevantes relacionados co uso de drogas melloraron no período comprendido entre 1988 e 2004. Entre estes indicadores relevantes, cabe sinalar:

- a) O significativo atraso observado na idade de inicio ao consumo da maioría de substancias (alcohol, inhalables, cannabis, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína, heroína e alucinógenos), mentres diminuíu para as anfetaminas e as drogas de síntese.
- b) A redución das prevalencias de uso de practicamente todas as drogas entre a poboación xeral, especialmente relevantes para o consumo abusivo de alcohol, o consumo diario de tabaco. Os descensos foron máis moderados, tomando como referencia o indicador consumo nos últimos seis meses, no caso das anfetaminas, a heroína, os alucinógenos, as drogas de síntese, a cocaína e o cannabis.
- c) Existe unha importante percepción do risco asociado co consumo da maioría das drogas, aínda que esta é sensiblemente máis reducida no caso do alcohol, o cannabis e os tranquilizantes e somníferos.

Pero a pesar da relativa melloría que se vén observando nos hábitos de consumo de drogas e as actitudes fronte a elas entre a poboación galega, seguen rexistrándose elevados niveis de uso de determinadas substancias entre a mocidade, ademais dalgúns patróns de consumo problemáticos e unha baixa percepción dos riscos asociados ao consumo de certas drogas.

Os datos que se ofrecen a seguir, referidos ao grupo de idade de 19 a 24 anos, confirman que, a pesar dos progresos conseguidos nos últimos anos, é necesario seguir reforzando as actuacións preventivas destinadas aos colectivos xuvenís (EDIS, 2007):

- A presenza dun 48,1% de fumadores diarios.
- A presenza dun 10,1% de bebedores abusivos.
- A presenza dun 18,0% de xente nova que consumiu cannabis nos últimos seis meses.
- A presenza dun 4,6% de xente nova que consumiu cocaína nos últimos seis meses.
- A presenza dun 2,8% de xente nova que consumiu drogas de síntese nos últimos seis meses.
- A presenza dun 0,8% de xente nova que consumiu heroína nos últimos seis meses.

Neste sentido, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 incorpora dentro do ámbito da prevención diferentes obxectivos que inciden de forma específica na poboación adolescente e nova de Galicia, entre os que cabe mencionar:

- ◆ Obxectivo nº 1. Reducir o consumo experimental das distintas drogas entre os adolescentes de 12 a 18 anos.
- ◆ Obxectivo nº 2. Retardar a idade media de inicio ao consumo das distintas drogas dos adolescentes e mozos de 12 a 24 anos.
- ◆ Obxectivo nº 4. Reducir o número de bebedores abusivos entre a poboación xeral e os adolescentes e mozos.



- ◆ Obxectivo N° 6. Mellorar a calidade da información dos adolescentes e mozos sobre as drogas e os seus efectos.
- ◆ Obxectivo N° 7. Modificar as actitudes dos adolescentes e mozos fronte ás drogas.
- ◆ Obxectivo N° 9. Reducir a dispoñibilidade do tabaco, así como o consumo indebido e abusivo de bebidas alcohólicas no contorno social, dentro do cal se recolle como obxectivo operativo: reforzar as actividades de inspección para velar polo cumprimento da normativa que impide a venda de alcohol e tabaco a menores.

#### 4.1.2. Obxectivos do programa

A finalidade última deste programa é promover a adopción de estilos saudables de vida e de ocupación do tempo libre entre os adolescentes e mozos galegos, así como reducir a incidencia de diversos problemas sociosanitarios relacionados co uso e/ou abuso de drogas por parte destes grupos de poboación.

Entre os obxectivos xerais do programa inclúense os seguintes:

- Reducir a intención de consumo de drogas no futuro.
- Incrementar a percepción do risco asociado ao consumo de drogas, en especial no caso do tabaco, o alcohol e o cannabis.
- Reducir a tolerancia/permisividade da xente nova respecto ao consumo de drogas no seu medio social próximo.
- Incrementar o rexeitamento dos novos fronte ao consumo de drogas.

Entre os obxectivos operacionais do programa inclúense os seguintes:

- Mellorar a información sobre drogas entre a poboación xuvenil, favorecendo a toma de conciencia da problemática que xera o seu uso e/ou abuso.

- Incrementar a información sobre os riscos asociados ao uso de drogas.
- Incrementar as habilidades básicas para anticiparse aos problemas que poidan xurdir polo uso/abuso de drogas.
- Incrementar as habilidades de resistencia.
- Favorecer a implicación e participación da poboación xuvenil en actividades de ocio saudables.

#### 4.1.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia e desenvolvemento de competencias.

#### 4.1.4. Contexto de aplicación

Asociacións xuvenís, clubs deportivos e espazos de ocio xuvenil.

#### 4.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Universal.

#### 4.1.6. Poboación destinataria

- Poboación final: mozos e mozas de idades comprendidas entre os 12 e os 29 anos.
- Poboación mediadora: para chegar á poboación final, o programa “Activa” desenvólvese a través da participación indispensable de axentes mediadores.

Estes mediadores xuvenís serán mozos maiores de idade que deberán asumir o liderado da maior parte das actividades, especialmente daquelas que requiran un alto grao de compromiso e responsabilidade.

#### 4.1.7. Marco teórico

Modelo proposto por Calafat e colaboradores (CALAFAT, A, et al., 1985, CALAFAT, A. et al., 1986, CALAFAT, A. et al., 1992),

#### 4.1.8. Actividades do programa

A planificación, organización e implementación do programa conta cun importante nivel de descentralización, de maneira que a decisión última

das actuacións que se desenvolverán nun municipio concreto (a concreción das actividades finais) serán decididas e perfiladas polos mediadores xuvenís sobre os que descansa o programa.

Non obstante, existen unhas actividades comúns consistentes en:

- a) Captación de mediadores xuvenís.
- b) Formación de mediadores xuvenís en materia de prevención.
- c) Creación dun grupo de coordinación do programa no municipio.
- d) Deseño por parte dos integrantes do grupo de coordinación das actividades saudables que desenvolverán os mediadores con adolescentes e mozos.
- e) Difusión das actividades informativas, de sensibilización e de ocio programadas.

#### 4.1.9. Contidos do programa

- Formación de mediadores xuvenís.
- Difusión de mensaxes preventivas entre iguais.
- Información e promoción de actividades de ocio saudables.

#### 4.1.10. Duración do programa

A duración estimada do programa é dun ano.

#### 4.1.11. Materiais con que conta o programa

- a) Materiais deseñados especificamente para o programa.

Os soportes e materiais que se utilizarán para a difusión das informacións e das actividades programadas en cada municipio serán deseñadas, en cada caso, polos propios mediadores xuvenís. Estes soportes poderán ser desde boletíns ou revistas en soporte escrito a programas en radios e televisións locais.

- b) Materiais xerais de información/sensibilización para a mocidade

De forma complementaria aos materiais que o grupo coordinador do programa decida deseñar para apoiar as súas actividades, poderán utilizarse diversos materiais e guías informativas para mozos editados pola Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde (Mocidade e alcohol: unha mala compañía, Mocidade e cannabis: ¿Sábelo todo?, Mocidade e drogas de síntese, Mocidade e cocaína: guía para non terminar raiados etc.).

#### 4.1.12. Método

Atendendo ás características da poboación destinataria do programa, este artículase sobre a base dos seguintes referentes metodolóxicos:

- ♦ A información transmitida a través do programa debe centrarse nos riscos asociados ao uso das drogas legais e ao cannabis. Para os grupos de idade de 16 ou máis anos tamén incluírá información preventiva sobre a cocaína e as drogas de síntese.
- ♦ Tendo en conta que os programas preventivos dirixidos á mocidade se diferencian dos programas de ámbito escolar en que non se realizan no marco formal que supón a escola, débese definir claramente o lugar onde se vai realizar o programa, como se levará a cabo e cando.
- ♦ Resulta imprescindible a intervención de mediadores, que serán mozas e mozos previamente formados en prevención de drogodependencias.

A implementación do programa axústase ao seguinte proceso:

- 1º. Captación e selección de mediadores xuvenís que asumirán o desenvolvemento do programa Activa no seu municipio.

Esta selección realizarase por parte dos profesionais dos equipos de prevención do PGD entre institutos, oficinas de información xuvenil, asociacións xuvenís, e clubs deportivos etc. mediante a oferta/proposta a mozos

que se axusten ao perfil xeral de “mediador xuvenil” para liderar o programa Activa no seu municipio.

Unha vez realizada a captación e selección, manterase unha reunión cos futuros mediadores xuvenís, para expoñer as liñas xerais do programa, o papel que se pretende que eles desempeñen, valorar a posibilidade de incorporar suxestións que presenten e aclarar calquera dúbida que poida xurdir.

2º. Formación dos mediadores seleccionados no campo da prevención das drogodependencias entre adolescentes e mozos.

Os temas que se abordarán nestas sesións de formación serán:

- Conceptos básicos en prevención de drogodependencias e bases da prevención dirixida á mocidade.
- Análise dos factores de risco e protección asociados ao consumo de drogas entre os novos.
- Definición do rol de mediador xuvenil. Funcións xerais, habilidades e exixencias.
- Establecemento e clarificación dos obxectivos que se queren alcanzar co programa Activa e do papel que desempeñarán os mediadores no seu contexto.
- O alcohol: patróns de consumo, efectos no organismo e impacto na saúde e o benestar, efectos do alcohol na conducción, publicidade do alcohol, lexislación, mitos e crenzas etc.
- O tabaco: impacto inmediato, a medio e longo prazo, factores que condicionan o seu consumo.
- O haxix, mitos e realidades.
- Os psicoestimulantes (cocaína e drogas de síntese): patróns de consumo, efectos asociados, condutas de risco etc.
- Patróns dominantes de ocupación do tempo libre entre os novos e alternativas de ocio.

- Técnicas de dinamización e traballo grupal.

Estes módulos poderán ser ampliados ou modificados atendendo ás características dos mediadores ou do medio social no cal está previsto que actúen. A formación terá, en todo caso, unha duración mínima de 20 horas teórico-prácticas. A formación será impartida polos equipos de prevención e outros profesionais do Plan de Galicia sobre Drogas.

Cómpre ter presente que a formación de mediadores debe ser dinámica, é dicir, ademais de facilitar información e materiais, usarase o adestramento en dinámicas de grupo, dinámicas individuais e ensaio das actividades que despois terán que realizar cos mozos.

1º. Creación dun grupo de coordinación do programa no municipio.

Este grupo, que estará coordinado polos técnicos dos equipos de prevención, contará coa participación activa dos mediadores xuvenís que completasen o proceso formativo.

2º. Deseño polos integrantes do grupo de coordinación das actividades que desenvolverán os mediadores.

Trátase de deseñar e establecer o cronograma das actividades que, nese municipio concreto, os mediadores xuvenís van poñer en marcha con adolescentes e mozos que permitirá o logro dos obxectivos do programa (mellorar a súa información sobre as drogas e os efectos asociados, incrementar o risco asociado ao seu consumo e promover a realización de actividades de ocio saudables).

3º. Difusión das actividades informativas, de sensibilización e de ocio programadas.

Os mediadores deberán seleccionar os contidos das actividades informativas que desexen desenvolver cos novos e elixir os soportes que estimen adecuados para iso. Así mesmo, deberán organizar ou difundir actividades de ocio saudables que lles permitan a interacción cos destinatarios finais do programa.

#### 4.1.13. Características das persoas responsables da aplicación do programa

Os mediadores poden ser os membros dunha asociación xuvenil xa existente ou mozos captados a través das oficinas municipais de información xuvenil, de institutos ou centros de ensino ou mozos que respondan a unha convocatoria aberta de colaboración como voluntarios, existindo como único requisito que sexan maiores de idade (18 a 29 anos).

O mediador, para actuar eficazmente, non ten por que se converter nun experto en drogas, abonda simplemente que coñeza os factores que incentivan o consumo de drogas entre os novos e as estratexias que se poden implementar para a súa prevención. É recomendable que os mediadores teñan un adecuado repertorio de habilidades persoais e sociais que lles permitan establecer contacto con diferentes grupos e colectivos xuvenís.

#### 4.1.14. Necesidades especiais para a aplicación do programa

Ademais dos recursos humanos xa descritos (técnicos de prevención do PGD e mediadores xuvenís) para implementar o programa será necesario contar cos seguintes recursos e infraestruturas.

##### a) Recursos materiais:

- ↪ Aula con material para realizar a formación de mediadores.
- ↪ Materiais para a difusión do programa: dípticos, carteis, cartas, adhesivos, marcalibros etc.
- ↪ Material informático.
- ↪ Revista de publicación fixa.
- ↪ Material funxible.
- ↪ Material deportivo.

##### b) Infraestruturas:

A implementación do programa estará condicionada polos recursos existentes na comunidade, o

que pode obrigar a axustar algúns dos seus obxectivos e actividades.

É imprescindible, antes de iniciar o desenvolvemento do programa nunha localidade concreta, explorar a posibilidade de poder utilizar as seguintes infraestruturas:

- ↪ Instalacións deportivas (pavillón municipal, campo de fútbol, instalacións deportivas dos centros escolares, piscina, porto deportivo etc.).
- ↪ Emisoras de radio e/ou televisións locais.
- ↪ Oficina municipal de información xuvenil.
- ↪ Biblioteca municipal.
- ↪ Cine ou auditorio municipal.
- ↪ Páxina web do concello etc.

#### 4.1.15. Variables que se modifican coa aplicación do programa

- ↪ Coñecementos sobre as drogas.
- ↪ Información sobre os riscos asociados ao consumo de drogas.
- ↪ Actitudes fronte ás drogas.
- ↪ Percepción do risco.
- ↪ Expectativas ou intencións de consumo futuras.
- ↪ Condutas de consumo de drogas.
- ↪ Coñecementos sobre aspectos relevantes da prevención das drogodependencias.

#### 4.1.16. Mecanismos e instrumentos de avaliación

##### 1) Avaliación de proceso

A avaliación de proceso inclúe o rexistro dos seguintes indicadores:

- ↪ Número de mediadores captados para o programa.





- Mediadores xuvenís que foron formados.
- Número de actividades realizadas (informativas, de ocio etc.).
- Número de profesionais implicados nas diferentes actividades.
- Número de mozos participantes.
- Material editado.
- Material distribuído.
- Número de reunións celebradas polo grupo coordinador do programa.

Así mesmo, realizarase unha avaliación cualitativa, extraída de enquisas, relativa ao:

- Grao de satisfacción coas actividades (para mozos e mediadores)
- Grao de aprendizaxe percibida (para mediadores) (test-retest)
- Valoración do impacto que cren que as actividades terán nos seus iguais (para os mediadores).

Para poder realizar esta avaliación de proceso, durante o desenvolvemento do programa, manterase un rexistro sistemático de todas as actividades, segundo se vaian realizando.

## 2) Na fase de avaliación de resultados

A avaliación de resultados estará limitada exclusivamente aos mozos que participen de forma directa naquelas actividades do programa que permitan un contacto directo con eles (actividades de ocio, etc.). Nestes supostos aplicarase a todos os beneficiarios do programa un cuestionario inicial, previo á posta en marcha das actividades, co fin de coñecer o seu nivel inicial de coñecementos, actitudes, expectativas e hábitos de consumo en relación coas drogas. A aplicación deste cuestionario repetirase unha vez realizada a última intervención co obxectivo de comprobar se se produciron modificacións dalgún destes indicadores, sobre os que

supostamente incide o programa: coñecementos e información sobre as drogas e os seus efectos, actitudes fronte ás drogas, percepción do risco e intencións de consumo futuras e condutas de consumo.

No caso dos mediadores xuvenís aplicarase un test e un retest coincidindo co inicio e a finalización da súa formación, onde ademais das variables antes mencionadas se avaliarán os cambios rexistrados no seu nivel de coñecementos relevantes en prevención.

### 4.1.17. Cronograma

As actividades desenvolveranse durante un ano natural ou durante un curso académico, segundo se considere máis apropiado.





## 4.2. “Cambio de sentido”. Programa de prevención do consumo de alcohol e outras drogas na conducción de vehículos





<b>4.2. Cambio de sentido. Programa de prevención do consumo de alcohol e outras drogas na condución de vehículos . . . . .</b>	<b>18</b>
4.2.1. Xustificación . . . . .	18
4.2.2. Obxectivos . . . . .	21
4.2.3. Estratexia de intervención. . . . .	22
4.2.4. Contexto de aplicación . . . . .	22
4.2.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria . . . . .	22
4.2.6. Poboación destinataria. . . . .	22
4.2.7. Marco teórico . . . . .	22
4.2.8. Actividades do programas . . . . .	23
4.2.9. Contidos do programa. . . . .	23
4.2.10. Duración do programa . . . . .	23
4.2.11. Materiais con que conta o programa. . . . .	23
4.2.12. Metodo . . . . .	23
4.2.13. Necesidades espaciais ou recomendacións . . . . .	24
4.2.14. Variables que se modifican coa aplicación do programa . . . . .	24
4.2.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . .	24
4.2.16. Evidencias da avaliación. . . . .	24
4.2.17. Cronograma. . . . .	25

## 4.2. Cambio de sentido. Programa de prevención do consumo de alcohol e outras drogas na conducción de vehículos

### 4.2.1. Xustificación

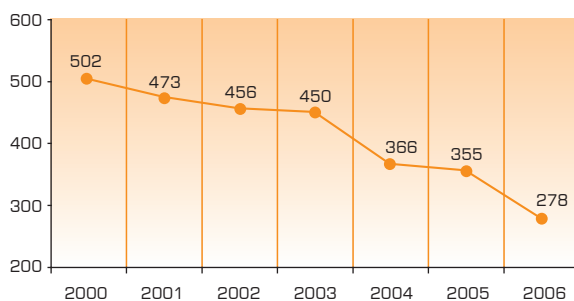
#### 1) Os custos sociais da accidentalidade viaria

A morbilidade e mortalidade derivadas dos accidentes de tráfico constitúen un problema importante nas sociedades industrializadas, estimándose que arredor de 55.000 persoas morren cada ano na Unión Europea debido aos accidentes de tráfico e en máis de 150.000 os europeos que sofren invalidez permanente por esta causa.

En España, a situación é especialmente grave, como o confirma que no ano 2006 un total de 4.104 persoas perderon a vida en accidentes de tráfico, 21.379 resultaron feridos graves e 122.027 feridos leves (MINISTERIO do INTERIOR, 2007). Deses falecementos un total de 278 tiveron lugar en Galicia.

A pesar de que nos últimos anos se vén observando un descenso continuado no número de mortos en accidentes de tráfico rexistrados en Galicia (figura 1), os accidentes de tráfico constitúen un problema social de grande importancia, cun alto custo económico e humano.

Figura 1. Evolución do número mortos en accidentes de tráfico. Galicia, 2000-2006.



FONTE: Serie estatística sobre accidentes e vítimas 2006.  
Dirección Xeral de Tráfico (Ministerio do Interior).

Os datos dispoñibles sinalan que o denominado “factor humano” é o principal responsable dos accidentes de tráfico, tal e como demostran os datos obxectivos provenientes das investigacións realizadas tanto no noso país como no resto do mundo (MOVIG, KL. et al., 2004, RUSH, C. 1998, FARROW, JA. 1987). Os estudos internacionais afirman que, de entre todas as estratexias que existen para intervir sobre esta problemática, as preventivas son as que mostran unha maior eficacia e rendibilidade económica e social, xa que tratan de incidir en que o accidente non se produza (GREGERSON, NP. 1996, SOCIE, EM. et al., 1994).

De igual forma, os datos achegados polo Observatorio Nacional de Seguridade Viaria (DXT, 2007) confirman que existe un maior risco de accidentalidade viaria en certos sectores da poboación, como ocorre coa mocidade:

- Os accidentes de tráfico seguen sendo a primeira causa de mortalidade entre os mozos de 15 a 24 anos, como o confirma o feito de que o 37% dos falecementos que se rexistraron no ano 2006 entre este grupo de idade fosen provocados por accidentes de tráfico.
- A pesar de que os mozos de 15 a 24 anos representan só o 11% da poboación española e o 10% do censo de condutores, supoñen o 18% dos mortos en accidentes de tráfico e o 24% dos feridos graves.

Como se pode observar a partir destes datos, os mozos condutores están sobrerrepresentados nos accidentes de tráfico en comparación con outros grupos de maior idade. Estudos complementarios indican que os mozos, con recente concesión do permiso de conducir, presentan a maior frecuencia de uso do vehículo, normalmente en desprazamentos moi curtos. Así mesmo, sinalan que a falta de habilidades de manexo do vehículo, xunto ao consumo excesivo de alcohol e outras drogas, son factores que contribúen, de forma decisiva, ao incremento dos accidentes (MONTORO, L. 1991, GONZÁLEZ LUQUE, JC. 1997). Neste sentido,



destaca o feito de que o 41% das mortes en accidentes de tráfico de mozos de 18 a 24 teñen lugar durante o sábado e o domingo.

Ante este problema, tanto as institucións públicas e privadas implicadas, como os técnicos de prevención de drogodependencias, deben asumir a súa responsabilidade para mellorar a actual situación, dado que a evidencia dispoñible actualmente sinala que investir en educación viaria dos mozos, desde a autoescola, repercute de forma positiva en mellorar o futuro comportamento dos mozos ao volante dun vehículo (ZUCKER e NOLL, 1982; GREGERSON, 1996).

## 2) Consumo de alcohol e conducción de vehículos

Resulta evidente que o consumo de alcohol ou outras drogas teñen un impacto moi negativo sobre a conducción, provocando diversas alteracións da atención, a coordinación, os tempos de reacción etc., que incrementan de maneira notabilísima o risco de sufrir accidentes, incluso tras a inxestión de pequenas cantidades destas substancias.

Non existe unha única solución para reducir os accidentes nos que se ven implicados mozos. En moitos casos, estes accidentes non están provocados por unha falta de coñecemento das leis e normativas de tráfico ou pola ausencia de habilidades básicas para manexar o vehículo. A cuestión é máis complexa e o problema parece estar máis relacionado coas características evolutivas da xuventude (PERLOF, LS. 1987, BURGUER. JM. e BURNS, L. 1988), tales como:

- ▭ A propensión a asumir riscos.
- ▭ A percepción de invulnerabilidade persoal.
- ▭ A susceptibilidade ante a presión de grupo.
- ▭ A tendencia a construír un mito persoal.
- ▭ A fabulación sobre unha potencial

audiencia imaxinativa (o mozo pode realizar determinadas accións de marcado carácter exhibicionista pensando na admiración que pode xerar entre os seus iguais).

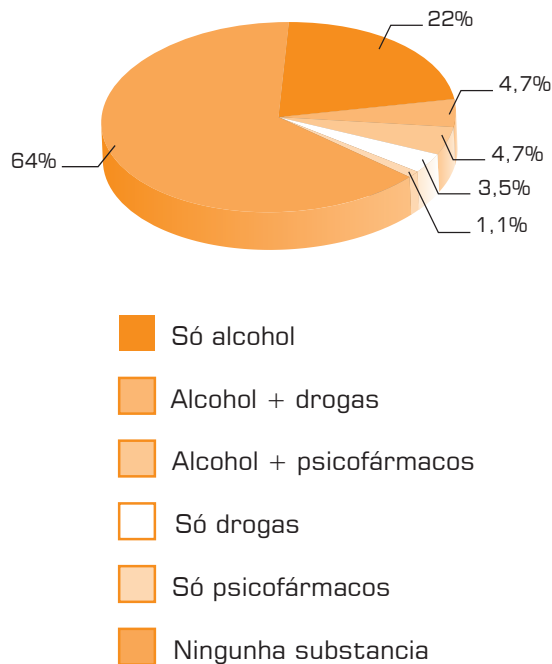
- ▭ A experiencia na conducción moi limitada.
- ▭ As actitudes temerarias en canto ao consumo de drogas no marco da movida nocturna.
- ▭ A distorsión na percepción do risco en relación a diversos temas relacionados co tráfico (alta velocidade na conducción, falta de prudencia en situacións de conducción crítica como chuvia, estradas con curvas etc.) e a grave interacción entre estas situacións e o consumo de drogas.

Desafortunadamente, a consecuencia de todos estes factores tradúcese nun incremento na probabilidade de condutas viarias inseguras que, en moitas ocasións, se traducen nun accidente de tráfico cun mozo condutor ou os seus compañeiros mortos ou feridos.

Os resultados da análises practicadas polo Instituto Nacional de Toxicoloxía a unha mostra de 86 condutores mortos en Galicia durante o ano 2006 (OGD, 2007), confirman a importancia que a inxestión de alcohol e outras drogas teñen sobre os accidentes de tráfico e a mortalidade relacionada con eles (figura 2):

- No 34,9% dos cadáveres analizados identificouse a presenza de alcohol ou drogas, en diferentes combinacións.
- No 31,4% dos mortos identificouse a presenza de alcohol, quer só (22,0%), quer xunto con restos doutras drogas (4,7%) quer con medicamentos e/ou psicofármacos (4,7%),
- O 3,5% dos cadáveres contiñan restos de drogas sen a presenza de alcohol.

**Figura 2.** Presenza de alcohol ou outras drogas en condutores mortos en accidentes de tráfico (%). Galicia. 2004.



FONTE: Instituto Nacional de Toxicoloxía (Ministerio de Xustiza).

A análise das concentracións de alcohol etílico observadas nos cadáveres dos condutores mortos en accidentes de tráfico onde se identificou a presenza desta substancia permitiu constatar que: a) no 26,7% dos casos superaban os 0,5 gramos de alcohol por litro de sangue, cifra que se corresponde coa taxa máxima de alcoholemia permitida, con carácter xeral, para os condutores (0,3 g/l para os condutores noveis e profesionais) e b) que o 13,9% presentaba concentracións de alcohol superiores a 1,51 g/l, un limiar a partir do cal as aptitudes para a condución están gravemente afectadas.

Os accidentes de tráfico ligados ao consumo de drogas supoñen actualmente un risco de perda de vidas humanas moito maior que o causado pola intoxicación con drogas non institucionalizadas e a SIDA xuntos (Ferrer e Pérez, 1991). A pesar da multitude de causas que poden confluír para provocar un accidente de tráfico, diversos

estudos coincidiron en estimar que o alcohol está implicado entre un 30% e un 50% dos accidentes de circulación (Montoro, 1991).

O consumo de alcohol nos adolescentes e mozos españois encádrase, cada vez máis, no denominado “modelo nórdico”, cuxas principais características son:

- Inicio de consumo a idade temperá.
- Consumo de fin de semana e pola tarde-noite.
- Bébesse fóra do medio familiar.
- Consómese primeiramente cervexa e “calimoch” pasando posteriormente a bebidas destiladas en combinados.
- Aínda que aumentou a cantidade de abstemios, os mozos que beben fano en cantidades notablemente maiores.

Paralelamente, hai que ter en conta as características da propia movida nocturna (LÓPEZ, M. 1994, LÓPEZ, M. 1997, CALAFAT, A. et al., 2000), que se poden sintetizar en:

- O alcohol forma parte da vida recreativa nocturna da mocidade.
- A vida de noite implica amplos desprazamentos en vehículo propio ou alleo (51,5% utilizan o coche dun amigo/a e o 38% o seu propio).
- A mobilidade para desprazamentos a diversos locais e zonas é alta (o 28,6% dos mozos afirman percorrer longas distancias nas súas saídas).
- O 43% dos mozos (en Europa) e o 50,7% (en España) recoñecen ter conducido nalgún momento baixo os efectos do alcohol.
- A existencia xeneralizada dunha baixa percepción dos riscos que comporta conducir baixo os efectos do alcohol (e tamén das drogas de síntese, cannabis e cocaína) fixo que as persoas



# 4

que consomen estas substancias non adopten ningún tipo de precaucións ao respecto.

Outros factores de risco engadidos son as condicións baixo as cales adoitan conducir as persoas que consomen alcohol e outras substancias psicoactivas:

- De noite.
- Cansadas, normalmente con intención de chegar rapidamente á seguinte discoteca, a un local *after hours*, ou á súa propia casa.
- Mantendo o son da radio a todo volume.
- Frecuentemente repletos de xente que pode distraer o condutor.
- compañeiros que nada máis introducirse no vehículo quedan durmidos.
- Vehículos de gran cilindrada, ou ben o coche vello do pai/nai.

Para facer fronte a esta realidade, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 inclúe entre os seus obxectivos xerais (obxectivo N° 5) o “Reducir os comportamentos de risco relacionados co consumo de alcohol e outras drogas”. Un obxectivo que se concreta nun dobre compromiso:

- Reducir arredor do 30% a porcentaxe de condutores mortos en accidentes de tráfico en que se detecta a presenza de alcohol ou outras drogas.
- Reducir nun 10% o número de condutores menores de 30 anos mortos en accidentes de circulación estando baixo a influencia do alcohol.

Para asegurar o logro destes obxectivos decidiu-se a posta en marcha do programa “Cambio de sentido”.

### 4.2.2. Obxectivos

A finalidade do programa “Cambio de sentido” é mellorar a seguridade viaria entre os mozos.

Entre os obxectivos xerais do programa inclúense:

- ↪ Mellorar a información dos alumnos das autoescolas en relación cos riscos asociados á condución de vehículos baixo os efectos do consumo de alcohol ou outras drogas.
- ↪ Incrementar a percepción de “vulnerabilidade persoal” derivada da condución dun vehículo tras consumir alcohol ou outras drogas.
- ↪ Reducir o número de accidentes viarios entre a mocidade nos cales interveñen o alcohol ou outras drogas.
- ↪ Reducir o número de lesionados e mortos en accidentes viarios entre a mocidade nos cales interveñen o alcohol ou outras drogas.
- ↪ Promover actitudes e condutas máis seguras e responsables na condución de vehículos entre a poboación que se prepara para obter o permiso de conducir nas autoescolas, baseadas en evitar o consumo de alcohol ou outras drogas, no respecto das taxas de alcoholemia, no uso de cintos de seguridade e en evitar conducir ante o menor síntoma de sono ou cansazo.

Os obxectivos específicos do programa son:

- ↪ Facilitar información sobre o impacto que a inxestión de alcohol ou outras drogas ten sobre as habilidades ou capacidades para a condución e a conduta.
- ↪ Incrementar a percepción do risco asociada á condución de vehículos baixo os efectos do alcohol ou outras drogas.
- ↪ Reforzar a motivación para evitar o uso do vehículo cando se superen as taxas máximas de alcoholemia permitidas.
- ↪ Promover entre os alumnos das autoescolas alternativas á condución baixo os efectos das drogas.

Os obxectivos operacionais do programa son:

- Corrixir entre os alumnos das autoescolas os erros e mitos relacionados co consumo de alcohol e outras drogas e o aproveitamento do ocio e o tempo libre.
- Fortalecer nos alumnos das autoescolas participantes no programa o desenvolvemento de habilidades e recursos que lles permitan o manexo adecuado de situacións grupais onde exista presión ao consumo de drogas.
- Reforzar un compromiso persoal de condución segura nos contextos de ocio nocturno.
- Difundir a existencia e promover o uso do transporte público nocturno.
- Explicar as razóns de protección que sustentan a lexislación vixente sobre seguridade viaria e uso de drogas.
- Favorecer a aceptación normativa para reducir as taxas de mortalidade e incapacidade relacionadas co uso de alcohol e outras drogas.

### 4.2.3. Estratexia de intervención

De influencia. Redución de danos.

### 4.2.4. Contexto de aplicación

Autoescolas.

### 4.2.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Universal.

### 4.2.6. Poboación destinataria

1) Poboación mediadora

Propietarios de autoescolas, sen cuxo consentimento e aprobación non se poderá implementar o programa. Por iso é imprescindible presentar de forma moi atractiva o contido do programa, destacando que a súa implementación constitúe un signo de calidade do ensino impartido, que pode

contribuír a mellorar a imaxe social da autoescola na comunidade onde esta se asenta.

### 2) Poboación final

Mocidade en disposición de obter o permiso de condución, en idades comprendidas entre 16 anos (permiso de circulación de motocicletas) ata os 25 anos de idade.

### 4.2.7. Marco teórico

O programa “Cambio de sentido” baséase na teoría cognitiva-social (BANDURA, A. 1986). Esta teoría asume a importancia do condicionamento clásico, operante e do vicario e como estes poden ser modulados pola autoeficacia.

O programa ten en consideración catro aspectos básicos que foron apuntados como guía de calquera iniciativa de promoción da saúde (GENERALITAT VALENCIANA, 1993):

- ◆ Dispoñer de información adecuada é unha condición necesaria, pero non suficiente. Recorrer ao medo como única estratexia de cambio condutual, resultou ser ineficaz, pois na conduta de saúde interveñen outros condicionantes ademais dos aversivos.
- ◆ Traballar sobre os valores e as actitudes, e avaliar a súa xénese social, cultural e familiar, coa finalidade de poder intervir sobre ela.
- ◆ Non se poden esperar modificacións nas condutas das persoas sen pasar por un proceso de motivación e participación en que a poboación destinataria das actuacións educativas se sinta implicada e comprometida.
- ◆ Para lograr a motivación, a participación e o nivel de compromiso neste proceso de cambio, a poboación destinataria debe tomar conciencia dos problemas que se pretenden resolver, así como desexar e valorar positivamente os beneficios que se pretenden





#### 4.2.12. Metodo

##### FASE 1: Promoción e coordinación do programa coas autoescolas

- ↪ Remisión por parte da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias (Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde) dun escrito a todas as autoescolas de Galicia onde se informa do contido do programa e da oferta de colaboración para a súa implementación.
- ↪ Realización dunha xornada informativa para a presentación dos contidos do programa a propietarios e profesores de autoescolas (unha xornada de catro horas por provincia e ano).
- ↪ Contacto por parte dos técnicos dos equipos de prevención do PGD cos propietarios de autoescolas existentes na súa zona de influencia. Este contacto debe servir para presentar as características e os obxectivos do programa e obter a cooperación da autoescola para a súa implementación.
- ↪ Unha vez obtida a colaboración da autoescola procederase a fixar o día no cal se porá en marcha o programa.
- ↪ Preparación e remisión de materiais de apoio ás autoescolas adscritas ao programa.

##### FASE 2: Execución do programa

- ↪ Presentación das sesións e dos seus obxectivos aos alumnos.
- ↪ Aplicación do cuestionario de avaliación inicial (pretest) dos coñecementos, actitudes e comportamentos dos futuros condutores sobre o consumo de drogas e a conducción).
- ↪ Desenvolvemento dos contidos de cada sesión, cun método participativo, dinámico e con apoio audiovisual e datos estatísticos.

conseguir. Isto exige traballar a partir das necesidades reais e percibidas, e propoñer solucións non só tecnicamente factibles, senón socialmente aceptadas.

#### 4.2.8. Actividades do programas

Inclusión de contidos formativos sobre o impacto dos consumos de alcohol e outras drogas na seguridade viaria, dentro da formación xeral que os mozos que aspiran a obter o permiso de circulación reciben nas autoescolas.

#### 4.2.9. Contidos do programa

O programa “Cambio de sentido” desenvólvese mediante un traballo pautado, que inclúe os seguintes contidos:

- 1) Introducción ao tema da seguridade viaria, o alcohol e outras drogas.
- 2) A descrición da situación actual (visualización do vídeo da Dirección Xeral de Tráfico: “Alcohol e conducción”)
- 3) A ilusión de invulnerabilidade.
- 4) Uso-abuso: “Uso racional do alcohol”.
- 5) Alcohol e conducción.
- 6) Recomendacións en caso de ter pensado beber alcohol.
- 7) Como actuar ante unha intoxicación alcohólica (que facer e que non facer).
- 8) Medicamentos, outras drogas e conducción.

#### 4.2.10. Duración do programa

Dúas sesións de dúas horas de duración cada unha.

#### 4.2.11. Materiais con que conta o programa

Os alumnos incorporados ao programa reciben un “Manual do alumno”, que contén información relevante sobre a seguridade viaria e o impacto nela do consumo de alcohol e outras drogas.

- Aplicación dun cuestionario de avaliación (postest).
- A actividade conclúe cun resumo final, realizado polo profesional responsable do desenvolvemento das sesións, coas principais conclusións dos contidos abordados nela.

Aínda que as condicións óptimas para o desenvolvemento do programa fan aconsellable a distribución dos seus contidos en dúas sesións, existen razóns operativas que poden aconsellar a súa realización nunha única sesión. En calquera caso, a secuencia e a localización das sesións do programa deben ser fixadas pola propia autoescola, co fin de non prexudicar a preparación para os exames.

O profesional encargado do desenvolvemento do programa, preferentemente técnico dos equipos de prevención, utiliza un método pedagóxico activo, que conta coa experiencia e as opinións do alumnado, con apoio audiovisual e que trata de ser o máis dinámico posible.

Este método parte e utiliza os coñecementos e as crenzas que ten a mocidade sobre o alcohol e outras drogas e os seus efectos sobre a súa vida en xeral e sobre a conducción en particular, para analizar, desmitificar e aclarar todos os aspectos relevantes sobre drogas e seguridade viaria, incluídos factores que poidan estar asociados aos consumos de alcohol (tolerancia á frustración, disconfort, vontade, presión grupal etc).

#### 4.2.13. Necesidades espaciais ou recomendacións

Reprodutor de DVD-vídeo.

#### 4.2.14. Variables que se modifican coa aplicación do programa

- Coñecemento sobre os efectos que provocan o alcohol e outras drogas.
- Información/coñecementos sobre o impacto dos consumos de alcohol ou outras drogas sobre a conducción.

- Incremento do risco asociado á conducción baixo a influencia do alcohol ou outras drogas.
- Mellora das actitudes de respecto á normativa legal sobre a materia e da adopción de medidas xerais de seguridade viaria.
- Mellora nas intencións no comportamento futuro.
- Maior sensibilización das autoescolas para apoiar intervencións preventivas.

#### 4.2.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación

A todos os alumnos participantes no programa aplicaráselles un breve cuestionario, previo e posterior á intervención, destinado a coñecer:

- A información xeral que dispoñen sobre o alcohol ou outras drogas.
- A información dispoñible sobre os efectos do alcohol/drogas na conducción.
- A posición/actitude sobre as normas que restrinxen a conducción baixo os efectos do alcohol ou outras drogas.
- As súas experiencias previas e expectativas de conduta futura en relación: á conducción tras o consumo de alcohol ou outras drogas, á súa presenza como ocupante de vehículos conducidos por persoas baixo os efectos das drogas e utilización dos transportes públicos nas saídas nocturnas.

#### 4.2.16. Evidencias da avaliación

Programas similares ao que agora se presenta KAYSER, R.E. et al., (1995) obtiveron resultados moi significativos, tales como: aumento dos coñecementos, mellora das actitudes e as intencións no comportamento e unha maior disposición a acompañar a un condutor intoxicado.

#### **4.2.17. Cronograma**

Os días concretos en que se implementará o programa serán establecidos polos propietarios de cada autoescola, ensamblándoos dentro do conxunto de actividades teórico-prácticas que os alumnos realizan para a obtención do permiso de circulación.



### 4.3. “Alternativa”. Programa de prevención dirixido á mocidade con denuncias por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos







# 4

### **4.3. Alternativa. Programa de prevención selectivo dirixido a mozos/as con denuncias por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos. . . . . 30**

- 4.3.1. Xustificación . . . . . 30
- 4.3.2. Obxectivos . . . . . 31
- 4.3.3. Estratexia de intervención. 31
- 4.3.4. Contexto de aplicación . . . 31
- 4.3.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria 31
- 4.3.6. Poboación destinataria . . . 31
- 4.3.7. Modelo teórico . . . . . 32
- 4.3.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa. . . . . 32
- 4.3.9. Contidos do programa. . . . 33
- 4.3.10. Duración do programa. . . 33
- 4.3.11. Materiais con que conta o programa. . . . . 33
- 4.3.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . . 33
- 4.3.13. Método para a implementación do programa . . . . 34
- 4.3.14. Variables que se modifican coa aplicación do programa . . . . 35
- 4.3.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . 35
- 4.3.16. Temporalización e cronograma . . . . . 36

### 4.3. Alternativa. Programa de prevención selectivo dirixido a mozos/as con denuncias por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos

#### 4.3.1. Xustificación

A Lei orgánica 1/1992, do 21 de febreiro, de protección da seguridade cidadá, recolle, no punto 1 do seu artigo 25, como infracción grave para a seguridade cidadá o consumo e posesión de drogas tóxicas, estupefacientes ou substancias psicotropas en lugares, vías, establecementos ou transportes públicos. Así mesmo, no seu artigo 29 atribúe aos delegados do Goberno a potestade sancionadora para impoñer as sancións derivadas das mencionadas infraccións. Non obstante, o punto segundo do citado artigo 25, prevé a posibilidade de suspender as sancións se o infractor se somete a un tratamento de deshabitación nun centro ou servizo debidamente acreditado. Esta previsión de suspensión das sancións administrativas por consumo ou posesión de drogas desenvólvese regulamentariamente no Real decreto 1.079/1993, do 2 de xullo.

Segundo os datos facilitados polas subdelegacións do Goberno en Galicia, incóanse arredor de 2.500 expedientes anuais por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos no conxunto de Galicia.

Este procedemento víñase utilizando ata o momento, na maioría dos casos, de forma automática, sen atender ás circunstancias concretas en que se producen as denuncias. Non obstante, a lei orgánica e o real decreto citados poñen de relevo a preocupación do lexislador porque o uso da potestade sancionadora en materia de drogas atenda, ademais dos criterios de represión e retribución, outros de prevención e tratamento das drogodependencias.

Por outro lado, débese ter en conta o mandato, recollido no artigo 43 da Constitución española, aos poderes públicos de fomentar a educación sanitaria e “organizar e tutelar a saúde pública a través de medidas preventivas”.

Esta tarefa preventiva que deben desenvolver os poderes públicos vén especificamente establecida, en materia de drogas, na Estratexia europea en materia de loita contra a droga (2005-2012), no Plan de Acción da Unión Europea en Materia de Loita Contra a Droga (2005-2008), no Real decreto 1.911/1999, do 17 de decembro, polo que se aproba a Estratexia nacional sobre drogas para o período 2000-2008 e no Plan de acción sobre drogas para o período (2005-2008). Así mesmo, a Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, dedica o seu título I á prevención das drogodependencias, establecendo no artigo 3.1 que: “Corresponde á Administración autonómica e demais administracións públicas de Galicia, no ámbito das súas respectivas competencias, desenvolver as actuacións de prevención tendentes a eliminar ou, no seu defecto, reducir a promoción e o consumo das substancias definidas como drogas no artigo 2.1 desta lei”.

Por último, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece expresamente a prevención como unha das áreas de intervención en materia de drogas, e fixa como un dos ámbitos de actuación preferente a prevención do consumo de drogas na poboación xuvenil.

De acordo cos antecedentes mencionados, a Delegación do Goberno en Galicia e a Consellería de Sanidade –Servizo Galego de Saúde–, decidiron establecer un marco de cooperación mutuo, co fin de dotar o procedemento sancionador en materia de consumo e posesión de drogas, regulado na Lei orgánica 1/1992 e na súa normativa de desenvolvemento, dun adecuado contido preventivo, polo que se decidiu a posta en marcha do programa “Alternativa”.

Trátase dun programa preventivo baseado en actividades de formación e información sobre as consecuencias do consumo de drogas tóxicas e substancias psicotropas, co que se pretende incrementar a percepción de risco, modificar os mitos e crenzas e mellorar as habilidades de afrontamento





en situacións de risco. A súa articulación realízase sobre o principio de voluntariedade, ao permitir aos infractores optar en todo momento polo pagamento da sanción económica que lles corresponda ou pola súa substitución polas actividades preventivas deseñadas.

O programa recolle, así mesmo, un compoñente de traballo preventivo cos pais e nais dos menores participantes.

#### 4.3.2. Obxectivos

##### a) Finalidade

O fin do programa é conseguir a substitución dunha sanción económica por unha intervención educativa sobre as distintas drogas e os efectos do seu consumo que dote os seus beneficiarios de capacidade para a análise e o cambio das súas crenzas e actitudes cara ás drogas e que lles permita a adquisición de estratexias e habilidades de afrontamento ante situacións de risco.

##### b) Obxectivos xerais

- Proporcionar unha alternativa formativo-preventiva ás sancións por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos.
- Mellorar o grao de información e coñecementos dos adolescentes e mozos/as sobre as drogas e os seus efectos e incrementar a percepción de risco asociado ao uso de drogas.

##### c) Obxectivos específicos

- ◆ Os obxectivos específicos finais do programa son:
  - Ao final do programa conseguiuase entre os seus beneficiarios un 50% de individuos que viron substituída a sanción económica pola realización desta alternativa formativo-preventiva.
- ◆ Os obxectivos específicos intermedios do programa son:

- Un 50% dos participantes no programa melloraron significativamente a súa información e coñecementos sobre diferentes substancias e os efectos do seu consumo.
- Un 25% dos participantes no programa incrementaron significativamente a percepción de risco asociada ao uso de drogas.
- Un 30% dos pais dos menores participantes no programa adquiriron novos coñecementos e resolveron dúbidas sobre as drogas e consideraron a sesión informativa apropiada e útil.

#### 4.3.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia.

#### 4.3.4. Contexto de aplicación

O programa impleméntase nos servizos asistenciais e de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas nas sete grandes cidades de Galicia (A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra, Santiago de Compostela e Vigo) e Vilagarcía.

#### 4.3.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Selectivo

#### 4.3.6. Poboación destinataria

Mozos e mozas menores de 28 anos residentes na comunidade autónoma de Galicia denunciados por consumo ou posesión de drogas tóxicas, estupefacientes ou substancias psicotropas en lugares públicos neste territorio, en aplicación do artigo 25 da Lei orgánica 1/1992, do 21 de febreiro de protección da seguridade cidadá.

Criterios de inclusión:

- ◆ Residentes na comunidade autónoma de Galicia e denunciados nesta.
- ◆ Menores de 28 anos.
- ◆ Mozos/as sen síntomas ou diagnóstico clínico de dependencia.

- ◆ Denunciados por primeira vez, reincidentes que nunca asistiron ao curso ou reincidentes que o fixeron en só unha ocasión.

#### 4.3.7. Modelo teórico

Existen varios modelos teóricos que explican o inicio e mantemento do consumo de drogas por parte dos adolescentes que son aplicables a este programa:

- ▭ Modelo de desenvolvemento social de Catalano, Hawkins e colaboradores (Catalano et al., 1996; Catalano e Hawkins, 1996).
- ▭ Modelo de socialización primaria de Oetting et al., centrado nas condutas problema e na aprendizaxe de normas.
- ▭ Teorías da actitude-conduta: Teoría da acción razoada (AJZEN, I. e FISHBEIN, M. 1980) e Teoría da conduta planificada (AJZEN, I. 1985, 1988).
- ▭ Teorías da aprendizaxe: aprendizaxe social e teoría cognitiva social de Bandura (1986), relacionadas coa análise condutual.
- ▭ Modelo de etapas do proceso de cambio de PROCHASKA, J.O. e DI CLEMENTE, C.C. (1982).
- ▭ Teoría da conduta problema e Teoría para a conduta de risco dos adolescentes (JESSOR, R. e JESSOR, SL. 1977).
- ▭ Modelo integrado xeral da conduta de uso de drogas (BOTVIN, G. 1999).
- ▭ Modelo de autocontrol (SANTACREU, J. et al. 1991, 1992).
- ▭ Modelo de solución de problemas sociais (D'ZURILLA, TJ. e GOLFRID, MR. 1971).
- ▭ Modelo de estilos de vida e factores de risco que o condicionan (CALAFAT, A. et al., 1992).

#### 4.3.8. Actividades que se desenvolven no contexto do programa

O programa estrutúrase en dous compoñentes básicos, un dirixido aos mozos infractores e outro cos seus pais e nais.

a) Actividades formativo-preventivas dirixidas á mocidade: curso para mozas e mozos.

O curso estrutúrase inicialmente en tres sesións. Non obstante, dependendo das características individuais de cada un dos grupos, poderá valorarse a conveniencia de reducilas a dúas, adaptando os contidos e a duración dos bloques que a seguir se sinalan ás particularidades de cada grupo.

##### 1. Primeiro bloque

- ◆ Actividades de exploración e motivación.
  - ▭ Presentación e principios básicos da intervención.
  - ▭ Repartición de materiais.
  - ▭ Definición do curso (obxectivos, deseño e actividades).
  - ▭ Presentación dos participantes, expectativas persoais do curso, inicio do proceso de autoanálise (deberán cubrirse os anexos “Folla de rexistro inicial” e “Datos referentes ao consumo de drogas”).
- ◆ Contidos teóricos e traballos prácticos.
  - ▭ Descrición dos recursos de atención ás drogodependencias na comunidade autónoma galega.
  - ▭ Lexislación básica sobre drogas (estatal e autonómica)
  - ▭ Debate sobre os temas tratados.

##### 2. Segundo bloque

- ◆ Actividades de exploración e motivación.
  - ▭ Repartición de materiais.
  - ▭ Definición dos obxectivos, contidos e actividades da sesión.

- ↪ Revisión do grao de consecución das expectativas persoais do curso.
- ◆ Contidos teóricos e traballos prácticos.
  - ↪ Conceptos básicos sobre drogodependencias.
  - ↪ Información básica sobre drogas. Descripción e clasificación (incidencia da substancia motivo da denuncia).
  - ↪ Exercitar a análise e a reflexión individual e grupal mediante materiais audiovisuais e a proxección dun DVD (deberán cubrirse os anexos “Información e coñecementos sobre drogas” e “Percepción dos riscos asociados ao consumo de drogas”).
- ◆ Debate.

### 3. Terceiro bloque

- ◆ Actividades de exploración e motivación.
  - ↪ Repartición de materiais.
  - ↪ Definición dos obxectivos, contidos e actividades da sesión.
  - ↪ Revisión do grao de consecución das expectativas persoais do curso. Breve avaliación do proceso.
- ◆ Contidos teóricos e traballos prácticos.
  - ↪ Análise das causas da conduta de consumo. Definición de crenzas, exposición destas ás súas fontes.
  - ↪ Definir e clasificar o proceso de toma de decisións. As consecuencias da nosa conduta. Destrezas básicas de afrontamento, habilidades para rexeitar ofertas de consumo. Contexto de ocio e risco de consumo.
  - ↪ Entrega de exercicios prácticos que axuden a adquirir estratexias de rexeitamento ao consumo en situacións da vida real.

- ◆ Debate sobre os temas tratados.
- ◆ Avaliación do curso (cubrirase o “Cuestionario de avaliación do curso”).

b) Actividades informativas dirixidas a pais e nais.

- ◆ Unha sesión informativa e de sensibilización para pais, no suposto de que os denunciados sexan menores de idade.

#### 4.3.9. Contidos do programa

- ◆ Curso para mozas e mozos denunciados por consumo ou tenza de drogas.
- ◆ Traballo preventivo cos pais e nais dos menores participantes no programa.

#### 4.3.10. Duración do programa

Seis horas, ampliable a oito horas no caso de que se inclúan actividades de información-sensibilización dirixidas aos pais.

#### 4.3.11. Materiais con que conta o programa

- ↪ Documento marco do programa.
- ↪ Caderno do alumno.
- ↪ Manual do profesor, que inclúe: instrumentos de rexistro de datos e exercicios prácticos sobre a experiencia de consumo na vida diaria.
- ↪ DVD de desenvolvemento dos contidos abordados no curso.
- ↪ Material de apoio para a prevención de drogodependencias (folletos, guías, carteis etc.).

#### 4.3.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

Profesionais dos equipos da Rede de drogodependencias da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias (Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde).

# 4

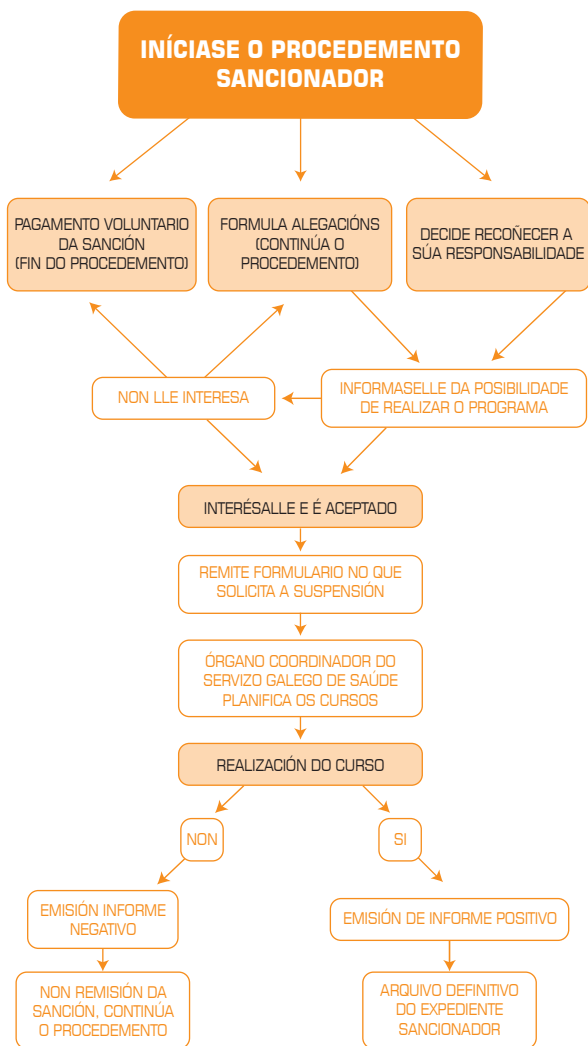
### 4.3.13. Método para a implementación do programa

A sistemática que se segue para a implementación do programa é a seguinte:

1. As subdelegacións do Goberno en Galicia ofrecen aos denunciados por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos a posibilidade de ser incluídos no “Programa Alternativa”, como unha das posibilidades admitidas para suspender a sanción.
2. Unha vez comprobado que os solicitantes cumpren todos os requisitos para seren incluídos no programa, emítese un informe co fin de que este extremo sexa acreditado polos beneficiarios do programa ante as subdelegacións do Goberno.
3. Desde o órgano coordinador do programa da Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde, fórmanse, entre os incluídos no programa, grupos de 10 ou 15 persoas para a celebración das sesións e convócanse estes grupos. A composición dos grupos será o máis homoxénea posible, atendendo á idade dos asistentes, á substancia motivo de denuncia e ao feito de se asisten ao curso por primeira ou segunda vez.
4. Desenvolvemento das tres sesións formativo-preventivas con mozos, que poderán reducirse a dúas dependendo das características individuais de cada grupo.
5. No caso de que os beneficiarios do programa sexan menores de idade, os seus pais serán convidados a participar nunha sesión informativa e de sensibilización. A convocatoria realizarase desde a Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde (anexos “Convocatoria dos pais” e “Cuestionario de avaliación para pais”).
6. Unha vez completadas as sesións, os equipos de profesionais encargados de impartilas emitirán un informe relativo a cada un dos asistentes, no cal se fará mención á asistencia, evolución e aproveitamento (anexo “Informe de aproveitamento”).
7. O órgano coordinador do programa da Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde remitirá ás subdelegacións do Goberno informes sobre asistencia e aproveitamento de cada un dos beneficiarios.
8. Á vista destes informes, as subdelegacións do Goberno remitirán un escrito ao órgano coordinador do programa (Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias) coa decisión adoptada en relación coa posibilidade de suspensión da sanción.
9. Transcorrido un ano, o órgano coordinador do programa remitiralles unha carta aos mozos e mozas que foron beneficiarios do programa, na cal se lles solicitará que cubran unha enquisa anónima sobre a evolución das pautas de conduta con respecto ao seu consumo de drogas (“Carta de enquisa e avaliación ao cabo do ano”).



4



Os criterios metodolóxicos que se seguirán nas sesións que se desenvolverán cos mozos serán os seguintes:

a) Necesidade. Partindo dos coñecementos individuais dos asistentes e da información que se lles vai ofrecendo, desenvólvense estratexias para abordar o consumo axustadas ás necesidades individuais dos mozos/as, e inténtase transmitir-lles que os seus coñecementos e crenzas non son infalibles para poder afrontar coa mínima garantía de éxito a problemática que presenta a prevención do risco asociado ao consumo de substancias adictivas.

b) Motivación. Cómpre traballar a motivación dos participantes no programa, por iso, e tendo en conta que os profesionais que imparten os bloques informativo/preventivos son esencialmente psicólogos e avogados, recoméndase que sexan os primeiros os que inicien as sesións e traballen a motivación e crear actitudes nos asistentes que sexan favorables á súa aprendizaxe e ao aproveitamento das sesións, así como a axudalos a resolver a posible ambivalencia de cara ao cambio.

c) Actividade individual e de equipo. Preténdese exercitar a reflexión individual e grupal. Basear a aprendizaxe na experiencia persoal e na do grupo de asistentes ao curso, examinar a función que xoga o consumo nas súas vidas (análise funcional).

d) Crítica. Trátase de que os asistentes consigan modificar os seus esquemas e tomen as decisións oportunas. Para iso expóranse a situacións límite ou de dilema e, mediante a discusión, examínase a función que xoga o consumo nas súas vidas.

**4.3.14. Variables que se modifican coa aplicación do programa**

- Calidade da información e os coñecementos sobre as drogas e os seus efectos.
- Incremento do risco percibido asociado ao consumo de drogas.
- Redución da frecuencia de consumo das drogas que provocan as sancións.
- Redución dos consumos en espazos públicos.
- Mellora da capacidade para a toma de decisións.

**4.3.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación**

a) Na fase de planificación

Os indicadores seleccionados, que permitirán saber se se produciron ou non os cambios que o

programa espera lograr entre os seus destinatarios, son os seguintes:

- Coñecementos sobre as drogas e os seus efectos.
- Conceptos básicos e outros coñecementos relevantes en prevención.
- Actitudes fronte ás drogas.
- Percepción do risco.
- Condutas de consumo.

A avaliación recolle a aplicación dun cuestionario previo ao inicio das sesións do programa, que permita medir a situación inicial de cada un dos indicadores seleccionados. Esta información proporciona a liña base de partida do programa e permite a súa avaliación despois da aplicación do programa.

Para iso os candidatos a incorporarse ao programa completarán os seguintes cuestionarios:

- “Información e coñecementos sobre drogas”
- “Percepción dos riscos asociados ao consumo de drogas”.

b) Na fase de avaliación do proceso

Nesta fase recóllese información sobre:

- A poboación destinataria (número e características dos beneficiarios).
- A cobertura do programa sobre o total de denunciados e sobre aqueles que se axustan aos criterios de inclusión.
- A satisfacción dos beneficiarios.

Para iso aplicaranse os seguintes instrumentos de avaliación:

- “Avaliación de proceso-indicadores de actividade”.
- “Cuestionario de avaliación do curso” (breve cuestionario sobre satisfacción co curso cuberto polos seus participantes).

c) Na fase de avaliación de resultados

Unha vez finalizada a última das sesións que integran o programa procederase a pasar de novo os mesmos cuestionarios utilizados para establecer a liña base:

- “Información e coñecementos sobre drogas”.
- “Percepción dos riscos asociados ao consumo de drogas”.

Transcorrido un ano desde a participación no programa, remíteselles a todos os seus beneficiarios unha enquisa anónima para coñecer o impacto do programa nos seus hábitos de consumo:

- “Enquisa de avaliación ao cabo dun ano”.

### 4.3.16. Temporalización e cronograma

A intervención terá unha duración total de seis horas, dividida en tres sesións de dúas horas cada unha (ou de dúas sesións de tres horas cada unha). A modo orientativo propónse a seguinte distribución dos contidos e horas do curso:

SESIÓN	Nº HORAS	CONTIDOS DA SESIÓN
1ª	2	Actividades de exploración e motivación. Contidos teóricos e traballos prácticos: recursos de drogodependencias, lexislación básica.
2ª	2	Actividades de exploración e motivación. Contidos teóricos e traballos prácticos: conceptos básicos sobre drogodependencias e información sobre distintas drogas, centrada na substancia motivo de denuncia.
3ª	2	Actividades de exploración e motivación. Contidos teóricos e traballos prácticos: mitos e crenzas, habilidades de rexeitamento e contexto de ocio e risco.
<b>Total: 3 sesións (6 horas)</b>		



4

Se se opta por realizar o programa en dúas sesións propónse:

SESIÓN	Nº HORAS	CONTIDOS DA SESIÓN
1ª	3	Actividades de exploración e motivación. Contidos teóricos e traballos prácticos: recursos de drogodependencias, lexislación básica e conceptos básicos sobre drogodependencias.
2ª	3	Actividades de exploración e motivación. Contidos teóricos e traballos prácticos: información sobre distintas drogas, centrada na substancia motivo de denuncia, mitos e crenzas, actitudes, habilidades de rexeitamento e contexto de ocio e risco.
<b>Total: 2 sesións (6 horas)</b>		





#### 4.4. “Creative”. Programa de prevención selectiva xuvenil do consumo de alcohol e outras substancias en espazos públicos







# 4

<b>4.4. Creative. Programa de prevención selectiva xuvenil do consumo de alcohol e outras substancias en espazos urbanos públicos. . . . .</b>	<b>42</b>
4.4.1. Xustificación . . . . .	42
4.4.2. Obxectivos . . . . .	42
4.4.3. Estratexia de intervención	43
4.4.4. Contexto de aplicación . . .	43
4.4.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria	43
4.4.6. Poboación destinataria . . .	43
4.4.7. Marco teórico . . . . .	43
4.4.8. Actividades . . . . .	43
4.4.9. Contidos . . . . .	43
4.4.10. Duración do programa . .	44
4.4.11. Materiais con que conta o programa . . . . .	44
4.4.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa . . . . .	44
4.4.13. Método para a implementación do programa . . .	44
4.4.14. Variables que se modifican coa implementación do programa .	44
4.4.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación . . . . .	45
4.4.15. Cronograma . . . . .	45

## 4.4. Creative. Programa de prevención selectiva xuvenil do consumo de alcohol e outras substancias en espazos urbanos públicos

### 4.4.1. Xustificación

Os problemas relacionados coas drogas afectan a todos os grupos sociais pero, a mocidade encóntrase nunha situación de risco considerablemente maior (OGD, 2007).

Cómpre ter en conta que é no marco do ocio e do tempo libre cando se producen a maioría dos consumos de drogas por parte da poboación xuvenil. Observándose actualmente que, para importantes sectores da mocidade, as drogas se converteron en “instrumentos” que actúan como supostos facilitadores de estados de ánimo desexados. Ou dito doutra forma, os distintos grupos de mozos que consomen substancias psicoactivas, esperan -de modo estereotipado- que este consumo lles permita sentirse en sintonía co contexto de diversión da fin de semana (SÁNCHEZ, L. 1998, ACERO, A. et al., 2002, ARBEX, C. 2003 e CALAFAT, A. et al., 2004).

Os programas de prevención selectiva e indicada céntranse en traballar con grupos de poboación en situación de risco de desenvolver problemas coas drogas, facilitando o desenvolvemento de factores de protección que poidan mellorar a capacidade destes grupos de poboación para desenvolver estilos de vida máis saudables, poidan desfrutar do ocio sen ter que recorrer necesariamente ao consumo de drogas ou consuman menos e dunha forma menos perigosa (JOHNSON, et al. 1990, HAWKINS, JD. et al. 2002, OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS, 2003, HAWKINS, JD. et al., 2004).

Un dos marcos desde onde se poden desenvolver programas de prevención selectiva e indicada para mozos en situación de risco é o contexto que ofrece o ocio nocturno. Por iso, este é o marco elixido para o desenvolvemento do programa Creative.

### 4.4.2. Obxectivos

A finalidade do programa é evitar a consolidación do consumo problemático de drogas e reducir os problemas asociados ao uso destas substancias por parte de mozos e adolescentes que se encontran en situación de risco de desenvolver condutas de abuso ás drogas.

Entre os obxectivos xerais do programa inclúense:

- Reducir a prevalencia dos consumos abusivos de alcohol entre a mocidade.
- Reducir os consumos habituais de drogas (últimos 30 días) entre a mocidade que participa en actividades de ocio nocturno.
- Reducir determinadas prácticas de risco relacionadas co consumo de alcohol ou outras drogas entre a mocidade que participa en actividades de ocio nocturno (condución de vehículos baixo a influencia das drogas, prácticas sexuais de risco etc.).
- Reducir danos asociados ao consumo de alcohol, cannabis e drogas psicoestimulantes en espazos festivos.
- Mellorar o coñecemento sobre as substancias consumidas.
- Incrementar a percepción do risco asociado ao uso de alcohol e outras drogas nos contextos de ocio.

Os obxectivos específicos do programa son:

- Proporcionarlles aos mozos consumidores información veraz, obxectiva e adaptada ás súas necesidades reais, coa finalidade de que poidan facer un uso máis seguro das substancias consumidas.
- Aumentar a percepción do risco asociado ao uso/abuso de alcohol, cannabis,

drogas de síntese e cocaína nos contextos de ocio.

- ↪ Dar a coñecer estratexias que permitan un consumo de menor risco
- ↪ Informar e orientar sobre servizos e recursos en relación con problemas por consumo de drogas.
- ↪ Conectar con servizos de urxencia en casos de intoxicación por uso/abuso de drogas.
- ↪ Reducir as intoxicacións etílicas entre a mocidade.
- ↪ Diminuír os niveis de frecuentación dos servizos de urxencias sanitarias por problemas agudos relacionados co uso de drogas en contextos de ocio nocturno entre os mozos.

#### 4.4.3. Estratexia de intervención

Estratexia de influencia.

#### 4.4.4. Contexto de aplicación

Espazos de ocio nocturno xuvenil.

#### 4.4.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Selectivo.

#### 4.4.6. Poboación destinataria

Adolescentes e mozos que acoden a espazos urbanos (parques, prazas etc.) onde se consome alcohol e outras drogas, xeralmente nas fins de semana.

O programa Creative desenvólvese con mozos consumidores de substancias psicoactivas en idades comprendidas entre os 12 e os 29 anos. Dentro desta poboación, diferéncianse dous grupos:

- ↪ Persoas que se encontran en fase de experimentación do consumo de distintas drogas. Para este grupo desenvólvese actuacións de prevención selectiva.
- ↪ Persoas que se encontran en fase de cristalización de pautas de consumo,

iniciadas durante a adolescencia e que continúan e se consolidan durante a xuventude. Para este grupo desenvólvese actuacións de prevención indicada.

#### 4.4.7. Marco teórico

- ↪ Modelo de estilos de vida e factores de risco que o condicionan (Calafat et al., 1992).

#### 4.4.8. Actividades

- Información á mocidade: a información proporciónase a través de material deseñado para o efecto sobre as distintas substancias, os seus riscos de consumo e pautas de actuación en situación de risco (intoxicacións, accidentes).
- Mediación: profesionais e voluntarios, mozos con capacidade de conectar cos seus pares, encárganse de transmitir a información, detectar situacións de consumo problemático, informar e orientar en consumos de menor risco e axudar en situación de crise.
- Formación de mediadores xuvenís.
- Información e formación a empresarios e empregados de pubs, discotecas, bares.
- Información e orientación á policía local.
- Promoción de pactos e acordos con empresarios de pubs, discotecas e bares para a non promoción e publicidade.
- Distribución de preservativos.
- Distribución de auga.
- Medición de niveis de alcoholemia e análise de drogas (só excepcionalmente).

#### 4.4.9. Contidos

- ↪ Formación de mediadores xuvenís.
- ↪ Distribución de materiais informativos.
- ↪ Atención de consultas e asesoramento persoal.
- ↪ Intervencións con empresarios e profesionais do ocio.

- ↪ Información e derivación a recursos asistenciais de consumidores abusivos de diferentes drogas.

#### 4.4.10. Duración do programa

O programa está deseñado para manter a súa continuidade ao longo do ano.

#### 4.4.11. Materiais con que conta o programa

- Folleto informativo sobre o programa Creative (onde se describe o equipo que o integra e os servizos que ofrece).
- Tarxetas con información telefónica dos servizos sanitarios básicos dispoñibles na localidade ou no barrio (urxencias, hospitais, centros de saúde e centros de atención ás drogodependencias).
- Folletos e guías informativas sobre as distintas substancias psicoactivas que se consomen no contexto onde se desenvolve o programa e condutas de risco relacionados con elas.
- *Flyers* informativos e materiais informativos e identificativos do programa.
- Material de soporte (furgoneta, carpa, mochilas, mesa, luces, xerador, mural).
- Preservativos con explicacións de uso.
- Auga.
- Test de alcoholemia.
- Reactivos para análise de MDMA, alcohol, cannabis e cocaína.
- Material de soporte: dous vehículos tipo furgoneta para permitir mobilidade entre os diferentes espazos e unha carpa.

#### 4.4.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

Aínda que a responsabilidade da implementación do programa descansa sobre os técnicos de prevención, nel participan:

- ↪ Educadores (que reciben unha formación específica sobre os obxectivos do

programa e as estratexias preventivas en que se soporta).

- ↪ Voluntarios e mediadores xuvenís.
- ↪ Colaboradores (hostaleiros, camareiros, DJ, grupos musicais, membros de asociacións, persoal sanitario e de servizos sociais, policía local etc.).

#### 4.4.13. Método para a implementación do programa

A execución do programa descansa en equipos compostos por 2-3 educadores, previamente formados, e un grupo de voluntarios que se instalan cun vehículo e/ou carpa nos espazos urbanos públicos onde se reúnen grupos numerosos de mozos para consumir diferentes substancias. O seu método de traballo, baseado en técnicas de educación social, consiste en:

- ↪ Actuación en función da demanda do interesado/a.
- ↪ Comunicación respectuosa e non invasiva.
- ↪ Empatía e achegamento para evitar o rexeitamento.
- ↪ Atención individualizada e discreta cando así se requira.

As mensaxes proporcionadas son o máis afíns posibles ás pautas de consumo, modos de pensar e de se relacionar dos mozos. Úsase a súa propia linguaxe e códigos de comunicación, grazas á participación dos propios mozos na elaboración das mensaxes, materiais e estratexias informativas do programa.

#### 4.4.14. Variables que se modifican coa implementación do programa

- ↪ Risco percibido asociado ao consumo de drogas.
- ↪ Consumos problemáticos de drogas.
- ↪ Intoxicacións por consumo de alcohol ou outras drogas.



- Intervencións dos servizos de urxencias sanitarias nos contextos de ocio.
- Derivacións a centros de tratamento das adicións.

#### **4.4.15. Mecanismos e instrumentos de avaliación**

Polas características do programa (mediación con intervencións limitadas á demanda), a avaliación que se realiza céntrase na cobertura e no proceso. Os resultados sobre percepción do risco e redución de consumos problemáticos recóllense nos estudos bianuais realizados pola Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Elaborouse un cuestionario ad hoc con datos sobre variables persoais, hábitos de ocio e actitudes ante o consumo.

Os indicadores de cobertura e de proceso seleccionados son:

- N° de persoas que se acercan a solicitar información.
- N° de materiais entregados.
- N° de intervencións en casos de consumo problemático.
- N° de intervencións con servizos de urxencia.
- N° de casos detectados con derivación a servizos de atención

Realízase tamén unha avaliación cualitativa baseada na observación participativa por parte de educadores e voluntarios.

#### **4.4.15. Cronograma**

Para o desenvolvemento dun calendario adecuado teranse en conta os distintos puntos de reunión dos mozos nas localidades onde se vaia implementar o programa, valorando cada un deles e os seus cambios segundo a época do ano. Os diversos grupos de mozos adoitan frecuentar distintas zonas e as franxas horarias tamén poden ir asociadas a diferentes tipos de consumo (botellón, cannabis,

cocaína, pastillas etc.), o importante é asegurar que o programa Creative presta os seus servizos ao maior número de persoas posible. Por iso, a situación e os horarios máis adecuados para o desenvolvemento das intervencións do programa planifícanse en cada localidade e período do ano, procurando asegurar a maior cobertura posible. Se os recursos dispoñibles non permiten actuar en todos os puntos simultaneamente, pode valorarse o desenvolvemento de servizos rotatorios.







# Programa de prevención no ámbito laboral



XUNTA DE GALICIA



## 5.1. “Ao alcance”. Programa de prevención universal do consumo de drogas no ámbito laboral



XUNTA DE GALICIA





**5.1. Ao alcance. Programa universal de prevención do consumo de drogas no ámbito laboral.. . . . . 6**

5.1.1. Xustificación . . . . . 6

5.1.2. Obxectivos . . . . . 8

5.1.3. Estratexia de intervención. 10

5.1.4. Contexto de aplicación . . . 10

5.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria 10

5.1.6. Poboación destinataria . . . 10

5.1.7. Marco teórico . . . . . 10

5.1.8. Actividades . . . . . 10

5.1.9. Contidos . . . . . 11

5.1.10. Duración do programa e número de sesións . . . . . 11

5.1.11. Materiais con que conta o programa . . . . . 11

5.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . . 11

5.1.13. Método para a implementación do programa . . . . 12

5.1.14. Avaliación . . . . . 13



## 5.1. Ao alcance. Programa universal de prevención do consumo de drogas no ámbito laboral.

### 5.1.1. Xustificación

Os datos proporcionados polo último estudo de ámbito nacional realizado en España para coñecer a incidencia das drogas no medio laboral (NAVARRO, J. e RODRÍGUEZ E, 2002) indican a existencia dunhas elevadas prevalencias de uso das distintas drogas entre a poboación traballadora ocupada:

- A porcentaxe de fumadores diarios era do 47,3%.
- O 83,5% dos traballadores consumiron alcohol nos últimos trinta días. Pola súa parte o 8,9% mantén un patrón de consumo abusivo de alcohol.
- O 8,3% dos traballadores declaraba ter consumido derivados do cannabis nos últimos 30 días, mentres que un 1,1% recoñecía consumilo diariamente.
- A porcentaxe de consumidores de cocaína nos últimos 30 días era do 1,6%.
- A prevalencia dos consumos de drogas de síntese nos últimos 30 días alcanzaban o 0,8%.
- O 4,0% dos traballadores ocupados sinalaba ter consumido tranquilizantes nos últimos 30 días.

Aínda que nos últimos anos se produciu un lixeiro descenso no consumo da maior parte das drogas entre os traballadores, as prevalencias de consumo das distintas drogas, legais e ilegais, superan as rexistradas entre o conxunto da poboación. Isto débese a que sobre os traballadores converxen ademais de diversos factores de risco extralaborais (de carácter persoal, familiar e social) outros directamente relacionados coa actividade laboral. Entre os factores de risco de carácter laboral que

inciden sobre a poboación traballadora de Galicia (EDIS, 2004) os que revisten unha maior importancia serían: a mala situación contractual, a inquietude ante o futuro laboral, o cansazo intenso no traballo, as xornadas de traballo prolongadas, a insatisfacción coa función ou o traballo, a insatisfacción co trato recibido polos superiores, os traballos a obra feita ou de alto rendemento e o cansazo ou estrés no traballo.

Os consumos de drogas teñen un impacto moi negativo sobre o medio laboral, afectando tanto os traballadores, que rexistran unha importante deterioración da súa saúde física e mental e da súa vida social e familiar, como as empresas. Os resultados do estudo “Incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001” (NAVARRO, J. e RODRÍGUEZ, E. 2002) confirman os múltiples problemas de saúde, familiares e sociais que sofren os consumidores de drogas. Entre os traballadores ocupados que consumiron alcohol no último ano, o 12,5% recoñece ter sufrido problemas derivados do dito consumo (fundamentalmente de saúde, nas súas relacións sociais, laborais e familiares e accidentes e problemas legais/policiais), porcentaxe que se eleva ao 15,7% entre os que consumiron outras drogas distintas do alcohol.

Son moitos e variados os efectos que o consumo de alcohol e outras drogas por parte dos traballadores teñen na actividade laboral, debido a que estas substancias alteran diversas funcións corporais, a conduta, o xuízo, as percepcións sensoriais (vista, oído, tacto etc.) ou o estado de ánimo dos que as consomen. Alteracións que afectan de forma moi negativa o rendemento dos traballadores, incrementando de forma moi notable o risco de que se produzan accidentes laborais. Estudos realizados en diferentes países pola Organización Internacional do Traballo, para avaliar os problemas causados polo consumo de alcohol e outras drogas no lugar de traballo (OIT, 1988), indican que:

- Entre un 15 e un 30 % das vítimas rexistradas por accidentes laborais están relacionados co uso indebido de drogas e alcohol.



- Entre o 20 e o 30% dos accidentes de traballo afectan a persoas intoxicadas, que se autolesionan ou feren a terceiros.
- Os consumidores de drogas e alcohol rexistran entre o dobre e o triplo de absentismo laboral que o resto dos empregados.
- Nalgunhas empresas, entre o 15 e o 40% dos expedientes disciplinarios gardan relación co consumo de drogas.

Pola súa parte, investigacións realizadas en España (SÁNCHEZ, L. 1994) apuntan, ademais dos anteriores, os seguintes efectos derivados do consumo de drogas:

- Diminución do rendemento laboral e deficiente calidade do traballo realizado.
- Aumento das baixas por enfermidade e as invalideces profesionais.
- Conflitividade e malas relacións con mandos e compañeiros.
- Rotación do persoal e frecuentes cambios de postos de traballo (co incremento dos custos de formación e/ou adaptación ao novo posto).
- Xubilacións anticipadas.
- Incremento dos gastos sanitarios.
- Tensións entre a dirección da empresa e os sindicatos.

Son moi amplas as posibilidades que o ámbito laboral ofrece para o desenvolvemento de intervencións preventivas relacionadas coas drogas (MONCADA, L. 1992, SÁNCHEZ, L. 1994, SÁNCHEZ, L. 1996, MELERO, J.C. e ORTIZ DE ANDA, A. 2001, OIT 2002a, OIT 2002b, SALVADOR, T. SUELVE, J.M, e DEL POZO, J. 2003).

A constatación do grave impacto que os consumos de drogas provocan na saúde e o benestar dos traballadores e na actividade laboral das empresas, xunto ao recoñecemento das vantaxes e o gran potencial que o ámbito laboral ten como escenario para o desenvolvemento de programas

de prevención das drogodependencias, levou a establecer entre os obxectivos xerais en materia de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, o de reforzar a implantación dos programas de prevención no ámbito laboral, incrementando o seu número (Obxectivo N° 12).

Para asegurar o cumprimento deste obxectivo, a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias oferta o programa *Ao alcance*, cuxo desenvolvemento se encadra dentro do seguinte marco institucional:

- Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009: puntos 3.1 (obxectivos na área de prevención) e 4.1. Áreas de intervención (principios orientadores da acción preventiva, ámbitos de actuación preferente, accións e programas que se implementarán, recursos etc.). Entre as estruturas e órganos de coordinación do Plan de Galicia sobre Drogas (punto 4.6.4) inclúese a Comisión Tripartita para o Desenvolvemento do Programa de Intervención en Drogodependencias no Ámbito Laboral, que se constitúe como órgano de coordinación entre a Administración autonómica galega, as empresas e as organizacións sindicais, fundamentalmente, para a adopción de medidas tendentes a previr o consumo de drogas neste ámbito.
- Estratexia nacional sobre drogas 2000-2008 (no seu punto 13 sinala a necesidade de “Estimular e implementar estratexias preventivas que inclúan actuacións informativas, formativas e de modificación de actitudes, comportamentos e factores de risco na poboación laboral”).
- Plan de Acción 2005-2008 da Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (que inclúe como acción N° 12 “Reforzar a colaboración coas centrais



sindicais e as organizacións empresariais a través da Comisión Nacional para a Prevención e o Tratamento das Drogodependencias no Ámbito Laboral”).

O desenvolvemento de programas de prevención no medio laboral é unha exigencia que ten a súa fundamentación no seguinte marco normativo:

## a) Normativa de carácter xeral

- A Constitución española (art. 17, 40, 43 e 45).
- A Lei xeral de sanidade de 1986.
- Lei 1/1992, sobre protección da seguridade cidadá (art. 25.1).
- Lei 199 de Galicia sobre drogas, no seu artigo 5 sobre saúde laboral, e anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos.
- A Lei orgánica 1/1998, de reforma do Código penal (art. 20, 21, 87, 370 e 379).
- Lei 28/2005, de medidas sanitarias fronte ao tabaquismo e reguladora da venda, a subministración, o consumo e a publicidade dos produtos do tabaco (art. 3,4 e 7).

## b) Normativa laboral

- Directiva marco 89/1391/CE, relativa á aplicación de medidas para promover a mellora da seguridade e da saúde dos traballadores (define o marco xeral da política comunitaria en materia de preventiva).
- Convenio N° 155 da OIT, sobre seguridade e saúde dos traballadores de 1981 e Protocolo de 2002 relativo ao Convenio sobre seguridade e saúde dos traballadores de 1981.

- Recomendacións da OIT sobre o tratamento nas empresas dos problemas de alcoholismo e drogadicción (Xenebra 1987).
- Real decreto legislativo 1/1995, do 24 de marzo, polo que se aproba o texto refundido da Lei do Estatuto dos traballadores (art. 4, 19 e 54.2.f).
- Lei 31/1995, de prevención de riscos laborais (art. 16 e 22)
- Real decreto 39/1997, polo que se aproba o Regulamento dos servizos de prevención.

Tendo en consideración as características e necesidades dos principais sectores laborais existentes en Galicia, así como as especiais circunstancias de risco que conflúen nalgúns das actividades laborais, o programa *Ao alcance* inclúe adaptacións ou adecuacións aos sectores laborais máis relevantes: pesca, transporte e construción.

Con este programa perséguese promover intervencións preventivas que favorezan o coñecemento por parte de todas as instancias presentes no medio laboral de factores que favorecen o consumo de drogas, así como das posibles estratexias existentes para a súa modificación.

### 5.1.2. Obxectivos

A finalidade do programa é a de promover a adopción de estilos de vida saudables entre os traballadores, así como reducir a incidencia dos problemas sociosanitarios relacionados co uso de drogas no medio laboral.

a) Os obxectivos xerais do programa son:

Facilitar a implementación de actuacións destinadas á prevención dos consumos de drogas e os danos asociados aos mesmos, integradas nos plans de prevención de riscos laborais, por parte das empresas de Galicia, prioritariamente do sector pesqueiro, transportes e construción.





- Reducir a prevalencia global dos consumos de alcohol e outras drogas entre os traballadores e, de maneira particular, dos pertencentes aos sectores da pesca, o transporte e a construción.
- Reducir o consumo de alcohol e tabaco en horario laboral.
- Reducir a prevalencia dos consumos habituais de tabaco, alcohol e drogas ilícitas entre os traballadores e, de maneira particular, dos sectores pesqueiro, do transporte e da construción.
- Reducir a prevalencia de bebedores abusivos entre os traballadores e, de maneira particular, dos sectores pesqueiro, do transporte e da construción.
- Reducir certos comportamentos de risco entre os traballadores asociados ao consumo de drogas (manexo de vehículos ou maquinaria perigosa tras a inxestión destas substancias).

b) Os obxectivos específicos que persegue o programa son:

- Mellorar o nivel de coñecemento e a calidade da información dos traballadores sobre o impacto das diferentes drogas sobre a súa saúde e benestar persoal e a actividade laboral.
- Reducir a tolerancia social dos traballadores, directivos, representantes sindicais e membros dos servizos de prevención ante os consumos de alcohol e outras drogas.
- Incrementar o risco percibido asociado ao consumo de alcohol ou outras drogas por parte dos traballadores.
- Reducir a permisividade dos traballadores fronte ao consumo de alcohol ou outras drogas dentro da xornada laboral.

c) Os obxectivos operacionais do programa son:

- Capacitar, tanto os responsables das empresas como os traballadores destinatarios do programa para poder identificar potenciais problemas relacionados co uso de drogas no seu contorno laboral e poder afrontalos de forma adecuada.
- Mellorar as condicións ambientais dentro das empresas, mediante o fomento de habilidades corporativas para a adecuada abordaxe dos problemas relacionados coas drogas.
- Informar, concienciar e sensibilizar os traballadores e empresarios dos efectos sobre os traballadores e a actividade laboral dos consumos de drogas.
- Promover e apoiar de forma eficaz cambios de estilos de vida problemáticos.
- Corrixir erros, falsas crenzas, mitos, estereotipos e falacias sobre as drogas.
- Establecer normas que prohiban o consumo de alcohol, tabaco ou outras drogas nas instalacións da empresa e/ou durante a xornada laboral, así como a dispoñibilidade ou acceso a elas.
- Enfatizar as consecuencias positivas de non consumir drogas.



## 5.1.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia, de protección e control, de deseño ambiental e de redución de riscos e danos.

## 5.1.4. Contexto de aplicación

A empresa, con especial atención a aquelas per-  
tencentes ao sector pesqueiro, do transporte e da  
construción.

## 5.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Universal

## 5.1.6. Poboación destinataria

- Poboación mediadora: empresarios, res-  
ponsables de departamentos de recursos  
humanos, representantes sindicais, pro-  
fesionais dos equipos de saúde laboral,  
técnicos responsables de servizos de pre-  
vención de riscos laborais, organizacións  
sindicais e asociacións de empresarios.
- Poboación final: traballadores, preferen-  
temente dos sectores: pesqueiro, trans-  
porte e construción.

## 5.1.7. Marco teórico

O marco teórico sobre o que se asenta o progra-  
ma é o modelo sobre promoción da saúde propos-  
to pola Organización Mundial da Saúde (WHO,  
1984, WHO, 1986), que demostrou durante as tres  
últimas décadas ser eficaz para abordar as distintas  
necesidades formuladas polo abuso de drogas no  
ámbito laboral.

Este modelo considera que os estilos de vida das  
persoas poden mellorar se se crean e/ou se fomen-  
tan as condicións necesarias para iso. Desde o pun-  
to de vista operativo o modelo de promoción da  
saúde postula diversas áreas de acción prioritarias,  
entre as que se encontran varias aptas para o seu  
desenvolvemento no marco laboral, tales como:  
establecer unha política saudable, crear contornos  
que promovan a saúde, fortalecer a acción comu-  
nitaria para a saúde, desenvolver as habilidades

persoais para a adopción de estilos de vida saudá-  
bles e reorientar os servizos sanitarios.

## 5.1.8. Actividades

- a) Sensibilización das direccións das empresas e  
responsables en materia de prevención de ris-  
cos laborais e de saúde laboral sobre o impacto  
dos consumos de drogas nestes ámbitos.
- b) Apoio ao establecemento de políticas para a pre-  
vención das drogodependencias nas empresas:
  - ◆ Guía para empresas interesadas en promo-  
ver programas de prevención.
  - ◆ Asesoramento técnico ao establecemento  
de programas de prevención (asistencia téc-  
nica a empresas).
- c) Avaliación de necesidades:
  - ◆ Elaboración de estudos de necesidades en  
materia de drogodependencias nas empre-  
sas interesadas na implementación do pro-  
grama.
- d) Formación de mediadores laborais na preven-  
ción:
  - ◆ Curso básico para o persoal da empresa que  
polo seu rol nela pode actuar como media-  
dor no desenvolvemento do programa (6  
horas).
  - ◆ Curso de especialización (14 horas adicio-  
nais) para as persoas directamente respon-  
sables da implementación, seguimento e  
avaliación do programa (persoal dos comi-  
tés de seguridade e saúde, departamentos de  
recursos humanos, servizos de prevención e  
saúde laboral).
- e) Información e sensibilización de traballadores:
  - ◆ Difusión dunha guía informativa sobre as  
drogas e os efectos e riscos asociados ao seu  
uso.
  - ◆ Campaña de sensibilización sobre os riscos  
do consumo de alcohol, tabaco ou outras  
drogas.



- ◆ Instalación de carteis recordando as normas que prohiben o consumo e venda de bebidas alcohólicas e tabaco nas instalacións da empresa.
- f) Adestramento en habilidades persoais e sociais:
  - ◆ Desenvolvemento de módulos sobre habilidades de resistencia, control emocional, afrontamento de conflitos e habilidades sociais para traballadores.
- g) Autorrecoñecemento e manexo dos consumos problemáticos:
  - ◆ Difusión dunha guía informativa que lles permita aos traballadores o autorrecoñecemento das condutas de abuso ás drogas e favoreza a petición de axuda.
  - ◆ Consello médico para o abandono das prácticas de consumo máis lesivas ou perigosas.
  - ◆ Información sobre os recursos asistenciais dispoñibles e asesoramento para o manexo dos problemas de abuso ou dependencia ás drogas.
- h) Redución de danos e riscos:
  - ◆ Realización de “Talleres sobre consumo de menos risco”, para traballadores que abusan do tabaco, o alcohol ou outras drogas e que non poden ou non queren abandonar o consumo.

### 5.1.9. Contidos

- ▭ Formación de mediadores laborais.
- ▭ Disuasión de manuais para o establecemento de programas de prevención das drogodependencias.
- ▭ Difusión de materiais de información/sensibilización entre os traballadores.
- ▭ Intervencións normativas.
- ▭ Desenvolvemento de competencias.

- ▭ Asesoramento e apoio a empresas, para facilitar a implementación de programas preventivos e orientar o manexo de casos con problemas neste ámbito.
- ▭ Redución de riscos e danos asociados ao consumo de drogas.

### 5.1.10. Duración do programa e número de sesións

A implementación do conxunto das actuacións previstas no marco do programa ten unha duración estimada duns nove meses.

### 5.1.11. Materiais con que conta o programa

- ▭ Guía para empresas interesadas en promover programas de prevención fronte ás drogodependencias.
- ▭ Documento marco cos contidos do programa.
- ▭ Manual para a implementación do programa *Ao alcance*.
- ▭ Guía informativa *Os traballadores fronte ao alcohol e outras drogas*.

### 5.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O desenvolvemento do programa descansa sobre dous tipos de profesionais, con funcións claramente diferenciadas:

- ▭ Técnicos de prevención do PGD: asumirían un papel relevante na difusión do programa, a súa presentación ás empresas interesadas na súa implementación, a difusión dos materiais de apoio ao programa e o desenvolvemento das actividades de formación de mediadores laborais. Estes profesionais deben contar cun amplo coñecemento da normativa legal aplicable en materia de prevención de riscos laborais e manter unha actitude equidistante e respectuosa cos intereses que asisten ao conxunto de axentes re-



presentados no medio laboral, que propicie consensos básicos.

- Profesionais dos servizos de prevención, saúde laboral e recursos humanos e integrantes dos comités de seguridade e saúde, que serían responsables de soportar a execución do resto de actividades recollidas no programa e que deben contar cunha formación mínima en relación co manexo dos problemas das drogas no medio laboral.

### 5.2.13. Método para a implementación do programa

O método que se seguirá para a implementación do programa axustarase ao seguinte esquema:

#### 1) Difusión do programa

- Reunións entre representantes da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias e das asociacións e organizacións empresariais e sindicais para presentar os obxectivos e contidos do programa, así como os principais servizos postos á disposición das empresas, co fin de que os difundan entre os seus membros e afiliados.
- Reunións entre representantes da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias e das mutuas de accidentes de traballo e enfermidades profesionais para asegurar a difusión do programa entre as súas empresas asociadas.
- Remisión desde a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias dun escrito a todas as empresas radicadas en Galicia cun cadro de persoal de 50 ou máis empregados, facilitando información sobre os obxectivos e contidos do programa *Ao alcance*, así como dos servizos e materiais postos á súa disposición para facilitar o seu desenvolvemento. Este escrito irá acompañado do

envío da *Guía para empresas interesadas en promover programas de prevención das drogodependencias*.

#### 2) Recepción de demandas formuladas polas empresas para a implementación do programa

Todas as empresas interesadas en implementar o programa notificarán esta petición á Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, quen dará traslado dela ao equipo de prevención que cubra a área onde está situada a empresa.

Un técnico do equipo de prevención contactará coa persoa designada coa empresa para fixar unha reunión de traballo na cal se ampliará tanta información sexa necesaria sobre o funcionamento do programa e para acordar os pasos que se deben seguir para a súa implantación. Ao final desta reunión, o representante da empresa asinará unha petición por escrito solicitando a alta no programa.

#### 3) Execución do programa

A execución do programa daría comezo formalmente coa celebración dunha segunda reunión por parte do técnico do equipo de prevención cos responsables dos servizos de saúde laboral, prevención, recursos humanos, delegados de prevención, membros dos comités de saúde e seguridade e representantes dos traballadores para informalos dos contidos do programa e das actividades que se van poñer en marcha na empresa e para proceder á elaboración do “Estudo de necesidades en materia de prevención das drogodependencias”, cubrindo un cuestionario deseñado para o efecto e a achega de información complementaria por parte dos participantes na reunión.

Unha vez completada a avaliación de necesidades procederíase á adecuación dos contidos do programa ás demandas e necesidades específicas da empresa, tarefas que deberían ser acometidas nun prazo estimado dun mes. Unha vez remitidos os contidos de ambos os documentos (estudo de necesidades e adecuación do programa) á persoa



designada pola empresa como interlocutor da iniciativa e confirmada a aceptación do seu contido polos representantes dos traballadores, fixaríase o calendario de execución das actividades previstas no programa *Ao alcance*, pola seguinte orde:

- Curso básico e de especialización de mediadores laborais.
- Distribución entre os mediadores laborais da empresa o *Manual para a posta en marcha de programa Ao alcance*.
- Distribución dos materiais de información/sensibilización entre os traballadores da empresa.
- Execución do resto de medidas previstas no programa (orientación e asesoramento a traballadores, adopción de medidas de control da oferta e do consumo durante a xornada laboral etc.).

## 5.1.14. Avaliación

### a) Avaliación do proceso

A avaliación do proceso apoiarase nos seguintes indicadores:

- N° de reunións mantidas con representantes da empresa durante os procesos de avaliación de necesidades e de axuste dos contidos do programa.
- N° de cursos de formación de mediadores laborais realizados e de asistentes a eles.
- N° de materiais distribuídos.
- N° de usuarios dos servizos de información e orientación.
- N° de traballadores que recibiron consello médico para abandonar e/ou reducir o consumo de alcohol, tabaco ou outras drogas.
- N° de traballadores derivados a servizos de tratamento externos.

### b) Avaliación de resultados

Antes de dar comezo ao desenvolvemento do programa, e no marco do estudo de avaliación de necesidades, establécese a recollida de información sobre os seguintes aspectos:

- Información dos traballadores sobre as diferentes substancias.
- Actitudes dos traballadores fronte aos consumos de drogas.
- Grao de cumprimento da normativa legal en materia de venda e consumo de drogas nos centros de traballo.
- Hábitos de consumo de drogas dos traballadores.
- Impacto dos consumos de drogas na actividade laboral: taxa de absentismo, accidentalidade, invalideces e expedientes disciplinarios.

Esta información, que permite coñecer a situación do problema en cada empresa de maneira previa á implementación do programa, será recompilada antes do inicio da intervención a partir de tres fontes complementarias:

- Un breve cuestionario que cubrirán os traballadores, que rastrexará de forma xeral os seus hábitos de consumo de drogas, as súas actitudes fronte a estas substancias e os problemas sufridos como consecuencia do seu consumo.
- Os rexistros e estatísticas da empresa sobre absentismo laboral, baixas por enfermidade, accidentes e expedientes disciplinarios.
- Datos dos servizos médicos de empresa relativos á prevalencia de fumadores diarios e de bebedores abusivos e/ou de risco.

Os indicadores que se utilizarán na avaliación de resultados son os seguintes:



- % de traballadores que respectan a normativa que impide o consumo de tabaco en (certas) instalacións da empresa.
- % de traballadores que non consomen alcohol ou outras drogas durante a xornada laboral ou nas horas inmediatamente anteriores ao seu comezo.
- % de traballadores que consomen alcohol e tabaco diariamente.
- % de traballadores que consomen alcohol as fins de semana.
- % de traballadores con consumos abusivos e/ou de risco de alcohol.
- % de traballadores que consumiron cannabis ou outras drogas ilícitas nos últimos 30 días.
- % de traballadores que deixaron de fumar.
- % de traballadores que reduciron a inxestión de bebidas alcohólicas.
- % de traballadores que consideran que mellorou o seu nivel de información sobre as drogas.
- % de traballadores que consideran que o consumo de alcohol, tabaco ou outras drogas pode provocar bastantes ou moitos problemas no rendemento dos traballadores e a seguridade laboral.
- % de traballadores que manteñen unha actitude de rexeitamento fronte ao consumo de alcohol ou outras drogas, dentro e fóra do horario laboral.
- Taxas de absentismo.
- Taxas de accidentalidade.
- N° de baixas por enfermidade.
- N° de expedientes disciplinarios.

de resultados do programa” que será aplicado aos traballadores unha vez transcorrido un ano desde a implementación do programa. Así mesmo, consultaránse de novo os rexistros e estatísticas da empresa sobre absentismo laboral, baixas por enfermidade, accidentes e expedientes disciplinarios, para analizar as variacións producidas nestes indicadores.

Os datos acerca destes indicadores serán recompilados mediante o “Cuestionario para a avaliación







# Programas de reducción de danos e prevención indicada con drogodependentes





## 6.1. “SÍSIFO”. Programa de intervención precoz con drogodependientes en situación de emerxencia social



XUNTA DE GALICIA





<b>6.1. SISIFO. Programa de intervención precoz con drogodependentes en situación de emerxencia social. . . . .</b>	<b>6</b>
6.1.1. Xustificación . . . . .	6
SUBPROGRAMA DE CAPTACIÓN ACTIVA E INTERVENCIÓN EN MEDIO ABERTO (OUTREACH). . . . .	7
6.1.2. Obxectivos. . . . .	7
6.1.3. Estratexia de intervención. . . . .	8
6.1.4. Contexto de aplicación . . . . .	8
6.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria . . . . .	8
6.1.6. Poboación destinataria . . . . .	8
6.1.7. Marco teórico . . . . .	9
6.1.8. Actividades e contidos . . . . .	9
6.1.9. Materiais con que conta o programa . . . . .	9
6.1.10. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . .	10
6.1.11. Método para a implementación do programa . . . . .	10
6.1.12. Avaliación . . . . .	11
SUBPROGRAMA DE APOIO RESIDENCIAL. . . . .	11
6.1.13. Obxectivos. . . . .	11
6.1.14. Estratexia de intervención . . . . .	11
6.1.15. Contexto de aplicación . . . . .	11
6.1.16. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria . . . . .	11
6.1.17. Poboación destinataria . . . . .	11
6.1.18. Marco teórico . . . . .	12
6.1.19. Actividades e contidos . . . . .	12
6.1.20. Materiais con que conta o programa . . . . .	12
6.1.21. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . .	12
6.1.22. Método para a implementación do programa . . . . .	12
6.1.23. Avaliación. . . . .	13



## 6.1. SISIFO. Programa de intervención precoz con drogodependentes en situación de emerxencia social.

### 6.1.1. Xustificación

Nos últimos anos puxéronse en marcha diferentes iniciativas para mellorar a cobertura asistencial das adiccións, centradas na ampliación e diversificación dos servizos ofertados e na flexibilización dos criterios para o acceso e permanencia neles, que se concretaron, entre outros resultados, no reforzamento dos programas de reducción do dano. A pesar destes esforzos, o certo é que aínda existe un segmento relevante de drogodependentes que se manteñen afastados dos servizos asistenciais, moitos dos cales se encontran en situación de emerxencia social.

Precisamente a situación social, sanitaria e psicolóxica desta poboación en situación de exclusión ou emerxencia social, impide ou dificulta o seu acceso ou o mantemento nos servizos e centros de que dispón a Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias do SERGAS.

Os resultados do “Estudo sobre poboación drogodependente en situación de emerxencia social”, realizado en 2005 nas sete principais cidades de Galicia (CONSELLERÍA DE SANIDADE, 2006), permitiu identificar a existencia de diversos e graves problemas entre este colectivo. Problemas que non só impiden a superación da exclusión social, senón tamén o acceso ou a vinculación aos programas de tratamento das drogodependencias, entre os que destacan:

- ◆ A carencia de documentación básica, o que dificulta a tramitación de cobertura sanitaria e poder beneficiarse de determinadas prestacións sociais.
- ◆ Deficiente cobertura das necesidades primarias. As prestacións económicas periódicas destinadas á súa satisfacción (RISGA,

pensións non contributivas etc.) teñen unha contía moi limitada, que non asegura a autosuficiencia de moitos drogodependentes, o que explica que moitas destas persoas recorran ás actividades marxinais para obter os seus ingresos.

- ◆ A cobertura que algúns recursos sociais facilitan das necesidades de aloxamento ou comida (albergues, comedores sociais) é parcial e limitada no tempo, ás veces por períodos tan breves que non permiten nin superar os estadios iniciais do tratamento e garantir a súa estabilización nel.
- ◆ Dificultades de acceso á vivenda, circunstancia que non só impide o inicio ou a continuidade dos tratamentos, senón que favorece a consolidación das situacións de exclusión e marxinação social.
- ◆ Ausencia de redes sociais de apoio e rexeitamento social.

A necesidade de establecer estratexias de detección e intervención precoz en relación coa problemática das drogodependencias, aparece recollida na Estratexia nacional sobre drogas: 2000-2008, que no obxectivo primeiro da área de reducción do dano, recolle unha serie de medidas para mellorar a accesibilidade da poboación drogodependente impulsando, entre outras, estratexias de captación activa e servizos de emerxencia que dean resposta ás necesidades básicas do colectivo drogodependente que non acode habitualmente á rede asistencial normalizada, colectivo que deu en denominarse “poboación oculta”. Unha liña de actuación que mantén a súa continuidade no Plan de Acción 2005-2008, da Delegación do Goberno para o Plan Nacional Sobre Drogas.

Pola súa parte, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece entre os obxectivos da área de asistencia, o de “apoiar técnica e financeiramente a posta en marcha de centros de emerxencia social para drogodependentes”. Nesta liña de intervención establécese a implementación de estratexias

que doten a rede asistencial de novos mecanismos de detección destas “poboacións ocultas”, atendendo particularmente á detección precoz de poboacións novas que comezan a integrarse dentro deste circuíto de exclusión social, promovendo ao mesmo tempo accións que logren acercar e integrar na rede de tratamento ao maior número posible de drogodependentes, diminuíndo así os factores de risco e mellorando o seu prognóstico.

O proceso de exclusión social que afecta unha porcentaxe considerable da poboación drogodependente converte estas persoas en membros de “poboacións ocultas”, á cal parte da rede asistencial e organismos de vixilancia e análise da evolución do consumo de drogas non accede. Un colectivo de drogodependentes que non acoden aos dispositivos asistenciais que son os máis necesitados dos seus servizos, aínda que tamén os máis complicados de abordar, dadas as dificultades para chegar ata eles e desenvolver un traballo previo que derive nun posterior contacto cos recursos asistenciais.

De maneira inevitable, as dificultades de acceso e integración destas persoas na rede asistencial van repercutir en grao variable sobre a súa calidade de vida, e por tanto sobre o estado de saúde xeral, tanto a nivel físico como psicolóxico. A non dispoñibilidade ou adaptación de recursos ás particularidades deste colectivo, dificulta o acceso destas persoas a medidas hixiénicas, alimenticias e de descanso básicas, aumentando as posibilidades de transmisión ou reinserción dalgunha das enfermidades de maior prevalencia nesta poboación, co conseguinte aumento das complicacións biopsicosociais destas persoas, cronicándose e/ou empeorando o seu prognóstico.

A problemática que presentan estas poboacións vai máis alá do consumo de drogas, afectando a satisfacción das necesidades persoais básicas, que deben ser atendidas desde os organismos correspondentes de maneira coordinada. Por todo isto, o Plan de Galicia sobre Drogas considerou conve-

niente articular estratexias que dean resposta a estas necesidades, para o cal deseñou este Programa de intervención precoz con drogodependentes en situación de emerxencia social que se estruturará sobre a base de dous subprogramas coordinados e complementarios:

- a) Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (Outreach).
- b) Subprograma de apoio residencial.

Desta maneira, o programa establece mecanismos de acceso a “poboacións ocultas” a través da busca activa de casos, permitindo desta maneira a detección precoz de poboación nova en situación de risco, e ao mesmo tempo, atende e desenvolve de maneira integral os aspectos biopsicosociais da poboación drogodependente con perfís de exclusión social, que integraría a parte da referida poboación nova.

Deste modo, preténdese ofrecer unha óptima atención e familiarizar a estes drogodependentes coa rede asistencial de tratamento do PGD, ou con outros servizos sociosanitarios xerais e especializados a modo de porta de entrada, iniciando así a súa normalización biopsicosocial. Esta “normalización” debería progresar mediante outras actuacións de carácter máis específico, englobadas dentro dos programas de información, orientación e acollida e do Programa de incorporación personalizado, encamiñadas a reducir de maneira individualizada as patoloxías médicas, psicolóxicas e sociais que presente cada suxeito.

## **SUBPROGRAMA DE CAPTACIÓN ACTIVA E INTERVENCIÓN EN MEDIO ABERTO (OUTREACH).**

### **6.1.2. Obxectivos**

Os subprogramas de captación activa e intervención en medio aberto forman parte do repertorio de programas de redución do dano existentes. Coa particularidade de que este tipo de programas facilitan un achegamento aos usuarios de drogas (UDVP e non UDVP) que forman parte destas



“poboacións ocultas” e que, por tanto, están fóra da rede asistencial de tratamento do PGD.

A finalidade do Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto, é a de atender as necesidades básicas desta poboación drogodependente dentro das posibilidades do programa, ben facilitando os recursos necesarios “in situ”, ben informando, orientando e derivando á UADE de referencia ou a outros servizos onde se lles poida facilitar a resolución ás súas necesidades.

## a) Obxectivos xerais

- ↪ A detección e a avaliación destas poboacións “ocultas”, que permitan un coñecemento próximo á realidade da rúa e ás condicións biopsicosociais en que viven estas persoas.
- ↪ Determinar as necesidades de carácter psicolóxico, sanitario e social desta poboación, co obxecto de orientar as intervencións que se realizarán.
- ↪ Detectar de maneira precoz á poboación nova drogodependente.
- ↪ Contactar con drogodependentes que non solicitan axuda e que se encontran en situacións de emerxencia psicolóxica, física e/ou social.
- ↪ Facilitar o acceso destes drogodependentes á Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias a través do traballo individualizado de motivación e derivación.
- ↪ Asegurar o seguimento posterior dos casos incorporados a tratamento.
- ↪ Favorecer medidas que eviten a marxación social e sanitaria a persoas con problemas de consumo de drogas.

## b) Obxectivos específicos

- ↪ Mellorar a calidade de vida dos consumidores.

- ↪ Reducir os riscos derivados do consumo de drogas, derivados do consumo crónico ou das condicións e circunstancias en que se realiza este consumo.
- ↪ Diminuír as barreiras para o acceso aos servizos sociosanitarios, propiciando que poidan acceder a eles o maior número de drogodependentes.
- ↪ Detectar de maneira temperá a poboación nova drogodependente con perfil de exclusión social ou integrada no circuíto de rúa.
- ↪ Detectar os drogodependentes en situación de crise (cunha considerable deterioración física ou psíquica), articulando mecanismos de resposta áxil a estas situacións (aloxamento, ingreso en hospital etc.).
- ↪ Determinar o grao de sufrimento psicolóxico e indicadores de patoloxía dual, co obxecto de orientar as intervencións encamiñadas a paliar ou diminuír as súas causas e consecuencias.

### 6.1.3. Estratexia de intervención

Redución de riscos e danos.

### 6.1.4. Contexto de aplicación

Rúa e espazos abertos.

### 6.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Redución do dano.

### 6.1.6. Poboación destinataria

- ↪ Poboación nova drogodependente con perfil de exclusión social ou integrada no “circuíto de rúa”.
- ↪ Drogodependentes con perfil de exclusión social non adscritos a tratamento.
- ↪ Reclusos drogodependentes que no momento da súa excarceración se encontran en situación de desprotección social, sen



rede social de apoio, e que están en risco de entrar no “circuíto de rúa”, integrándose nestas poboacións ocultas e situándose en posición de exclusión social, co conseguinte risco de recaída e/ou inicio de novos consumos.

- ▭ Poboación drogodependente con consumos en activo, independentemente de estar ou non adscritos a tratamento.

### 6.1.7. Marco teórico

Postulados da reducción de danos relacionados coas drogas (NEWCOMBE, R. 1995).

### 6.1.8. Actividades e contidos

Desde o Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (Outreach), priorizaranse as seguintes intervencións:

1. Detectar as posibles “poboacións ocultas” presentes na localidade ou zonas limítrofes.
2. Solicitar información que oriente sobre a magnitude desta poboación e sobre as intervencións que se realizarán con ela.
3. Determinar as necesidades de carácter psicolóxico, sanitario e social desta poboación.
4. Analizar a tipoloxía de consumo presente nesta poboación para orientar as posibles intervencións.
5. Intervir en reducción do dano en relación coas condutas de consumo e sexuais:
  - ◆ Intercambio de material de inxección.
  - ◆ Dispensación de material para fumar en prata ou pipa.
  - ◆ Información relativa a consumos de menos risco.
  - ◆ Información sobre venopunción segura.
  - ◆ Información sobre prevención de sobredoses.
  - ◆ Dispensación de preservativos.

- ◆ Información sobre sexo seguro.
- ◆ Información sobre vías de infección e reinserción das enfermidades de maior prevalencia (VIH, hepatitis, tuberculoses, cándida etc.).
- ◆ Información sobre hábitos de hixiene e alimentación básicos en relación á tipoloxía e vía de consumo, ás enfermidades que manifesta o usuario e á época do ano.

6. Detección de usuarios de drogas non adscritos a tratamento e de poboación nova consumidora, co obxecto de realizar un traballo de motivación orientado cara a tratamento.
7. Atender a demanda de necesidades dos usuarios a través dunha relación empática, aberta e fluída.
8. Informar, orientar e derivar atendendo as necesidades e particularidades de cada caso.
9. Detectar as posibles barreiras de acceso á rede asistencial que manifesta esta poboación, e propoñer solucións para a súa erradicación.
10. Solicitar información sobre as áreas de consumo, sexualidade, social, sanitaria e psicolóxica. Esta información facilita o labor de análise da situación real en cada momento, o alcance e efectividade das intervencións realizadas e, finalmente, a detección de posibles cambios que aconsellen reorientar as intervencións para adaptalas á situación presente en cada momento.

O subprograma prioriza as intervencións encamiñadas a previr ou reducir a deterioración biopsicosocial do usuario, especialmente aquelas relacionadas coa infección e reinserción de enfermidades que poidan agravar e/ou cronificar o estado de saúde xeral do individuo.

### 6.1.9. Materiais con que conta o programa

- ▭ Dúas furgonetas adaptadas.
- ▭ Folleto descritivo dos obxectivos e destinatarios do programa.



- Programa e manual de intervención con drogodependentes en situación de emerxencia social.

## 6.1.10. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O subprograma conta cun coordinador para a súa aplicación en Galicia, que dirixe a outros profesionais (educadores sociais e traballadores sociais) e voluntarios e que se encarga da coordinación con distintas entidades que contan con servizos de emerxencia social (comités antisida, asociacións de ex-usuarios etc.).

## 6.1.11. Método para a implementación do programa

A inclusión dos beneficiarios no subprograma realizarase de maneira automática ao establecer a persoa contacto cos equipos que o levan a cabo. Permanecerá nel mentres o contacto sexa mantido no tempo e o caso non sexa derivado á unidade de condutas adictivas correspondente, para iniciar tratamento ou realizar outras intervencións máis específicas.

As intervencións que se desenvolverán no contexto do subprograma axústanse ao seguinte protocolo:

### A) Fase de acollida.

1. Acollida do usuario por parte dun profesional do equipo.
2. Información sobre os servizos e horarios que ofrece o programa.
3. Ofrecemento para atender as demandas e necesidades do usuario, de acordo cos obxectivos e posibilidades do programa.

### B) Fase de avaliación.

4. Recollida de información sobre a situación biopsicosocial, de consumo e prácticas de risco do usuario.
5. Avaliación das necesidades primarias e secundarias do usuario.

6. Detección precoz de poboación nova consumidora.
7. Detección de drogodependentes en situación de crise ou notable deterioración biopsicosocial.

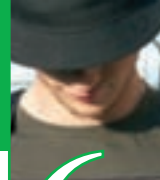
### C) Fase de intervención.

8. Reducir os riscos derivados do consumo, tanto os que son consecuencia do consumo crónico, como das condicións e circunstancias en que se leva a cabo.
9. Información, orientación e derivación (se procede) en relación coas necesidades primarias detectadas (condutas de risco, analíticas, infección-reinfección de enfermidades, acceso á rede de tratamento ou outros recursos específicos: empadroamento, médico de atención primaria, servizos sociais, albergues etc.).
10. Traxallo de motivación cara ao tratamento.
11. Avaliación continua do estado biopsicosocial do usuario, especialmente enfermidades infecciosas e de declaración obrigatoria, crises psicolóxicas e déficit de vivenda.

### D) Fase de seguimento.

12. Seguimento dos casos.
13. Función investigadora en relación coas áreas de consumo, sexualidade, social, sanitaria e psicolóxica, para poder analizar a súa situación real en cada momento, a prevalencia de patoloxías médicas e indicadores de patoloxía dual, así como o alcance e efectividade das intervencións realizadas.

Aínda que se considera como obxectivo desexable a inclusión en programas de tratamento do maior número posible de usuarios do subprograma, dado que as condicións biopsicosociais deste colectivo melloran considerablemente estando adscritos a calquera modalidade de tratamento, as intervencións que se realizarán non se deben limitar nin



coaccionar o usuario neste sentido. Este traballo de motivación a tratamento débese establecer de maneira gradual, adaptándoo ao ritmo do usuario conforme se vai dando resposta a algunhas das súas demandas e necesidades. Con isto conséguese prolongar e intensificar ao máximo o contacto do usuario cos profesionais dos equipos de rúa, e por tanto, as posibilidades de que o usuario chegue a contactar e integrarse na rede asistencial normalizada.

### 6.1.12. Avaliación

Os indicadores que se utilizarán para a avaliación do Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (*Outreach*) serían os seguintes:

#### a) Ficha do proceso:

1. Número de usuarios contactados.
2. Porcentaxe destes usuarios que foron postos en contacto e/ou integrados na rede asistencial normalizada.
3. Análise das intervencións realizadas.
  - Número de xiringas intercambiadas.
  - Número de preservativos dispensados.
  - Número de derivacións a: UCA, outros centros sanitarios, centros de tipo social e outros centros).

#### b) Replicación do estudo sobre poboación drogodependente en situación de emerxencia social estudo cun carácter bianual.

## SUBPROGRAMA DE APOIO RESIDENCIAL.

### 6.1.13. Obxectivos

O subprograma insírese dentro dunha estratexia destinada a favorecer medidas que eviten ou palién a exclusión social e sanitaria a persoas con problemas de consumo de drogas.

#### a) Obxectivos xerais

O obxectivo xeral do subprograma é ofrecer un recurso de apoio residencial de carácter temporal para aqueles drogodependentes máis desprotexi-

dos a nivel social, que dea resposta inmediata aos casos en situación de emerxencia durante o tempo necesario para a súa melloría, a resolución da súa situación ou a súa derivación a outro tipo de recurso residencial máis acorde co seu plan terapéutico, diminuindo os riscos que implicaría un empeoramento da súa situación biopsicosocial.

#### b) Obxectivos específicos

- Adecuar as intervencións ás necesidades deste colectivo, ofrecendo unha resposta áxil e eficaz para casos de emerxencia.
- Facilitar o contacto e acceso á Rede Asistencial do PGD, sendo este subprograma unha porta de entrada que motive o drogodependente a realizar unha demanda de tratamento.
- Previr un empeoramento da situación e prognóstico biopsicosocial do usuario.
- Reducir o grao de afectación de patoloxías mentais e/ou médicas.
- Mellorar a calidade de vida dos usuarios e reducir así o risco de morbi-mortalidade.

### 6.1.14. Estratexia de intervención

Redución de riscos e danos.

#### 6.1.15. Contexto de aplicación

Rúa e espazos abertos, albergues ou vivendas destinadas a colectivos en situación de emerxencia social.

#### 6.1.16. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Redución do dano.

#### 6.1.17. Poboación destinataria

- ◆ Poboación nova drogodependente que manifesta perfís de exclusión social con déficit de vivenda.
- ◆ Drogodependentes (UDVP e non UDVP) non adscritos a tratamento que manifestan



perfís de exclusión social con déficit de vivenda.

- ◆ Drogodependentes adscritos a tratamento que manifestan perfís de exclusión social con déficit de vivenda, á espera dunha prestación social que lles permita optar a ela.
- ◆ Drogodependentes con alta médica do hospital que manifestan perfís de exclusión social con déficit de vivenda, e que a precariedade do seu estado de saúde aconsella facilitarlles apoio residencial ata unha óptima recuperación.
- ◆ Ex-reclusos que no momento da excarceración estean sen rede social de apoio nin vivenda e están pendentes de obter o subsidio de excarceración.

### 6.1.18. Marco teórico

Postulados da redución de danos relacionados coas drogas (NEWCOMBE, R. 1995).

### 6.1.19. Actividades e contidos

Alternativa residencial por tempo limitado ata a resolución dunha prestación social, a superación da situación de crise ou a mellora do estado de saúde xeral, para drogodependentes en situación de emerxencia social.

### 6.1.20. Materiais con que conta o programa

- Dúas furgonetas adaptadas.
- Folleto descritivo dos obxectivos e destinatarios do programa.
- Programa e manual de intervención con drogodependentes en situación de emerxencia social.

### 6.1.21. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O subprograma conta cun coordinador que dirixe os profesionais e voluntarios que colaboran nel e que se encarga da coordinación con distintas entidades que contan con servizos de emerxencia social.

### 6.1.22. Método para a implementación do programa

Avaliáse detidamente a inclusión de cada candidato, co fin de non incluír persoas que non presenten déficit de vivenda ou que contan coa posibilidade de sufragar esta mediante a percepción dunha prestación social cuantiosa.

A inclusión dos usuarios no subprograma realízase desde os equipos que levan a cabo o Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto e a través das UCA. Os criterios de inclusión serán os seguintes:

1. Poboación nova drogodependente con perfil de exclusión social que presenta déficit de vivenda.
2. Drogodependentes non adscritos a tratamento que manifestan perfil de exclusión social con déficit de vivenda.
3. Terán preferencia aqueles que, cumprindo o criterio 1 ou 2, presenten unha maior deterioración biopsicosocial.
4. Reclusos que no momento da excarceración se encontren sen rede social de apoio nin vivenda, e estean pendentes de obter o subsidio de excarceración que lles permita optar a ela.
5. Dos casos identificados segundo criterio 3 e 4, terán igualmente preferencia aqueles que presenten unha maior deterioración biopsicosocial.
6. A avaliación para determinar a inclusión dun usuario no subprograma realizaraa o equipo, ou ben segundo criterio profesional do médico ou psicólogo que determine a imperiosa necesidade da súa inclusión por razóns de emerxencia.

O tempo de permanencia neste subprograma poderá oscilar entre 1 e 45 días (como máximo), estando suxeito ás necesidades e obxectivos terapéuticos establecidos para cada caso. Así mesmo, o período

ción de emerxencia. Ao mesmo tempo, motivarase o usuario cara ao tratamento.

## 6.1.23. Avaliación

Os indicadores seleccionados, centrados na avaliación da cobertura e do proceso son os seguintes:

de permanencia no dito subprograma estará condicionado á superación da situación de emerxencia ou á súa derivación a outro recurso residencial máis acorde co seu plan terapéutico. En ningún caso se debe propoñer a utilización deste servizo como recurso de longa estadía. Para aqueles casos que demanden unha prolongación temporal máis alá dos 45 días, o equipo das UCA deberá buscar unha alternativa residencial ao usuario.

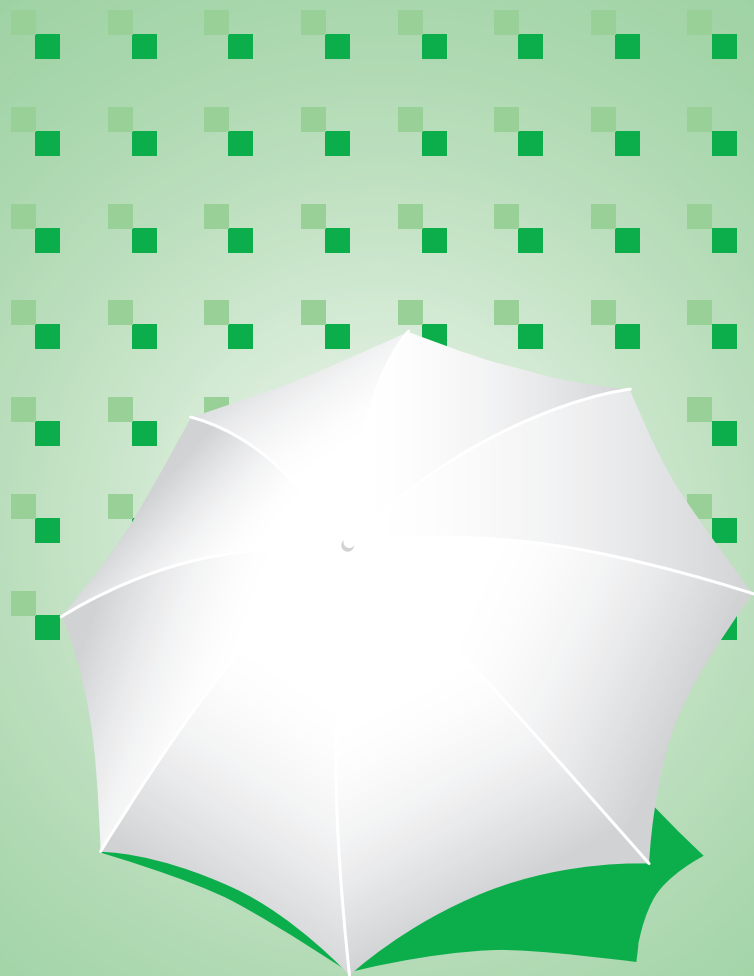
As intervencións previstas no subprograma axústanse ao seguinte protocolo:

1. Acollida do usuario por parte dun profesional dos “equipos de rúa” que levan a cabo o Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (Outreach) ou das unidades de condutas adictivas (UCA).
2. Avaliación da situación e prognóstico biopsicosocial do usuario, tendo maior peso os criterios biolóxico e psicolóxico.
3. Determinar se o caso é susceptible de admisión no subprograma e se debe ser derivado a un centro sanitario (se pola súa deterioración física ou psicolóxica require coidados específicos), ou se polo contrario non precisa de ningunha intervención.
4. Coordinación entre os dous equipos (equipo de rúa e UCA) para determinar as prazas libres e a prioridade de cada un dos casos que ambos están tramitando.
5. Información ao usuario da posibilidade de entrar no dito subprograma por un período limitado, e das condicións de permanencia.
6. Derivación, ou acompañamento se fose preciso, ata o lugar de acollida.
7. Cita cun profesional da UAD correspondente ao día seguinte do seu ingreso no subprograma e pernoita no lugar de acollida. Apertura dun expediente do caso e valoración das intervencións que se deben realizar a curto prazo para a superación desta situa-

- ◆ Número de usuarios incorporados a este subprograma.
- ◆ Número de días de espera para acceder ao subprograma.
- ◆ Tempo medio de estadía.
- ◆ Intervencións realizadas.
- ◆ Motivo de saída.



## 6.2. “Itinere”. Programa de prevención indicada e incorporación sociolaboral para drogodependentes excarcerados



XUNTA DE GALICIA







**6.2. Itinere. Programa de  
prevención indicada e incorporación  
sociolaboral para drogodependentes  
excrcerados. . . . . 18**

6.2.1. Xustificación . . . . . 18  
6.2.2. Obxectivos . . . . . 19  
6.2.3. Estratexia de intervención. 20  
6.2.4. Contexto de aplicación . . . 20  
6.2.5. Tipo de programa en función  
do risco da poboación destinataria 20  
6.2.6. Poboación destinataria . . . 20  
6.2.7. Marco teórico . . . . . 20  
6.2.8. Actividades . . . . . 20  
6.2.9. Duración do programa e  
número de sesións . . . . . 21  
6.2.10. Materiais con que conta o  
programa . . . . . 21  
6.2.11. Características das  
persoas responsables da aplicación  
do programa. . . . . 21  
6.2.12. Método para a  
implementación do programa . . . 21  
6.2.13. Avaliación. . . . . 21

## 6.2. Itinere. Programa de prevención indicada e incorporación sociolaboral para drogodependentes excarcerados.

### 6.2.1. Xustificación

Os consumos de drogas entre a poboación reclusa superan amplamente os rexistrados entre a poboación xeral española, de maneira especial no referido a substancias ilícitas, como a heroína ou a cocaína. Os datos da “Enquisa estatal sobre saúde e drogas entre os internos en prisión, 2006” (DXPNDS, 2007) confirman a importantísima presenza que os consumos de drogas teñen entre o poboación reclusa, así como as elevadas prevalencias de certas prácticas de risco relacionadas con estas condutas. Indicar que unicamente o 20,3% dos internos non consumira ningunha droga nos 30 días previos ao seu ingreso en prisión.

Táboa 2. Consumo de drogas entre os internos en prisión. España, 2006.

Droga consumida	Últimos 30 días previos ao ingreso en prisión	Últimos 30 días en prisión
Alcohol	61,7%	3,8%
Cannabis	42,7%	27,6%
Cocaína	40,0%	5,0%
Heroína	24,3%	5,5%
Tranquilizantes	16,4%	9,1%
Éxtase	4,8%	0,3%
Anfetaminas	4,1%	0,3%

FONTE: Enquisa estatal sobre saúde e drogas entre os internos en prisión, 2006.

Pola súa parte un de cada catro internos (25,2%) mantivo algunha experiencia insectora ao longo da súa vida, dos cales case a metade (48,5%) compartiu nalgunha ocasión xiringas utilizadas previamente por outras persoas. Esta conduta explica as elevadas prevalencias que a infección por VIH ten

entre a poboación reclusa española (15%), o mesmo que outras enfermidades infectocontaxiosas (hepatites A, B e C, tuberculoses, enfermidades de transmisión sexual etc.).

O ingreso en prisión ten un impacto moi positivo como factor estimulador da incorporación a tratamento. O 30,5% dos internos estivo algunha vez en tratamento da drogodependencia en prisión, mentres que un 21% o estaba no momento da realización da enquisa. A droga principal que motivou a incorporación ao último tratamento realizado en prisión foi: heroína (47,8%), heroína + cocaína (23,4%), cocaína (20,2%), alcohol (3,9%) e outras (2,1%). Existe un 2,6% de valores descoñecidos.

En 2006 un total de 2.178 reclusos recibiron tratamento por abuso ou dependencia a drogas no conxunto de centros penitenciarios existentes en Galicia (DXIP, 2007).

Faise por tanto necesario establecer mecanismos de intervención que permitan a continuidade dos esforzos despregados dentro das prisións en distintos ámbitos relacionados co uso e abuso de drogas (educación para a saúde, deshabitación, redución de danos, apoio aos procesos de incorporación social).

Con isto preténdese rendibilizar un traballo educativo e terapéutico previo, en ocasións mantido durante longos períodos de tempo, dando continuidade ao mesmo tras a saída da prisión, á vez que se crean mecanismos que permiten manter as intervencións cun colectivo (a poboación reclusa consumidora de drogas) que acumula un elevadísimo número de factores de risco relacionados co abuso de drogas.

O Programa Itínere pretende establecer e manter contacto cos drogodependentes que saen de prisión sen alternativa formativa ou ocupacional e que, ademais, requiren de intervencións específicas de redución de danos ou prevención indicada en determinados aspectos da súa saúde e do consumo de drogas.

## 6.2.2. Obxectivos

### a) Obxectivos xerais:

- ◆ Facilitar a inserción social, a través da incorporación ao mercado laboral, da poboación reclusa en proceso de excarceración (segundo o grao de tratamento do art. 100.2, terceiro grao, liberados condicionais, persoas recentemente excarceradas etc.), preferentemente aqueles internos/as con hábitos nocivos de consumo de cocaína, alcohol, cannabis, ou estas substancias conxuntamente.
- ◆ Desenvolver unha serie de actuacións mediante as cales a poboación reclusa destinataria poida adquirir ou completar a súa cualificación e competencias profesionais, coñecer a situación do mercado laboral e as técnicas máis adecuadas para acceder a el, así como recibir, se é o caso, apoio específico para o seu proceso de inserción laboral (facilitar aos beneficiarios/as do programa as ferramentas necesarias para mellorar o seu perfil de empregabilidade e incrementar así as posibilidades de inserción laboral, posibilitando nun futuro o mantemento do emprego).
- ◆ Realizar tarefas de intermediación na contratación, promovendo a sensibilización empresarial cara á contratación deste colectivo en risco de exclusión, proporcionando asesoramento na contratación.
- ◆ Fomentar prácticas de redución de riscos e diminución de danos.

### b) Obxectivos específicos:

*Área do consumo de drogas: redución de riscos e diminución de danos*

- ↪ Detectar e contactar con drogodependentes en situación de emerxencia que non solicitan axuda, articulando mecanismos de resposta áxil ás ditas situacións

(centros de emerxencia social, apoio residencial, ingreso hospitalario, acceso a albergue para persoas sen fogar).

- ↪ Avaliar e tramitar a demanda de acceso e uso de recursos da rede asistencial (tratamento, centros de saúde, hospitais, analíticas, probas e seguimento de embarazo etc).
- ↪ Determinar o grao de sufrimento psicolóxico e indicadores de patoloxía dual, co obxecto de orientar as intervencións encamiñadas a paliar ou diminuír as súas causas e consecuencias.
- ↪ Ofrecer información, asesoramento, orientación, motivación e derivación aos recursos asistenciais da rede normalizada.
- ↪ Reducir os riscos derivados do consumo de drogas, tanto os que son consecuencia do consumo crónico, como das condicións e circunstancias en que se leva a cabo (consumos de menos risco, venopunción segura, prevención de sobredoses, sexo seguro).
- ↪ Desenvolver actividades formativas con usuarios de drogas en relación ao consumo, VIH-sida, hepatites, tuberculoses, sexualidade, anticoncepción, patoloxía dual, habilidades sociais para a demanda de necesidades e uso dos recursos etc.
- ↪ Favorecer medidas que eviten a marxinación social e sanitaria a persoas con problemas de consumo de drogas.
- ↪ Promover e apoiar o desenvolvemento de accións formativas e de intervención conxuntamente con outras entidades ou programas para complementar a atención dispensada a estas persoas.

*Área de desenvolvemento persoal:*

- ↪ Dotar os usuarios/as do programa dunha serie de habilidades sociais que lles

permitan o afrontamento dos problemas cotiáns.

## Área social:

- Contribuír á superación por parte dos usuarios/as dos déficits existentes en diversos ámbitos sociais: educativo-formativos, laborais, illamento social...
- Informar sobre os recursos sociais existentes en diversos ámbitos de necesidades (subsídios, axudas, vivenda, saúde etc.)

## Área ocupacional:

- Facilitar a realización de actividades alternativas ao consumo.
- Adestrar os usuarios para a realización de determinadas actividades da vida diaria.

## Área de incorporación laboral:

- Facilitar aos/ás participantes no programa o acceso a recursos de formación que favorezan a súa futura inserción laboral.
- Facilitar a adquisición de técnicas e habilidades para a selección e busca de emprego, incluído o uso de novas tecnoloxías.
- Asesorar tanto os empresarios/as interesados na contratación deste colectivo como os beneficiarios/as do programa da lexislación laboral aplicable tanto á contratación como á creación de empresas.

### 6.2.3. Estratexia de intervención

Redución de riscos e danos.

### 6.2.4. Contexto de aplicación

Centros penitenciarios e centros de orientación e formación laboral.

### 6.2.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Redución de danos e integración social.

### 6.2.6. Poboación destinataria

- ◆ Internos/as que se encontren en proceso de excarceración (segundo o grao de tratamento do art. 100.2, terceiro grao, liberados condicionais, persoas recentemente excarceradas etc.) nos centros penitenciarios da Lama (Pontevedra), incluído o centro de inserción social Carmen Avendaño de Vigo, Teixeiro (A Coruña) e O Pereiro de Aguiar (Ourense), contando coa presenza dun equipo cualificado con titulacións académicas adecuadas, un programa explícito, obxectivos educativos e unha orientación cara á reinserción, mediante a incorporación laboral.
- ◆ O programa destínase preferentemente a, homes ou mulleres, consumidores de heroína, cocaína, alcohol, cannabis, ou estas substancias conxuntamente, especialmente poboación reclusa nova, na cal o consumo destas substancias presenta unha maior incidencia.

### 6.2.7. Marco teórico

Modelo de solución de problemas sociais (D'ZURILLA, T.J. e GOLFRID, M.R. 1971).

### 6.2.8. Actividades

- ◆ Detección, avaliación e acollida de drogodependentes que teñen próxima a saída do centro penitenciario.
- ◆ Talleres de educación para a saúde, de sexo seguro e de consumo de menos risco.
- ◆ Elaboración de itinerario de inserción personalizado
- ◆ Derivación a recursos formativos e ocupacionais normalizados.
- ◆ Elaboración de instrumentos para a busca de emprego: curriculum vitae, carta de presentación etc.
- ◆ Intermediación con empresas.

## 6.2.9. Duración do programa e número de sesións

O programa está deseñado para manter a súa continuidade ao longo do ano.

## 6.2.10. Materiais con que conta o programa

O programa non conta con materiais específicos (salvo o vehículo para desprazamentos aos centros penitenciarios), apoiándose dos dispoñibles nos centros penitenciarios, os servizos de tratamento, os existentes para talleres e intervencións de prevención indicada e aqueloutros xerais de apoio á incorporación social e laboral.

## 6.2.11. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O programa supervísao a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, sendo executado en colaboración coa Fundación Erguete-Integración, que dispón dun equipo multidisciplinar composto polos seguintes profesionais: coordinador/a do programa, psicólogo, técnico de emprego, técnico en inserción laboral ou orientador laboral e traballador social.

Ademais, no programa participan de forma activa os equipos das prisións da Lama (Pontevedra), centro de inserción social de Vigo, Teixeiro (A Coruña) e O Pereiro de Aguiar (Ourense), así como a dirección e a xunta de tratamento destes centros. Tamén se establece a necesaria coordinación cos servizos sociais comunitarios e cos servizos de orientación laboral normalizados.

## 6.2.12. Método para a implementación do programa

### a) FASE 1. Acceso ao programa.

O acceso ao programa axústase ao seguinte proceso:

- ◆ Solicitud do interno/a. Estudo da solicitude, nivel de motivación.
- ◆ Valoración e aceptación da solicitude.
- ◆ Aprobación por parte do equipo do programa e do centro penitenciario.

- ◆ Ingreso no programa.

O programa susténtase nunha filosofía de traballo multidisciplinar, por iso as demandas de inclusión nel serán valoradas por parte do equipo de profesionais que o desenvolverán, tendo en consideración o grao de motivación e a positiva predisposición que o interno/a mostre por iniciar ou continuar o proceso de incorporación social.

O labor realizado nos centros penitenciarios apoia-se nos seguintes principios:

- ◆ Individualización: resposta ás necesidades concretas de cada interno/a.
- ◆ Flexibilidade: permitindo a incorporación dos internos/as en cada etapa do proceso.
- ◆ Continuidade: na medida do posible, a oferta formativa deberá estar sempre dispoñible para os potenciais beneficiarios/as.
- ◆ Dinamismo: modificándose de acordo coas transformacións do sistema penitenciario e as exixencias do mercado laboral.
- ◆ Transparencia: para que os internos/as coñezan as posibilidades existentes.

### b) FASE 2. Excarceración dos internos.

Na segunda fase do programa, no momento de excarceración dos/as internos/as, o método que se empregará partirá da propia persoa, buscando unha formación adecuada, mediante o desenvolvemento de titorías individualizadas, elaboración de itinerarios personalizados de inserción, técnicas de busca de emprego, acompañamento e orientación para a formación, talleres de aprendizaxe de habilidades e destrezas manuais, talleres de formación en oficios, investigación sobre posibles nichos de mercado e creación de emprego.

## 6.2.13. Avaliación

### a) Avaliación do proceso:

Fai referencia á forma en que se leva a cabo o programa de integración social, educación para a saúde e redución de danos. É dicir, o funcionamento do equipo técnico, as canles de comunicación, o



desenvolvemento das actividades previstas etc. Esta avaliación permite dar ao proceso a flexibilidade necesaria para adaptarse aos cambios que se poidan producir no desenvolvemento do programa.

Para completar esta avaliación utilizaranse os seguintes indicadores de proceso:

#### *Cuantitativos:*

- Casos atendidos.
- Entrevistas realizadas.
- Visitas ao centro penitenciario realizadas durante o programa.
- Número de reclusos que participan nos talleres de educación para a saúde, sexo seguro e/ou consumo de menos riscos.
- Persoas excarceradas que participan en talleres de educación para a saúde.

#### *Cualitativos:*

- Grao de organización interna.
- Coordinación externa.
- Adecuación dos medios ás tarefas.
- Nivel de conflitos.

#### **b) Avaliación de resultados**

Para completar esta avaliación aplicarase un pretest e un postest a todos os beneficiarios do programa, centrado no control dos cambios producidos nas prácticas sexuais e os hábitos de consumo de drogas. Entre outros, utilizaranse os seguintes indicadores para facilitar a avaliación dos resultados:

#### *Cuantitativos:*

- Número de altas e baixas no programa.
- Número de casos novos.
- Número de casos derivados.
- Número de insercións laborais.

- Numero de talleres realizados.
- Beneficiarios do programa que modificaron os seus hábitos sexuais e/ou que pensan facelo no futuro tras o seu paso polos talleres.
- Beneficiarios que modificaron patróns de consumo considerados de especial risco e/ou que pensan facelo no futuro tras o seu paso polos talleres.

#### *Cualitativos:*

- ◆ Grao de satisfacción.
- ◆ Evolución do interno/a dos cambios introducidos tras o seu paso polo programa.









# Programa de prevención en clave de xénero



XUNTA DE GALICIA



## 7.1. “Penélope”. Programa de prevención do consumo de drogas en clave de xénero



XUNTA DE GALICIA





**7.1. Penélope. Programa de prevención do consumo de drogas en clave de xénero. . . . . 6**

7.1.1. Xustificación . . . . . 6

7.1.2. Obxectivos . . . . . 6

7.1.3. Estratexia de intervención. . 7

7.1.4. Contexto de aplicación . . . . 7

7.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria 7

7.1.6. Poboación destinataria . . . . 7

7.1.7. Marco teórico . . . . . 7

7.1.8. Contido do programa. . . . . 7

7.1.9. Actividades . . . . . 7

7.1.10. Duración do programa e número de sesións . . . . . 7

7.1.11. Materiais con que conta o programa . . . . . 7

7.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . . 8

7.1.13. Método para a implementación do programa . . . . 8

7.1.14. Avaliación. . . . . 8



## 7.1. Penélope. Programa de prevención do consumo de drogas en clave de xénero.

### 7.1.1. Xustificación

A Estratexia europea en materia de loita contra as drogas 2005-2012 e o seu Plan de Acción 2005-2008, salientan a necesidade de poñer máis atención ás cuestións específicas do xénero, centrándose particularmente nas necesidades da muller. Incídese en que hai que asegurar a máxima accesibilidade aos recursos e que estes deben ter na súa carteira de servizos programas ou intervencións destinados especificamente ás mulleres.

En Europa o consumo de drogas é aínda superior entre os homes, non obstante, recentes estudos reflicten que a muller está adoptando os mesmos patróns de consumo que o home, especialmente no caso das adolescentes e as mozas, aínda que con diferentes historias de uso e abuso influídas por factores sociais, psicolóxicos e persoais. Por este motivo se enfatiza na necesidade de que os responsables políticos, profesionais e científicos teñan presente o xénero na planificación das políticas e no deseño das intervencións e das investigacións.

En España, o Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008, da Delegación do Goberno para o Plan Nacional Sobre Drogas, establece como unha das súas liñas de acción a elaboración de programas destinados a mulleres afectadas pola problemática do consumo de drogas, instando a realización de programas de avaliación da accesibilidade das mulleres aos recursos asistenciais, para impulsar medidas correctoras que, se é o caso, puidesen dificultala.

Nun recente estudo promovido pola OMS e realizado pola Sociedade Española de Toxicomanías (SÁNCHEZ, L. et al., 2004), ponse de manifesto tamén que as diferenzas en consumo abusivo de alcohol en función do xénero seguen a reducirse. De feito, no grupo de idade 18-24 anos a propor-

ción de mulleres que bebe abusivamente supera xa á dos homes. Esta tendencia maniféstase tamén no caso do consumo de cannabis e outras substancias como a cocaína e as drogas de síntese.

Esta realidade xustifica o feito de que entre as problemáticas a que debe facer fronte de maneira prioritaria o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 se inclúa a crecente presenza de mulleres consumidoras de tabaco, alcohol e outras drogas entre os grupos de idade máis nova. Por iso, propón a incorporación da cuestión do xénero nos programas preventivos e nos servizos asistenciais.

Pola súa parte o documento “Plan integral de atención á saúde da muller de Galicia: cambio na atención da saúde das mulleres” recolle, ademais dos datos de consumo de drogas por parte das mulleres galegas, as oportunidades de mellora e requisitos para un cambio na atención á muller. Concretamente, no que fai referencia á mellora da prevención do consumo de drogas, proponse, entre outras accións, a inclusión da perspectiva de xénero nos programas universais, selectivos e indicados.

Aínda que desde hai algúns anos se puxeron en marcha algunhas accións preventivas e asistenciais que teñen en consideración a perspectiva de xénero, son moitas as carencias existentes nesta materia, o que xustifica a decisión de poñer en marcha un programa específico desde o que brindarles unha resposta estruturada.

### 7.1.2. Obxectivos

#### a) Obxectivo xeral

O programa Penélope ten por obxectivo a ruptura da tendencia á igualación das pautas de consumo de drogas das mulleres coa dos homes, reducindo deste modo a incidencia dos problemas de drogas nas mulleres.

#### b) Obxectivos específicos

- Reducir as prevalencias dos consumos de alcohol, tabaco e outras drogas entre as mulleres.



- Mellorar a información e os coñecementos das mulleres galegas sobre as diferentes drogas, os seus efectos e riscos.
- Mellorar as intervencións asistenciais coas mulleres afectadas por problemas derivados do consumo de drogas, facilitando a súa accesibilidade a servizos que teñan en consideración a perspectiva de xénero.

### 7.1.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia e intervencións asistenciais adaptadas para mulleres con problemas de abuso de distintas drogas.

### 7.1.4. Contexto de aplicación

A natureza do programa, o carácter transversal das súas intervencións, fai que poida ser desenvolvido en todos os ámbitos onde se recolle a implementación de programas preventivos (ámbito escolar, familiar etc.). Así mesmo, o programa será implementado no conxunto de servizos asistenciais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias.

### 7.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

O programa inclúe compoñentes de tipo universal e selectivos

### 7.1.6. Poboación destinataria

- Mulleres con idades comprendidas entre os 12 e os 35 anos.
- Mulleres que demanden tratamento por problemas de adicción a substancias.

### 7.1.7. Marco teórico

Teoría cognitiva condutual de Bandura (BANDURA, A. 1986)

### 7.1.8. Contido do programa

- Elaboración e difusión de materiais de prevención específicos para as mulleres.
- Implantación dun protocolo de intervención asistencial que teñan en consideración a perspectiva de xénero, que será incluído no Catálogo de programas

asistenciais do Servizo Galego de Saúde, que permita a posta en marcha de estratexias terapéuticas específicas para mulleres con problemas de abuso a distintas drogas.

### 7.1.9. Actividades

- 1) Difusión dunha guía sobre muller e drogas que recolla información e promova a formación sobre as distintas drogas (en especial do tabaco, alcohol, cocaína e cannabis), os seus efectos e riscos, dando a coñecer as alternativas preventivas e asistenciais existentes.
- 2) Elaboración e difusión de material de apoio aos programas de prevención, fundamentalmente dirixido a mulleres adolescentes e mozas, nos cales se recolla a perspectiva de xénero permitindo a focalización nas características específicas e mantemento do consumo de drogas por parte das mulleres.
- 3) Implementación dun protocolo de intervención asistencial en función do xénero, incluído no Catálogo de programas asistenciais, de aplicación no conxunto de centros e servizos integrados na Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias de Galicia.

### 7.1.10. Duración do programa e número de sesións

A implantación do programa será continua ao longo do ano, dado que moitas das súas actuacións teñen un carácter transversal, estando pensadas para apoiar o resto dos programas de prevención incluídos na carteira de servizos que precisen achegar a perspectiva de xénero ás súas actividades.

### 7.1.11. Materiais con que conta o programa

- Guía Muller e drogas.
- Guía de boas prácticas na prevención do consumo de drogas desde a perspectiva de xénero.
- Materiais de apoio a programas de prevención: a) DVD sobre os efectos dife-



renciais das drogas en función do xénero e b) Serie de dípticos “En feminino, falamos de drogas”.

### **7.1.12. Características das persoas responsables da aplicación do programa**

Técnicos dos equipos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas e das unidades de condutas adictivas da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias.

### **7.1.13. Método para a implementación do programa**

Para a elaboración dos materiais informativos/formativos e do protocolo de intervención asistencial en clave de xénero recórrase á creación de grupos de traballo nominais.

### **7.1.14. Avaliación**

a) Avaliación do proceso de elaboración dos materiais

Os indicadores que se utilizarán serán:

- ◆ Número de reunións previstas do grupo de traballo/Número de reunións realizadas
- ◆ Tempo previsto para a elaboración do borrador da guía/tempo real

b) Avaliación da cobertura da distribución dos materiais

Os indicadores que se utilizarán serán:

- ◆ Número de guías editadas e distribuídas.
- ◆ % cobertura distribución (número guías/número mulleres 15-35 anos).
- ◆ Número de materiais editados e distribuídos.
- ◆ % cobertura dos materiais mulleres 12-18 anos.
- ◆ Número de protocolos asistenciais editados e distribuídos.

c) Avaliación do impacto e da satisfacción cos documentos e materiais

Para avaliar a satisfacción utilizaranse os seguintes materiais:

- ◆ Cuestionario de satisfacción coa Guía muller e drogas.
- ◆ Cuestionario de satisfacción coa Guía de boas prácticas na prevención do consumo de drogas desde a perspectiva de xénero.
- ◆ Cuestionario de satisfacción dos materiais de apoio aos programas de prevención.

O seguimento da aplicación dos materiais preventivos e do protocolo de intervención asistencial realízase a través dos Sistemas de Avaliación en Prevención e Asistencia da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.









# Programas de prevención dirixidos a outros colectivos



XUNTA DE GALICIA



## 8.1. "Acais". Programa de prevención dos consumos de drogas e hábitos non saudables dirixido á comunidade xitana







<b>8.1. Acais. Programa de prevención de consumos e hábitos non saudables dirixido á comunidade xitana..</b>	<b>6</b>
8.1.1. Xustificación	6
8.1.2. Obxectivos	6
8.1.3. Estratexia de intervención.	6
8.1.4. Contexto de aplicación	6
8.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria	6
8.1.6. Poboación destinataria	6
8.1.7. Marco teórico	6
8.1.8. Actividades	7
8.1.9. Duración do programa e número de sesións	7
8.1.10. Materiais con que conta o programa	8
8.1.11. Características das persoas responsables da aplicación do programa.	8
8.1.12. Método para a implementación do programa	8
8.1.13. Avaliación.	8



8

## 8.1. Acais. Programa de prevención de consumos e hábitos non saudables dirixido á comunidade xitana.

### 8.1.1. Xustificación

En Vigo residen actualmente 43 familias ciganas trasmontanas e 135 familias xitanas. Ambas as comunidades presentan características comúns:

- ◆ Poboación eminentemente nova, en que máis do 50% é menor de idade.
- ◆ Menores que se encontran nunha situación de desvantaxe social, que se manifesta en carencias educativas e formativas acompañadas de desmotivación, prácticas pouco saudables, así como dificultades no manexo de habilidades sociais e de relación, que fan deste colectivo un caldo de cultivo do que se nutren diversas formas de exclusión social.
- ◆ Chabolismo e infravivenda, concentración dos núcleos residenciais, actividades económicas da familia con difícil compatibilidade coa normalización educativa, analfabetismo e falta de formación entre os seus maiores de referencia, singularidade étnica etc.
- ◆ Mostran unha menor esperanza de vida, potenciada pola falta de información e pola carencia de hábitos e condutas saudables.
- ◆ Detectáronse novas problemáticas, entre estas encóntranse o acceso a drogas ilegais como o haxix, a marihuana ou a cocaína, que empezan a estenderse entre a poboación próxima á maioría de idade. Sinalar que o consumo de drogas legais, como alcohol e tabaco, está xa estendido e normalizado entre a poboación.

As características anteriormente descritas, xeran maior vulnerabilidade nestas comunidades que no resto da poboación.

### 8.1.2. Obxectivos

Con este programa preténdese abordar temas de prevención de drogas, VIH/SIDA e infeccións de transmisión sexual dentro do marco da intervención social cun grupo específico de menores e adolescentes da comunidade xitana, así como coas súas familias, partindo do suposto de que se trata dunha comunidade que pola súa especificidade, cultura e problemática se define como de alto risco.

### 8.1.3. Estratexia de intervención

Trabállase nun horizonte comunitario, pola importancia que este ten para a poboación obxectivo, aínda que as accións se encamiñan en dúas fronteas:

- ◆ Nais: por seren estas o principal axente educativo e sobre as que recae a responsabilidade, tanto do coidado, como da transmisión de valores.
- ◆ Nenos/as e mozos/as en situación de risco: poboación diana da intervención. As accións destinadas a eles/as teñen como fin reforzar aquelas actitudes, hábitos e pensamento crítico que actúan como axentes preventivos.

### 8.1.4. Contexto de aplicación

En centros de servizos sociais, locais do Secretariado Xitano e lugares de reunión deste colectivo.

### 8.1.5. Tipo de programa en función do risco da poboación destinataria

Universal e selectivo.

### 8.1.6. Poboación destinataria

- ◆ Grupo diana/destinatarios directos: nenos, nenas e adolescentes xitanos.
- ◆ Familias do colectivo xitano.

### 8.1.7. Marco teórico

Teoría da socialización primaria (Oetting y col., 1998).

Pártese da idea de que a decisión de consumir ou non drogas parte da interacción de diferentes factores; psicolóxicos, ambientais e socioculturais.





Este programa céntrase en factores ambientais relacionados coa familia e o grupo de iguais e en como estes inflúen en certa predisposición psicolóxica. O nivel sociocultural non se traballa directamente, aínda que serve de base metodolóxica para o deseño de accións, ao ter en conta a realidade do contexto da que se parte.

### 8.1.8. Actividades

#### a) Accións dirixidas a nenos, nenas e adolescentes xitanos:

A través destas actividades preténdese traballar na consecución de obxectivos relacionados coa adquisición de hábitos, responsabilidades e a mellora de capacidades persoais.

*Con nenos/as:*

- ◆ Xogos: o traballo educativo a través do xogo pode obrar dunha forma motivadora e facilitadora e reforza o traballo en grupo. Deste modo as relacións humanas fanse máis ricas, favorécese a evolución do propio grupo, o coñecemento entre os participantes, a afirmación, a confianza e a comunicación interpersonal. De aí que se integren puntualmente sesións e espazos destinados ao xogo dentro do programa, abrindo portas a novas realidades como son a cooperación e a resolución de conflitos a través da creatividade.
- ◆ Taller de manualidades e artes plásticas: a través das manualidades e das artes plásticas pódese traballar cara á consecución de obxectivos relacionados coa adquisición de hábitos, responsabilidades e a mellora das capacidades persoais.

*Adolescentes:*

- ◆ Taller de prevención con adolescentes: resulta de especial importancia contar cun espazo onde exista diálogo, reflexión sobre diferentes temas e problemáticas, experimentación e aprendizaxe de diferentes conceptos. Este taller integra dúas actividades diferentes:

- Talleres de flamenco: música e baile (guitarra, percusión, solfexo e baile flamenco). Trátase dunha actividade importante que actúa como ferramenta de traballo cara á motivación dos adolescentes, dado o seu enraizamento cultural entre a poboación destinataria. A música flamenca é empregada como o vehículo de expresión da propia prevención e daqueles valores culturais máis positivos do colectivo.
- Sesións de traballo: onde a través de dinámicas de grupo, análise de noticias, videoforum, audicións etc. se traballan distintos compoñentes como a presión de grupo, a resolución de conflitos, a autoestima, o pensamento crítico, a toma de decisións e a autonomía persoal.
- Saídas: “encontros co contorno”. Aproveítanse datas claves para realizar saídas e excursións cos distintos grupos, co obxectivo de favorecer o achegamento a recursos do contorno e a participación noutras actividades fóra do programa (circuitos monumentais, visitas a exposicións, piscinas públicas etc.).

#### b) Accións dirixidas ás familias:

*Escola de nais e pais*

As sesións que se levan a cabo pretenden construír un espazo de reflexión para nais, promovendo e fortalecendo relacións máis positivas e orientadas a satisfacer as necesidades formativas e afectivas, tanto das propias nais como dos seus fillos e fillas.

### 8.1.9. Duración do programa e número de sesións

O programa de desenvolvemento ao longo de todo o ano, con dúas sesións semanais no período lectivo e con actividades puntuais durante o período de vacacións.

## 8.1.10. Materiais con que conta o programa

- Instrumentos musicais.
- Material de apoio para o educador.

## 8.1.11. Características das persoas responsables da aplicación do programa

Educador social con experiencia con xente nova e traballo con grupos.

## 8.1.12. Método para a implementación do programa

O grupo está formado por 25 mozos e mozas, xa que este número facilita a súa cohesión e permite unha atención personalizada aos seus membros.

Desde o primeiro día foméntase un ambiente de confianza, respecto e distensión onde facilitar a expresión de opinións e sentimentos.

O educador ten un papel secundario como animador e dinamizador, sendo o grupo o protagonista do seu crecemento.

O traballo lévase a cabo a través de dinámicas de grupo, fomentando o pensamento crítico e a autonomía, así como saídas culturais e outras actividades de ocio que actúan como motivante para a participación.

## 8.1.13. Avaliación

### a) Instrumentos de avaliación

- Avaliación global (resultados e impacto): comparativa entre os coñecementos de partida (cuestionario pre) e os coñecementos adquiridos (cuestionario post).
- Avaliación de proceso: valoración da calidade e da intensidade da execución do programa e da súa aceptación entre os participantes. O proceso do programa será recollido atendendo a adquisición de ritmos, normas, rutinas e implicación nas actividades ademais da participación das familias nelas (fichas individuais das actividades).

As valoracións serán recollidas na memoria anual do programa.

### b) Indicadores de avaliación

- Número de destinatarios
- Número de actividades realizadas co grupo diana.
- Autoinforme de planificación do programa e desenvolvemento deste.
- Número de actividades desenvolvidas no contorno comunitario nas cales se implica o grupo.





# Actividades transversais de soporte aos programas de prevención







## 9. ACTIVIDADES TRANSVERSAIS DE SOPORTE AOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Con independencia de que os distintos programas de prevención acostuman incorporar módulos ou actividades destinadas ao desenvolvemento de intervencións destinadas á información/sensibilización e á formación de mediadores sociais, pretendeuse dar entidade propia a estas intervencións dentro desta carteira de servizos. A razón disto é que estas intervencións non teñen por si mesmas entidade suficiente como para configurarse como programas ou servizos independentes, aínda que son elementos estruturais presentes con maior ou menor intensidade en todos os programas preventivos.

Ocorre, non obstante, que non sempre as intervencións informativas ou formativas teñen encaixamento nun determinado programa, e poden ser desenvolvidas de forma independente para instrumento de dinamización de programas de prevención de carácter comunitario. A posibilidade de implementar estratexias informativas e formativas á marxe dos programas descritos ata o momento, fai aconsellable definir os parámetros que deben guiar este tipo de prácticas se desexan contar co apoio e recoñecemento técnico e institucional.





## 9.1. Información e sensibilización sobre as drogas e os seus efectos



XUNTA DE GALICIA





<b>9.1. Información/sensibilización sobre drogas. . . . .</b>	<b>8</b>
9.1.1. Xustificación . . . . .	8
9.1.2. Obxectivos . . . . .	8
9.1.3. Estratexia de intervención	10
9.1.4. Contexto de aplicación . . .	10
9.1.5. Poboación destinataria . . .	10
9.1.6. Modelo teórico . . . . .	11
9.1.7. Actividades desenvolvidas .	13
9.1.8. Contidos das intervencións	13
9.1.9. Aspectos metodolóxicos . .	14
9.1.10. Características das persoas responsables da aplicación do programa. . . . .	14

## 9.1. Información/ sensibilización sobre drogas.

### 9.1.1. Xustificación

As intervencións de tipo informativo e sensibilizador tratan de difundir, comunicar e transmitir mensaxes preventivas eficaces, dirixidas á poboación xeral ou a grupos específicos desta poboación. Para conseguilo centran os seus esforzos en desenvolver e promover a utilización de estratexias, métodos e actuacións que aseguren, tanto a calidade das mensaxes transmitidas, como a eficacia dos instrumentos utilizados para a súa difusión. Tamén pretenden promover a participación da poboación destinataria e a súa implicación no desenvolvemento das accións preventivas. Por esta razón moitos outros programas de prevención, que non son especificamente de información ou sensibilización, incorporan estratexias deste tipo, como accións de soporte xeral ao resto de actuacións preventivas.

A realización de actuacións neste ámbito estratéxico responden ao mandato establecido na Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, que no seu artigo 4 recolle como prioritaria a atención á información e a formación en prevención das drogodependencias. Así mesmo, é congruente coas accións que, para a redución da demanda de drogas, se establecen no Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, onde se inclúen, entre outras, as seguintes propostas:

- ♦ Difusión de materiais didácticos sobre as drogas e as estratexias para a súa prevención na totalidade dos centros de educación primaria e secundaria.
- ♦ Desenvolvemento de accións informativas e sensibilizadoras sobre os riscos asociados ao uso/abuso de drogas entre a poboación universitaria.
- ♦ Distribución dunha guía informativa sobre as drogas, os seus efectos e as pautas para a

súa prevención entre o conxunto dos fogares galegos con fillos de 6 a 18 anos.

- ♦ Desenvolvemento de accións informativas e de sensibilización sobre as drogas e os seus efectos sobre os traballadores e a actividade laboral.

### 9.1.2. Obxectivos

A finalidade última destas intervencións é a de promover a adopción de estilos de vida saudables entre a poboación destinataria, procurando que se reduzan as prevalencias dos consumos de drogas e os problemas sociosanitarios asociados con eles.

Entre os obxectivos xerais que frecuentemente se pretende cubrir con este tipo de intervencións inclúense os seguintes, que aparecen ordenados nunha escala ascendente en función do alcance que se lles pretenda dar:

- Mellorar a calidade da información dispoñible por parte da poboación destinataria acerca das drogas.
- Mellorar o nivel de coñecemento da poboación sobre o impacto que as drogas teñen sobre a saúde e o benestar individual e colectivo e os riscos que derivan do seu uso.
- Sensibilizar a poboación respecto aos problemas que provoca o uso e abuso de drogas.
- Incrementar o apoio dos destinatarios das intervencións ás medidas de protección da saúde e de prevención do consumo de drogas.
- Modificar as actitudes sociais fronte ás drogas, reducindo a tolerancia/permisividade social cara ao seu uso.
- Mobilizar a poboación na busca de solucións e alternativas aos problemas que a súa comunidade ou colectivo presente en relación coas drogas.

Como obxectivos operacionais das intervencións de información/sensibilización acostuman sinalarse:

- ↪ Diminuír a prevalencia dos consumos experimentais e nos últimos 30 días das diferentes drogas entre os destinatarios do programa.
  - ↪ Atrasar a idade de inicio ao consumo de drogas.
  - ↪ Reducir a taxa anual de novos consumidores ás diferentes drogas entre os destinatarios do programa.
  - ↪ Reducir a prevalencia dos consumos problemáticos de alcohol e outras drogas.
  - ↪ Reducir certos comportamentos de risco relacionados co uso de drogas (condución de vehículos ou realización de actividades laborais perigosas baixo os efectos do alcohol ou outras drogas, o consumo simultáneo de drogas, as prácticas sexuais de risco etc.).
- ↪ Ofrecer aos receptores intencionais ou non intencionais unha información sobre as substancias e as consecuencias do seu consumo clara, realista e adecuada.
  - ↪ Proporcionar mensaxes obxectivas, claras e fiables que consigan crear na audiencia opinións preventivas adecuadas.
  - ↪ Enfatizar as consecuencias positivas de non consumir drogas.
  - ↪ Corrixir erros, falsas crenzas, mitos, estereotipos e falacias sobre as drogas, o consumo de drogas, os efectos de cada substancia ou os consumidores.
  - ↪ Comunicar unha información clara, veraz e alcanzable ao receptor sobre o uso de drogas e as drogodependencias
  - ↪ Ofrecer información áxil, clara e veraz dos diferentes aspectos relacionados co consumo de drogas e a drogodependencia, sobre todo cando se interactúa cos medios de comunicación social.
  - ↪ Non utilizar o consumo de substancias legais como modelo de ocupación do ocio, logros persoais, satisfacción emocional e/ou consecución de bens desexados polos adolescentes.
  - ↪ Proporcionar información sobre a xestión e actividades dos recursos preventivos co fin de aumentar a participación social.
  - ↪ Difundir información da posta en marcha de programas de prevención.
  - ↪ Difundir información sobre o funcionamento conseguido nun momento dado (memoria do programa) e do que se pretende conseguir en períodos posteriores (programación de actividades).

Algúns dos obxectivos específicos que se tratan de cubrir con estas intervencións son:

- ↪ Reducir as actitudes favorables ao uso de drogas.
- ↪ Incrementar a percepción do risco asociado ao uso das distintas drogas.
- ↪ Reducir a permisividade social respecto ao consumo.
- ↪ Aumentar o apoio social fronte a medidas de protección e de prevención.
- ↪ Incrementar a sensibilización social sobre os efectos, para a saúde ou para a seguridade, do consumo de drogas.
- ↪ Modificar as crenzas e mitos sobre os efectos das distintas substancias.
- ↪ Aumentar a percepción crítica fronte ás estratexias de promoción do uso de drogas.
- ↪ Reducir a intención de consumir drogas no futuro.

- Solicitar o apoio dos medios de comunicación para promover cambios positivos na opinión pública sobre as drogodependencias, máis acorde coa realidade do fenómeno e sen prexuízos.
- Incrementar o rigor no trato das informacións transmitidas a través dos medios de comunicación social, promovendo a utilización de principios de veracidade e confirmación previa da noticia.
- Promover o coñecemento de entidades, asociacións, comercios e outros recursos comunitarios, da lexislación vixente sobre regulacións do uso e venda de drogas en espazos que están baixo a súa competencia.
- Distribuír entre os establecementos públicos que proceda (cafeterías, discotecas, supermercados, recintos deportivos, estancos etc.), a normativa vixente sobre venda / consumo de alcohol e tabaco.
- Promover que a maioría dos posibles mediadores en prevención de drogodependencias dispoñan dunha información adecuada e unha mellor formación neste ámbito. Dar a coñecer os obxectivos e actividades dos programas preventivos ao maior número posible de integrantes da comunidade.
- Facer partícipes da importancia da súa función como mediadores preventivos a todos os posibles axentes sociais que poidan transmitir información sobre as distintas substancias con capacidade de xerar adicción.

### 9.1.3. Estratexia de intervención

Estas intervencións susténtanse en estratexias de influencia (o seu obxectivo fundamental é incrementar o nivel de coñecementos e modificar as actitudes das persoas fronte ás drogas).

### 9.1.4. Contexto de aplicación

As intervencións de información/sensibilización aplícanse en todos os contextos onde se implementan programas de prevención: a escola, a familia, os espazos de ocio, as empresas etc. Existen ademais ámbitos como o comunitario, onde as intervencións desta natureza son claves para conseguir a mobilización social e a súa implicación na busca de solucións.

Convén destacar que as intervencións de información/sensibilización son compatibles con programas preventivos universais, selectivos, indicados ou que inciden na redución de danos. De feito, unha ampla maioría dos programas de prevención, con independencia do nivel de risco ao que estean sometidas as súas poboacións destinatarias, incorporan compoñentes informativos.

### 9.1.5. Poboación destinataria

A poboación destinataria das intervencións de información/sensibilización é inicialmente o conxunto dos residentes na comunidade galega, aínda que existen destinatarios “singulares” sobre os que se concentran ou desenvolven accións informativas. Dentro destes colectivos cabe mencionar:

#### a) Como destinatarios finais

- ♦ Alumnado de primaria.
- ♦ Alumnado de secundaria.
- ♦ Pais e nais con fillos menores de idade.
- ♦ Mocidade.
- ♦ Traballadores.
- ♦ Consumidores problemáticos de drogas.
- ♦ Drogodependentes en situación de exclusión social etc.,

#### b) Como poboación mediadora

- ♦ Profesorado.
- ♦ Lideres comunitarios.



- ◆ Mediadores xuvenís.
- ◆ Mediadores laborais.
- ◆ Voluntarios.
- ◆ Propietarios e profesionais do sector da hostalería etc.

### 9.1.6. Modelo teórico

A importancia dada ás estratexias informativas varía segundo os distintos modelos teóricos que ao longo do tempo intentaron explicar os factores que condicionan o consumo de drogas. Así, mentres unhas teorías concedían moita relevancia ás actuacións informativas, outras relativizan o seu valor como instrumento preventivo (BECOÑA, E. 1999):

- ▭ Os modelos actitude-conduta (teorías da acción razoada e da conduta planificada de Fishbein e Azjen) conferiron aos programas informativos unha importancia central, postulando estas intervencións case como as únicas a empregar.
- ▭ A teoría cognitiva social de Bandura recoñeceu un valor intermedio ás actuacións informativas, que son considerados instrumentos necesarios, pero non os únicos nin os preferentes.
- ▭ O modelo da conduta de risco ou teoría da conduta problema de Jessor e Jessor, concede pouco valor ás intervencións informativas. Segundo este modelo, as actitudes e expectativas sobre as drogas adquirense na interacción do individuo co seu contorno, e non pola información dispoñible.

Para sopesar a relevancia real destas achegas teóricas é preciso cotexar os resultados obtidos a través de distintas liñas de investigación desenvolvidas ao longo do último medio século. A definición de intervencións preventivas eficaces debe estar baseada na análise conxunta de: a) os resultados proporcionados por estudos

epidemiolóxicos (lonxitudinais e transversais), b) os experimentos en neurociencias, os estudos sociais prospectivos, c) os deseños experimentais de modelos teóricos propostos para promover cambios de comportamentos e de actitudes e d) as investigacións no ámbito da comunicación mediática. Por iso, é importante facer un breve repaso histórico do que achegou a investigación ao ámbito preventivo que traballa os aspectos relacionados coa información.

Os programas baseados unicamente na transmisión de información foron, no seu momento, considerados como a única forma de intervir en prevención de drogodependencias. Así, as primeiras intervencións con intención preventiva constituíron enfoques articulados arredor da transmisión de información disuasoria, centrada no medo ás consecuencias negativas do uso de drogas dunha forma xenérica e frecuentemente alarmista.

De forma sintética pode dicirse que durante a década dos anos 60, nos Estados Unidos, e dos 70 e os 80, en España, o “Modelo racional ou informativo”, presupuña que ao recibir a información, cada persoa dispoñía xa dos recursos necesarios para non empezar a consumir ou para reducir o uso dunha ou varias drogas se xa estaba consumindo. É dicir, estes enfoques entendían as condutas de toma de decisións como o resultado dun proceso racional unicamente influenciado pola información recibida. En definitiva, a hipótese sobre a que se expoñía este enfoque era que a información, por si mesma, produciría un cambio de actitudes, o que xeraría tamén un cambio de conduta.

Aínda que esta crenza segue arraigada hoxe en moitas intervencións pretendidamente preventivas, avaliacións exhaustivas propiciaron o seu abandono porque se demostrou que os programas baseados exclusivamente neste modelo non só eran ineficaces, senón que, ás veces, podían chegar a ser contrapreventivos (SWISHER, JD. e HOFFMAN, A. 1975, DORN, N. e THOMPSON, A. 1976, SCHAPS, E. et al., 1981, TOBLER,



N.1986, TOBLER, N. 1993, SLOBODA, Z. 1997, TOBLER, N. 1997).

Debido a este fracaso inicial do modelo informativo, posteriormente, xurdiron as estratexias denominadas de educación afectiva. Sen abandonar de todo o enfoque anterior, xa que conservaron o esquema racional-informativo, engadíán outras variables que relacionaban o consumo de drogas con factores intrapersoais, como os déficits de personalidade, autoestima e autoaceptación. A partir deste marco, desenvolvéronse e avaliáronse programas centrados no traballo de aspectos afectivos, tales como o incremento da autoestima, a clarificación de valores, o incremento do autocoñecemento, a promoción de sentimentos positivos cara a un mesmo, o manexo do estrés e estratexias eficaces de comunicación. Novamente, a avaliación deste paradigma non puido demostrar que estes programas fosen eficaces para previr o uso de drogas, aínda que algúns si demostraron ter un efecto sobre factores correlacionados co uso, como por exemplo o sentimento sobre a propia valía (KEARNEY, AL. e HINES, MH. 1980, MOSKOWITZ, J. et al. 1984, TOBLER, N. 1997).

Os discretos resultados obtidos polos enfoques descritos fixeron que, a principios dos anos 80, o modelo de influencia social dominase o desenvolvemento de programas de prevención (Gorman, 1996). Baixo este enfoque desenvolvéronse dúas grandes liñas de traballo: por un lado as técnicas de adestramento en habilidades de resistencia, e por outro, o adestramento en habilidades sociais ou habilidades para a vida (técnicas de resolución de problemas, manexo da ansiedade, adestramento da asertividade etc.). O modelo teórico subxacente a estes enfoques é a teoría da aprendizaxe social de Bandura, actualmente coñecida como cognitivo-social (BANDURA, A.1969, BANDURA, A. 1986).

Este modelo cognitivo-social é o que mellor explica un elemento que non sempre está claro cando falamos dos modelos teóricos: a influencia dos

medios de comunicación social. Para esta teoría, a influencia mediática é moi considerable á hora de modelar condutas, incluída a do consumo de drogas legais e ilegais. Son os construtos teóricos de influencia social e de cognición social os máis útiles para comprender a complexa relación existente entre: información, actitude e conduta (BECOÑA, E. 2002).

Durante as dúas últimas décadas, múltiples variacións do modelo de influencia social foron amplamente estudadas. Entre estas adaptacións cabe destacar as intervencións multicomponentes, baseadas nas propostas teóricas que Becoña (1999) denomina “teorías integrativas e comprensivas”. Os programas multicomponentes mostráronse eficaces ao incorporar diversos elementos dos modelos teóricos presentados ata agora. Segundo a evidencia derivada da investigación (PENTZ, MA. et al., 1989, HASEN, WB. e GRAHAM, JW, 1992, SLOBODA, Z. 1997, TOBLER, N. 1993, TOBLER, N. 1997, SLOBODA, Z. 1997, BELCHER, H. e SHINITZKY, H. 1998), entre os elementos esenciais para asegurar a eficacia dos programas preventivos no ámbito da información-formación, destacan os seguintes:

- ↪ O desenvolvemento e a promoción de normas sociais contrarias ao abuso de drogas no medio onde se aplican as intervencións.
- ↪ A transmisión de información veraz, baseada na evidencia científica dispoñible e non nesgada por prexuízos ou posicións ideolóxicas ou persoais.
- ↪ A utilización de fontes de difusión que resulten cribles para os destinatarios da información.
- ↪ A difusión da información a través de canles que resulten próximas para os destinatarios da información transmitida.
- ↪ A corrección de percepcións erróneas ou míticas respecto ás distintas drogas, mi-



tos a miúdo populares entre a poboación diana (como é a percepción entre os adolescentes, do carácter normativo e universal do consumo de drogas).

- ↪ A promoción do adestramento en habilidades sociais e habilidades para a vida.
- ↪ Adestramento en habilidades de resistencia ás presións promotoras do consumo de drogas.
- ↪ Utilización de métodos didácticos interactivos, para o desenvolvemento de programas de formación-educación sobre drogas.

En prevención de drogodependencias, o impacto das mensaxes persuasivas, depende tanto do seu contido e estilo, como das motivacións e características dos individuos expostos a elas. O proceso é complexo. As actitudes poden cambiar a través das mensaxes persuasivas, pero é necesario incrementar a motivación e personalizala, para conseguir que unha persoa vaia avanzando, paso a paso, cara a un cambio de conduta ou de estilo de vida.

O coñecemento relaciónase cos valores e coas crenzas, das que xorden as actitudes e os comportamentos, pero pola súa vez, todos estes elementos dependen de factores máis amplos que os condicionan (FLAY, BR. e PETRAITIS, J. 1995).

MYERS, DG. (1991) tamén sinala a existencia dunha relación complexa entre mensaxe e acción, posto que a mensaxe que se emite, ata que produce unha acción, se encontra con varios filtros. A mensaxe polo tanto, debe atraer a atención, ser comprensible, crible, persuasiva, memorable e que mova á acción.

Como último punto, é necesario sinalar que a efectividade dos programas preventivos, en calquera ámbito, e en especial no ámbito da información, deben formar parte de políticas integrais e multi-sectoriais, cuxo desenvolvemento por ámbitos só ten razón de ser nun marco global e multisectorial

sen o cal a eficacia dos programas desenvolvidos en cada ámbito sería moi limitada (TOBLER, N, 1993 e 1997, National Institute on Drug Abuse, 1997<sup>a</sup>, HAWKINS, CATALANO e MILLER, 1992, MRAZEK e HAGGERTY, 1994; DEWIT et al., 1995; National Institute on Drug Abuse, 1997b; PETRAITIS et al. 1998; National Institute on Drug Abuse, 2000, SLOBODA e BUKOSKI, 2003 ).

A partir desta revisión, o grupo de revisión Cochrane conclúe que existe unha incipiente evidencia de que estas campañas poden ser eficaces para reducir o consumo na mocidade, aínda que se require máis investigación para poder dispoñer dunha evidencia sólida neste ámbito.

### 9.1.7. Actividades desenvolvidas

Existen múltiples formatos e canles a través das cales se poden instrumentalizar as estratexias de información/sensibilización, entre os que cabe mencionar os seguintes:

- ↪ Campañas de sensibilización social.
- ↪ Campañas de difusión dos recursos preventivos existentes.
- ↪ Campañas de difusión da lexislación vixente.
- ↪ Folletos e carteis.
- ↪ Intervencións en prensa, radio e televisión.
- ↪ Guías de información.
- ↪ Concursos e exposicións de carteis etc.

### 9.1.8. Contidos das intervencións

- ◆ Efectos do consumo de drogas legais e ilegais e as súas consecuencias sobre a saúde e o benestar de cada persoa.
- ◆ Tópicos, mitos e estereotipos relacionados co uso de drogas.
- ◆ Condutas relacionadas co uso de drogas: uso, abuso, dependencia e consumos de risco.

- ◆ Identificación de factores que incrementan a probabilidade de que se rexistren consumos de drogas.
- ◆ Estratexias para se manter á marxe das drogas.
- ◆ Recursos dispoñibles en materia de prevención e asistencia ás drogodependencias.

### 9.1.9. Aspectos metodolóxicos

Algúns dos aspectos metodolóxicos que deben ser tidos en consideración no desenvolvemento das intervencións informativas, como estratexia para previr os consumos de drogas e as drogodependencias son (ARZA, J. 2006):

- ◆ A intensidade da intervención.
- ◆ O tipo de axente preventivo responsable da súa difusión.
- ◆ O rigor no cumprimento do programa.
- ◆ A capacitación de axentes preventivos e de figuras mediadoras.
- ◆ A utilización de métodos interactivos.
- ◆ As tarefas para casa ou para despois de difundir a información.
- ◆ A incorporación de sesións de recordo.
- ◆ A adaptación (dos contidos, axentes e métodos) á poboación diana.

No ámbito particular das estratexias informativas existen uns principios didácticos que deben ser respectados:

- ◆ Información veraz, de calidad e ben presentada.
- ◆ Adaptación da información aos receptores.
- ◆ Uso de canles de difusión que resulten críbles para os destinatarios.
- ◆ Elección dun emisor adecuado.
- ◆ Manexar adecuadamente a magnitude dos perigos e as ameazas presentadas.

- ◆ Ofrecer alternativas.
- ◆ Centrarse máis nos efectos a curto prazo.
- ◆ Corrixir as percepcións erróneas ou mitos respecto ás diferentes drogas e en particular daquelas presentes entre a poboación diana.
- ◆ Utilizar un proceso participativo de transmisión da información.

### 9.1.10. Características das persoas responsables da aplicación do programa

O axente preventivo sobre o que descansa o desenvolvemento das estratexias informativas debe contar un estilo educativo baseado:

- ◆ No respecto.
- ◆ Na empatía.
- ◆ No reforzo.
- ◆ Na proximidade.
- ◆ Na paciencia.
- ◆ Actuar como modelo saudable.

## 9.2. Formación de mediadores sociais en prevención



XUNTA DE GALICIA





**9.2. Formación de mediadores  
sociais en prevención..... 18**

9.2.1. Xustificación . . . . . 18

9.2.2. Obxectivos . . . . . 19

9.2.3. Estratexia de intervención 20

9.2.4. Contexto de aplicación . . . 20

9.2.5. Poboación destinataria . . . 20

9.2.6. Modelo teórico . . . . . 21

9.2.7. Actividades formativas . . . 22

9.2.8. Contidos da formación de  
mediadores . . . . . 22

9.2.9. Aspectos metodolóxicos . . 24

9.2.10. Materiais de apoio para a  
formación de mediadores sociais . 25

9.2.11. Características das  
persoas responsables da aplicación  
do programa. . . . . 25

9.2.12. Avaliación. . . . . 26

## 9.2. Formación de mediadores sociais en prevención.

### 9.2.1. Xustificación

Os programas de formación diríxense a proporcionar formación, baseada na evidencia dispoñible, aos distintos grupos de mediadores en prevención, xa sexan estes profesionais (educadores, profesionais sociosanitarios etc.) ou non profesionais (voluntarios, pais e nais etc.), coa finalidade de asegurar a súa capacitación para desenvolver actuacións preventivas eficaces no marco do seu traballo ou actividade na sociedade.

Tamén pretenden promover a participación da poboación destinataria, así como asegurar a capacitación dos grupos mediadores. En definitiva, tratan de asegurar a eficacia e a eficiencia dos programas e das actividades que se van desenvolver para previr as drogodependencias, de maneira singular naqueles de carácter comunitario. A formación de mediadores sociais constitúe un elemento básico no impulso da prevención comunitaria, toda vez que o obxectivo último que se pretende con ela é o de apoiar mensaxes e normas sociais que reforcen hábitos saudables.

Por esta razón os programas de prevención comunitaria apóianse para o seu desenvolvemento na figura dos mediadores sociais (profesionais sociosanitarios, da educación, líderes xuvenís e veciñais, voluntarios, policía locais etc.). Suxeitos cuxo estatus persoal ou profesional na comunidade lles permite mobilizar aquelas persoas e colectivos cos que traballan. Os mediadores cumpren unha serie de funcións xerais como creadores de opinión, modelos de actitudes e comportamentos, animadores ou dinamizadores da comunidade e elementos de conexión ou encontro entre as distintas institucións, o que os converte en elementos claves no desenvolvemento dos programas de prevención, posto que:

- Favorecen a lexitimidade e credibilidade dos programas.

- Actúan como axentes de transmisión entre a comunidade no seu conxunto e os técnicos promotores dos programas.
- Contribúen a activar os proxectos.
- Poden participar activamente apoiando a implementación do programa.
- Actúan como figuras de coordinación de futuras accións preventivas.
- Son axentes de cambio.
- Facilitan información e coñecemento sobre a situación do problema no medio en que actúan e permiten detectar os intereses, necesidades, actitudes e capacidades do persoal co que traballan (actúan como informantes claves).

Enténdese pois a importancia que para calquera estratexia de prevención comunitaria ten que os mediadores sociais estean adecuadamente formados e capacitados para desenvolver estas funcións coa máxima eficacia posible.

Non obstante, a participación e colaboración de actores sociais diversos no desenvolvemento de programas preventivos vese dificultada por distintos factores, entre os que cabe mencionar a existencia de diferentes profesionais, con distintos niveis de formación académica e intereses profesionais, a ausencia dunha formación específica destes no campo da prevención ou a presenza de figuras ou mediadores non profesionais (voluntarios etc.). Dificultades que explican porque se promoven en ocasións actuacións preventivas carentes de rigor científico e metodolóxico. Ademais existe un problema complementario como é o da falta de coordinación entre as institucións e organizacións sociais que traballan nun mesmo territorio, o que se traduce na dispersión dos mediadores sociais e na existencia de actuacións illadas, desconectadas entre si.

Precisamente, a formación de mediadores trata de facilitar a converxencia dunha realidade social di-



versa nun espazo de traballo común, a través dunha linguaxe, coñecementos e estratexias compartidas. O reto é lograr unha formación intersectorial específica en prevención que garanta unha área de coñecementos común, á vez que se dan respostas a certas necesidades específicas que cada categoría de mediadores sociais presente neste ámbito, atendendo ao rol singular que desempeña nunha determinada comunidade.

A aproximación institucional á formación de mediadores sociais aparece reflectida, tanto na Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas e o anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos, que no seu artigo 4 recolle como prioritaria a atención á formación en prevención de drogodependencias, como no Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 en que se sinala que: “A Consellería de Sanidade, a través da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, establecerá acordos de colaboración con sociedades científicas, centros universitarios e outras institucións públicas e privadas especializadas na formación, para promover o deseño e execución dun Plan Director de Formación en Drogodependencias 2007-2009, dirixido aos profesionais relacionados coa prevención, coa asistencia e coa incorporación social”.

## 9.2.2. Obxectivos

### Finalidade

A finalidade dos programas e intervencións de formación é a de dotar os mediadores sociais dunha serie de coñecementos e habilidades específicas, que lles permitan potenciar o papel preventivo que de forma cotiá realizan con diferentes grupos e colectivos cos que interveñen. Con isto preténdese lograr incrementar a eficacia e a eficiencia das actuacións preventivas.

### Obxectivos xerais

- ◆ Mellorar a base de coñecementos científicos da poboación destinataria (mediadores sociais) para a implementación de intervencións preventivas de calidade.

- ◆ Posibilitar a execución de programas de prevención de diferentes ámbitos (escolar, familiar, laboral, ocio etc.).
- ◆ Estimular a implicación activa dos mediadores sociais no desenvolvemento de programas preventivos.

Ademais destes obxectivos, relacionados directamente cos mediadores, as intervencións formativas tratan de lograr cambios na poboación final dos programas de prevención (alumnado, pais e nais, mocidade etc.) centrados en:

- ◆ Mellorar os seus coñecementos acerca das drogas, os seus efectos e os riscos.
- ◆ Modificar as súas actitudes fronte ás drogas (incremento do risco asociado, redución da tolerancia cara ao seu consumo etc.).
- ◆ Estimular a adopción de estilos de vida saudables.
- ◆ Reducir a intención futura de consumir drogas.
- ◆ Modificar pautas de consumo de drogas problemáticas ou de risco.

### Obxectivos específicos

- ◆ Mellorar as actitudes preventivas dos mediadores participantes.
- ◆ Incrementar os coñecementos sobre contidos preventivos que se van transmitir por parte da poboación mediadora destinataria.
- ◆ Incrementar as habilidades dos mediadores sociais para a planificación de programas preventivos baseados na evidencia.
- ◆ Aumentar o coñecemento sobre modelos teóricos eficaces para o desenvolvemento de programas preventivos.

### Obxectivos operacionais

- ◆ Proporcionar formación, actualizada e baseada na evidencia, sobre as drogas e as drogodependencias e as estratexias eficaces para a súa prevención.

- ◆ Dar formación sobre aspectos básicos das drogodependencias (factores de risco e protección, mitos, función dos distintos profesionais etc.).
- ◆ Proporcionar criterios de traballo baseados en modelos e métodos de probada eficacia.
- ◆ Proporcionar a formación metodolóxica necesaria para promover actuacións preventivas adecuadas, desde a fase da planificación, ata a fase da avaliación de resultados.
- ◆ Proporcionar adestramento para a utilización de técnicas preventivas, así como as habilidades educativas necesarias para desenvolver programas eficaces de prevención.
- ◆ Propiciar o traballo en equipo, proporcionando adestramento no deseño e establecemento de obxectivos comúns.
- ◆ Favorecer, entre os grupos mediadores, o cambio de actitudes profesionais necesarias para o desenvolvemento dun traballo preventivo eficaz.

### 9.2.3. Estratexia de intervención

Estratexias de influencia (o seu obxectivo fundamental é incrementar o nivel de coñecementos e modificar as actitudes das persoas fronte ás drogas).

### 9.2.4. Contexto de aplicación

A formación de mediadores sociais aplícase en todos os ámbitos preventivos, incluíndo de maneira singular o comunitario.

A formación de mediadores sociais resulta compatible con programas preventivos universais, selectivos e indicados, ou con aqueles que inciden na redución de danos. A práctica totalidade dos programas de prevención, con independencia do nivel de risco a que estea sometida a súa poboación destinatária, incorporan compoñentes informativos.

### 9.2.5. Poboación destinatária

Os destinatarios do programa son un conxunto amplo e diverso de persoas que poden exercer unha función mediadora na prevención de drogodependencias. Cidadáns que, polo seu prestixio persoal ou polo seu rol profesional (profesionais da educación, do traballo social, da saúde etc.) ou social (voluntarios, membros de asociacións e ONG etc.), ocupan unha posición relevante nun determinado colectivo ou comunidade.

Os mediadores cumpren unha serie de funcións xerais como creadores de opinión, modelos de actitudes e comportamentos, dinamizadores da comunidade e elementos de conexión entre as distintas institucións. Todas estas posibilidades, lles permiten actuar como elementos clave no desenvolvemento dos programas de prevención e incorporación social. Por esta razón, a mobilización de mediadores sociais constitúe unha estratexia utilizada frecuentemente no desenvolvemento de políticas de intervención en drogodependencias. Unha estratexia que exige proporcionarlles unha formación específica neste campo, para que máis tarde poidan transmitir de forma comprensible e eficaz as informacións de carácter científico e institucional relevantes para transmitir aos colectivos sociais cos que traballan ou que lideran.

As actividades formativas diríxense habitualmente aos seguintes mediadores:

- ◆ Persoal sanitario.
- ◆ Profesionais do sistema de servizos sociais.
- ◆ Profesionais da educación: mestres de educación infantil e primaria e profesores de educación secundaria e bacharelato.
- ◆ Membros das asociacións de pais/nais de alumnos e pais interesados na prevención.
- ◆ Profesionais das redes de protección e reforma de menores.
- ◆ Membros de entidades e asociacións que traballan con menores.
- ◆ Persoal da Administración de xustiza (xuíces, fiscais, avogados).





- ◆ Persoal da Administración penitenciaria.
- ◆ Membros das policía locais.
- ◆ Mediadores xuvenís e culturais.
- ◆ Monitores de tempo libre.
- ◆ Delegados sindicais e membros dos servizos de prevención laboral.
- ◆ Profesionais dos medios de comunicación.
- ◆ Profesionais das oficinas de farmacia.
- ◆ Integrantes de asociacións de axuda e autoaxuda e voluntariado social.

### 9.2.6. Modelo teórico

Como se sinala no Plan de Galicia sobre Drogas, 2006-2009, con independencia das súas modalidades, hai que ter en conta que as bases científicas e os modelos operativos constitúen o metasistema inherente a todo proceso formativo en canto que:

- ▭ As bases científicas permiten acceder ao coñecemento xeral recoñecido en materia de drogodependencias, buscando tanto o seu afondamento como a transmisión dos aspectos novos que van achegando tanto a investigación básica como a aplicada.
- ▭ Os modelos operativos permiten o traslado do coñecemento científico ao contexto de aplicación de coñecementos, considerando que o campo das drogodependencias está en permanente adaptación en función dos cambios que o fenómeno vai rexistrando.
- ▭ A formación como metasistema posibilita que os profesionais deste ámbito se sitúen nun proceso de reflexión, afondamento e revisión que lles permita recoñecer, tanto os elementos básicos como aqueles orixinais ou cambiantes que o coñecemento científico sobre as drogas e as drogodependencias vaia xerando.

É importante mencionar que unha boa parte do marco teórico en que se sustenta o desenvolvemento de programas formativos para a prevención das drogodependencias é compartido e coincidente co descrito en relación coas intervencións de información e sensibilización (punto 9.1.6). Non obstante, a formación de mediadores sociais ten unha apoiatura específica en cada seu modelo teórico:

- a) **O modelo da influencia de iguais.** Parte da base de que as intervencións e as mensaxes preventivas se deben axustar ás características de cada grupo, polo cal é importante que os axentes preventivos sexan percibidos como persoas que comparten os valores, normas, linguaxe e problemas do grupo ao que se dirixe (PALMERÍN, A. 2003). Por iso utiliza unha minoría dun grupo para informar e influír activamente no comportamento da maioría.
- b) **O modelo comunitario.** Baséase na importancia da interacción das persoas co seu contorno e do desenvolvemento da saúde comunitaria, definida por como “o melloramento paulatino das condicións de vida comunal e do nivel de saúde da comunidade, mediante actividades integradas e planificadas de protección e promoción da saúde, prevención e curación das enfermidades, incluíndo a rehabilitación e readaptación social, ademais das actividades de traballo social favorables ao desenvolvemento comunal e da saúde en particular. Todo isto co apoio, o acordo e a participación activa da comunidade” (SAN MARTÍN, H. e PASTOR, V, 1984). Para o desenvolvemento da saúde comunitaria é imprescindible a participación da comunidade, non só na colaboración tácita, senón tamén á hora de asumir un papel activo na toma de decisións. Como é coñecido, a práctica preventiva require a participación de múltiples actores, provenientes de distintos terreos profesionais.

## 9.2.7. Actividades formativas

Existen distintas actividades e formatos arredor dos cales poden ser implementadas as intervencións formativas de apoio aos programas de prevención. O Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 aposta por desenvolver a seguinte tipoloxía de actividades de formación:

### a) Formación universitaria

Trátase de que os centros universitarios inclúan entre a súa oferta formativa de pregrao e posgrao materias relacionadas coas drogodependencias, que permitan aos alumnos das diplomaturas e licenciaturas relacionadas coa saúde, as ciencias sociais ou a educación a obtención dunha formación básica e/ou a súa especialización universitaria no campo das drogodependencias.

### b) Formación continuada

Está dirixida aos profesionais do Plan de Galicia sobre Drogas e ao conxunto de técnicos que, situados en servizos municipais ou dependentes de organizacións sociais, traballan no desenvolvemento de programas de prevención, asistencia e/ou incorporación social. Con ela preténdese transmitir a estes profesionais os novos coñecementos e innovacións científicas e técnicas que vaia achegando a investigación, ademais das habilidades necesarias para a adecuada realización do seu traballo diario.

### c) Formación de mediadores sociais

A formación dun mediador social para a realización de funcións de apoio ás intervencións no ámbito da prevención estará orientada tanto pola súa categorización como tal mediador (recoñecemento do rol), como pola obtención duns coñecementos e habilidades que lles permitan unha actuación correcta e coherente cos fins perseguidos.

## 9.2.8. Contidos da formación de mediadores

Os contidos da formación de mediadores sociais están intimamente ligados ás funcións que, con

carácter xeral, se lle asignan habitualmente a estas figuras no contexto dos programas preventivos e que se relacionan coa súa capacidade para:

- Analizar e avaliar as necesidades que presenta a comunidade e os diferentes colectivos sociais cos que traballan ou se desexa que interveñan.
- Manexar eficazmente algúns conceptos básicos relacionados coa prevención
- Diseñar respostas organizadas aos problemas existentes (capacidade de planificación).
- Conectar a realidade do medio en que traballa coa oferta institucional (coñecemento dos recursos humanos, materiais, técnicos e institucionais dispoñibles para desenvolver actuacións preventivas).
- Contar cun coñecemento obxectivo e actualizado do fenómeno das drogas e das drogodependencias que reforce o seu rol como referente social.
- Sensibilizar, motivar e dinamizar a poboación coa que traballa (destinataria das accións preventivas).
- Crear correntes de opinión favorables á saúde e alternativas á cultura que promove o consumo de drogas.

Dada a diversidade dos perfís que presentan os mediadores sociais, con coñecementos previos, capacidades para a aprendizaxe, intereses e motivacións e relevancia do seu rol no contexto dos programas de prevención, existen múltiples posibles contidos para incorporar nos programas de formación.

A organización dos contidos formativos que se considera máis adecuada a satisfacer as necesidades dun “diverso universo de poboacións destinatarias” é a de estruturalos en módulos pertencentes a dúas grandes categorías:



- Módulos básicos, que deben estar presentes na formación de calquera mediador social (que son por tanto comúns a todos as accións formativas, con independencia dos seus destinatarios).
- Módulos específicos, atendendo á diferente tipoloxía dos mediadores.

No seguinte cadro establécese a relación orientativa de módulos comúns que desenvolverán os mediadores sociais, así como aqueloutros específicos que se adaptan ás características e necesidades especiais de certas categorías de mediadores (docentes, persoal sanitario, policía municipais etc.).

Todas as actividades formativas deberán procurar incluír unha parte teórica e unha práctica que se materializará ben na realización de diferentes exercicios, ben na redacción dun proxecto ou protocolo de prevención. A parte teórica aborda os diversos temas xerais relacionados coas drogodependencias, o método e as ferramentas para traballar a prevención con diversos colectivos ou grupos.

Cada un destes módulos organízase en sesións, cuxo número e duración poderá axustarse ás necesidades e posibilidades dos participantes en cada un dos municipios e ámbitos onde se implemente o programa de formación. Con carácter simplemente orientativo a duración dos cursos de formación poderá ser a seguinte:

Contido formativo	Nº módulos	Nº sesións	Duración
Formación común	5	6	6 horas
Formación específica	1-4	1-4	1-4 horas
Total			7-10 horas

CONTIDOS QUE SE ABORDARÁN NA FORMACIÓN DE MEDIADORES SOCIAIS
<b>MÓDULOS BÁSICOS PARA A FORMACIÓN DOS MEDIADORES</b>
Drogas e drogodependencias.
Conceptos básicos relacionados coa prevención e coa educación para a saúde.
Características xerais do consumo de drogas en España e en Galicia.
Método para a planificación da acción preventiva (1): avaliación de necesidades, deseño e avaliación de programas de prevención.
Recursos de prevención.
Técnicas e ferramentas básicas en prevención (1): comunicación, motivación, traballo en grupo e dinamización social.
<b>MÓDULOS ESPECÍFICOS</b>
<b>PROFESIONAIS DA EDUCACIÓN</b>
Intervención preventiva na escola. Técnicas de intervención na aula.
Os programas de prevención en Galicia
<b>PROFESIONAIS DA SAÚDE</b>
Prevención das drogodependencias desde os servizos de atención primaria de saúde
Método para a planificación da acción preventiva (2)
Técnicas e ferramentas básicas en prevención (2)
<b>PROFESIONAIS DOS SERVIZOS SOCIAIS</b>
Método para a planificación da acción preventiva (2)
Técnicas e ferramentas básicas en prevención (2)
Prevención das drogodependencias desde os servizos sociais
Programas individualizados de incorporación social
<b>POLICÍA LOCAL</b>
Lexislación
Novos patróns de consumo de drogas
Control da oferta
Ocio e o tempo libre
Consumo de drogas e seguridade viaria

<b>PAIS (ASOCIACIÓN DE PAIS E PAIS DE ALUMNOS)</b>
Adolescencia
Educación afectivo-sexual.
Educación para o ocio e o tempo libre
Comunicación
<b>MEDIADORES XUVENÍS</b>
Alcohol, cannabis, cocaína e drogas de síntese: mitos e condutas de risco
Educación para o ocio e o tempo libre
Actitudes e condutas dos mediadores xuvenís: impacto preventivo
Método de traballo en prevención con poboación xuvenil
<b>PROFESIONAIS DOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>
Papel dos medios de comunicación na prevención das drogodependencias
<b>DELEGADOS SINDICAIS E MEMBROS DOS SERVIZOS DE PREVENCIÓN LABORAL</b>
Principios básicos para o desenvolvemento de accións preventivas no medio laboral
Factores de risco e protección presentes no medio laboral.
Lexislación
Método para a planificación da acción preventiva (2)

NOTA: a formación do resto de mediadores incluírá unicamente os módulos básicos.

### 9.2.9. Aspectos metodolóxicos

As intervencións destinadas á formación de mediadores sociais en prevención das drogodependencias débense axustar aos seguintes criterios:

- Ser flexibles, adaptando os seus contidos ás diferentes necesidades formativas de cada colectivo.
- Ser graduais, con niveis de especialización crecente en función do rol desempeñado polos mediadores.
- Ser dinámicas, soportadas nas propias experiencias dos participantes e apoiadas no uso de materiais audiovisuais e dinámicas de traballo en grupo.

- Ser teórico-prácticas, compaxinando a transmisión de contidos teóricos coa capacitación no manexo de técnicas e ferramentas e desenvolvementos prácticos que se completan coa elaboración por parte de todos os participantes dunha proposta de protocolo de intervención en prevención.

Consecuentemente o método que se utilizará na formación de mediadores debe reunir as seguintes características:

- Partir dos coñecementos previos dos mediadores que acceden ao proceso de formación, usando estes para reconstruír novos coñecementos que faciliten aprendizaxes significativas.
- Aproveitar as motivacións intrínsecas dos mediadores e respecto dos seus intereses e necesidades, facilitando o acceso ás novas aprendizaxes con introducións a cada módulo temático que esperten interese práctico por el (coñecementos que se poden aplicar no traballo práctico cotián dos mediadores).
- Priorizar a produción de coñecementos por riba da súa simple transmisión, de modo que a través de actividades de debate, a expresión de ideas propias, o fomento do pensamento diverxente e complexo, e a aprendizaxe cooperativa, se constrúa o coñecemento de maneira activa.
- Utilizar a interacción cos demais como estratexia de aprendizaxe, o que propicia o entendemento do traballo en equipo, o intercambio de ideas e a busca de significados comúns.

As fases que se seguirán para a implementación do programa de formación serán as seguintes:

Fase 1. Exposición dos obxectivos, método e contidos do curso.



Fase 2. Execución da acción formativa (curso).

Fase 3. Análise dos resultados.

Fase 4. Avaliación da actividade ao final do curso.

### 9.2.10. Materiais de apoio para a formación de mediadores sociais

Boa parte das accións formativas dos mediadores sociais no campo da prevención están previstas nos distintos programas que se inclúen nesta carteira de servizos, contando con materiais específicos para iso. Non obstante, existe un material específico utilizable en calquera dos programas denominado “Guía para a formación de mediadores sociais en prevención das drogodependencias”.

Así mesmo, dispónse de materiais específicos para a formación de determinados colectivos, como ocorre no caso dos profesionais de atención primaria da saúde:

- ▭ *Screening e intervención breve para los problemas relacionados con el consumo de alcohol en atención primaria* (WHO, 2001).
- ▭ *Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Una adaptación del AUDIT a la población gallega* (VARELA, J. et al. ,2006).
- ▭ *DAP: programa de formación y consulta drogas y atención primaria.* (MEGÍAS, E. e JÚDEZ, J. 2003).
- ▭ *Actuar es posible. El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas* (ZACO, J, et al., 2007).

Existen tamén materiais que poden ser utilizados na formación doutros mediadores, entre os que se inclúen:

- ▭ *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la familia* (RIOS, JA. 1997).

- ▭ *Actuar es posible. Servicios sociales y drogodependencias* (SÁNCHEZ, C. et al. 1998).
- ▭ *Actuar es posible. Medios de comunicación y drogodependencias* (MARTÍNEZ, I, et al, 2000).

### 9.2.11. Características das persoas responsables da aplicación do programa

#### Características das persoas responsables da presentación ou moderación

- ◆ Debe coñecer o tema que se vai tratar.
- ◆ Debe coñecer o relator ou relatores que van participar na formación ou, se non os coñece, poñerse en contacto con estas persoas, antes da sesión, para pedirllas unha breve descrición da súa traxectoria.
- ◆ Estar motivada (crer no que fai e desfrutar facéndoo).
- ◆ Ser próxima, que poida ser percibida pola audiencia como semellante en aparencia, próxima en actitudes, crenzas e intereses.
- ◆ Que promova a interacción e a interactividade (que invite á participación da audiencia mediante comentarios ou preguntas).

#### Características dos relatores

É desexable que a persoa que asume a responsabilidade de desenvolver ou participar no desenvolvemento destas actividades, responda ao seguinte perfil:

- ◆ Estar capacitada para a exposición que se lle pide.
- ◆ Ter experiencia en formación e presentacións dirixidas ao público.
- ◆ Ser crible (que poida ser percibida pola audiencia como competente na materia que trata).
- ◆ Sexa didáctica: independentemente do tema que teña que expoñer, poida ser entendida



con claridade pola audiencia a que debe dirixirse.

- ◆ Que promova a interacción e interactividade (que invite á participación da audiencia mediante comentarios ou preguntas).

## 9.2.12. Avaliación

A natureza dos programas de formación de mediadores obriga a que deban ser avaliados non só os coñecementos adquiridos, senón outras aprendizaxes, que van desde as técnicas de planificación a habilidades concretas de tipo práctico como son as habilidades de comunicación interpersonal ou a dinamización grupal. Dada a amplitude dos aspectos que se van avaliar, suxírese centrar a avaliación en:

- Contidos do programas (utilidade, aplicación á realidade, adecuación aos intereses dos participantes, adecuación ao seu nivel de experiencia etc.)
- Método (adecuación contidos, participación, ritmo de traballo, proximidade á realidade, adecuación para traballar as habilidades dos participantes).
- As actitudes desenvolvidas nos alumnos.
- As habilidades ou recursos desenvolvidos para o traballo preventivo (empatía, escoita activa, improvisación, espontaneidade, creatividade, asertividade, resolver conflitos, reflexión, crítica, reforzo, animar, organizar, programar actividades)
- Os formadores.
- A organización.

### A) Na fase de planificación

Antes de iniciar o programa de formación, detallaranse os seguintes aspectos:

- ◆ Que situación ou problema se espera abordar coa realización do curso.

- ◆ Como se describe a situación ou problema.
- ◆ Sinalar que indicadores se pretenden modificar na poboación destinataria do curso: coñecementos, habilidades, actitudes, condutas, percepcións, conceptos básicos, e outros coñecementos relevantes en prevención (definir cales).
- ◆ Elaborar un cuestionario que permita medir a situación inicial de cada indicador seleccionado. Esta información proporciona a liña base de partida do programa e permitirá a súa avaliación tras a aplicación do programa.
- ◆ Que persoas van participar: características, número etc.
- ◆ Con que recursos se conta para a realización do curso (orçamento).

### B) Na fase de avaliación do proceso

Como mínimo, deberá recollerse información sobre:

- ◆ Os participantes na actividade.
- ◆ A súa cobertura.
- ◆ A satisfacción dos participantes coa actividade.

### C) Na fase de avaliación de resultados

Aplicación dun breve cuestionario adaptado aos contidos do curso, na primeira e na última sesión, para saber se se produciron modificacións dos indicadores previstos inicialmente.

Tamén poderá incluír comprobacións posteriores á conclusión da formación, como a posta en marcha das pautas ou dos proxectos previstos no curso.







# Bibliografía



XUNTA DE GALICIA



## 10. BIBLIOGRAFÍA

- ACERO, A. et al. (2002). La prevención de las drogodependencias en el tiempo libre. Manual de formación. Madrid: Asociación Deporte y Vida.
- AGENCIA ANTIDROGA (2003). Banco de Instrumentos para la evaluación de intervenciones preventivas-BIP. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.
- AJZEN, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behaviour. En J. Kuhl e J. Beckmann (Eds.). Consistency in social behavior: The Ontario symposium (vol. 2, pp.3-15). Hillsdale, NJ: LEA.
- AJZEN, I. (1988). Attitudes, personality and behaviour. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- AJZEN, I. e FISHBEIN, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ALEXANDER JF. et al. (2000). Family-based interventions with older, at risk youth: from promise to proof practice. *Journal of primary Prevention* 2000; 21: 185-205.
- ALONSO, C. et al. (2004) Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid.
- ARBEX, C. (2003). Catálogo de programas de ocio saludable. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales, 2003.
- ARZA, J. (2006). La estrategia informativa en prevención. Potencialidades y limitaciones. Dossier: proyectos innovadores en prevención de drogodependencias. Ayuntamiento de Valladolid.
- BANDURA, A. (1969). Principles of behaviour modification. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1969.
- BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1986.
- BECOÑA, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Ministerio del Interior.
- BECOÑA, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- BELCHER, H. e SHINITZKY, H. (1998). Substance abuse in children: prediction, protection and prevention. *Archives of Pediatric Medicine*, 1998; 152 (10): 952-960.
- BOTVIN, G. (1999): "Adolescent drug abuse prevention: current findings and future directions". En M.D. Glantz y C.R. Hartel (Es), *Drug Abuse, Origins and interventions* (pp. 285-308), Washington, DC; American Psychological Association.
- BRUGUER JM e BURNS L.(1988). The illusion of unique invulnerability and use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1988. N° 14, pp.264-270.
- BRUNSWICK A, MESSERI P, TITUS S. (1992). Predictive factors in adult substance abuse: a prospective study of African American adolescents. En: Glantz M y Pickens R. Eds. *Vulnerability to drug abuse*. Washington DC: American Psychological Association.
- BRY, BH. et al (1997). Scientific findings from family prevention intervention research. En: Ashery R, David S, Kumfer KL. *Family focused prevention of drug-abuse: research and interventions*. NIDA Reseach Monograph. 177. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse.
- CALAFAT, A. et al. (1985). Life-style and drug use habits among secondary school students. *Bulletin on Narcotics*, 1985; Vol.XXXVII, 2-3, 113-123.

- CALAFAT, A. et al. (1986). Tipología de los consumidores y de los no consumidores de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales en enseñanza media. *Drogalcohol*, 1986; Vol.XI, 1, 3-15.
- CALAFAT, A. et al. (1992). *Tú decides*. Programa de educación sobre drogas. Palma de Mallorca: Consell Insular de Mallorca.
- CALAFAT, A. et al. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga. Ministerio del Interior.
- CALAFAT, A. et al. (2004). *La diversión sin drogas: utopía o realidad*. Madrid: IREFREA, 2004.
- CATALANO, R.F. e HAWKINS, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En: J.D. Hawkins (Ed). *Delinquency and crime. Current theories*. New York: Cambridge University Press, 1996.
- CATALANO, R.F., et al. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues* 1996; 26 (2), 429-455.
- COMISIONADO DEL PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS (2000). "Avaliación de proceso e resultados da aplicación dos materiais didácticos na ESO". Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Xunta de Galicia.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE (2006). *Estudo sobre poboación drogodependente en situación de emergencia social*. Colección Drogodependencias. Estudios nº 35. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- COSTA, M. e LÓPEZ, E. (1998). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- DGIP (2007). *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2006. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
- DGPNSD (1996). *Actuar es posible: Prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- DGPNSD (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- DGPNSD (2000a). *Estrategia Nacional sobre drogas 200-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- DGPNSD (2000b). *Guía para la prevención de las drogodependencias: cuaderno del profesor*. Madrid: Ministerio del Interior y Caja Madrid Obra Social.
- DGPNSD (2007). *Encuesta estatal sobre salud y drogas entre los internos en prisión, 2006*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- DGT (2007). *Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Principales causas de siniestralidad vial 2006*. Madrid: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior.
- DORN, N e THOMPSON A. (1976). Evaluation of drug education in the longer term is not an optional extra. *Community Health* 1976; 7: 154-161.
- D'ZURILLA, T.J. e GOLDFRIED, M.R. (1971): problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- EDIS (2004). *El consumo de drogas en Galicia VII*. Santiago de Compostela: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. Xunta de Galicia.
- EDIS (2007). *O consumo de drogas en Galicia VIII, 2006*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade-SEGAS. Xunta de Galicia.

FAD (2000). Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Manual de Prevención. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Plan Municipal Contra las Drogas.

FARROW, JA. (1987). Young driver risk taking: a description of dangerous driving situations among 16- to 19-year-old drivers. *Int J Addict.* 1987 Dec; 22(12):1255-67.

FLAY, BR. e PETRATIS, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En: CG. Leukefeld y Bukoski WJ (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*: 83-108. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 1995.

GENERALITAT VALENCIANA (1993). Escuela y salud: Programa de educación para la salud en la escuela. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana.

GORMAN, DM. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues* ,1996; 26 (2): 505-520.

GONZÁLEZ LUQUE, JC. Fármacos y conducción. *Tráfico* 1997, 124.

GREGERSON, NP (1996). Young Car Drivers: Why Are They Over-represented in Traffic Accidents? How Can Driver Training Improve Their Situation? *Accident analysis & Prevention* 1996; (2) 243-250.

HALEY, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

HASEN, W.B. e GRAHAM, J.W. (1992). Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 1992; 20: 414-430.

HAWKINS, J.D., CATALANO, R.F. y MILLER, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alco-

hol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992; 112 (1): 64-105.

HAWKINS, JD, CATALANO RF, ARTHUR MW. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav.* 2002 Nov-Dec. 27 (6):951-76.

HAWKINS JD, VAN HORN ML, ARTHUR MW. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prev Sci.* 2004 Dec; 5(4):213-20.

IREFREA (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

JESSOR, R. y JESSOR, SL. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.

JESSOR, R. (1991). Risk behavior in adolescence. A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

JESSOR, R. (1992) Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E.Rogers y E.Ginzburg (Eds), *Adolescent at risk. Medical and social perspectives* (pp.19-34).Boulder,CO Westview Press.

JESSOR,R. (1993a)Psychosocial issues in drug policies:Implications for the legalización debate.En G.Edwards,J.Strang y J.H.Jaffee (Eds), *Drugs,alcohol,and tobacco:Making the science and policy connections* (pp.319-325). Oxford,UK:Oxford University Press.

JESSOR, R. (1993b). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48.117-126.

JONSON, CA. et al (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for

drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 1990 Aug; 58(4):447-56.

KAFTARIAN SJ, KUMFER KL. (2000). Family-focused research and primary prevention practice. *The Journal of Primary Prevention* 2000; Special Issue, 21(2).

KAYSER, RE, et al. (1995). Evaluación de un programa educativo de prevención holandés, "Conducir estando intoxicado" para autoescuelas. *Journal drug education* 1995; 25 (4), 379-393.

KEARNEY, A.L. e HINES, M.H. (1980). Evaluation of the effectiveness of a drug prevention education program. *Journal of Drug Education* 1980; 10: 127-134.

KUMPFER KL, e TURNER CW. (1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *The international Journal of the Addictions* 1991; 25 (4A): 435-463.

KUMPFER, KL. (1997). What works in the prevention of drug abuse: individual, school and family approaches. Rockville MD: Center for Substance Abuse prevention, 1997.

KUMPFER KL, e ALDER, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. En: Sloboda Z y Bukoski W. Eds. *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice.* New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2003: 75-100.

LOCHMAN JE. (2000). Parent and family skills training in targeted prevention programs for at-risk youth. *Journal of Primary Prevention* 2000; 21 (2): 253-265.

LÓPEZ, M. (1994). Volantes con receta. *Tráfico* 1994, nº 96.

LÓPEZ, M. (1997). La gran hipocresía del alcohol. *Tráfico* 1997; nº 123.

MARINA, JA. (2001). Las drogas y la inteligencia compartida. *Proyecto* 2001; 40: 53-64.

MANSILLA, F. (2001). Un programa constructivista de prevención de drogodependencias derivado de la hipótesis de la susceptibilidad. *Revista Española de Drogodependencias* 2001; 26: 29-42.

MANSILLA, F. e VEGA, P. (1999). Hipótesis de la susceptibilidad en drogodependencias: Reflexiones para un modelo etiológico. *Revista Española de Drogodependencias* 1999; 24: 17-30.

MARTÍNEZ, I. et al, (2000). Actuar es posible. Medios de comunicación y drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

MEGÍAS, E. y JÚDEZ, J. (2003). DAP: programa de formación y consulta Drogas y Atención Primaria. Madrid: FAD y Fundación Ciencias de la Salud, 2003.

MELERO, J.C. e ORTIZ DE ANDA A (2001). Lugar de trabajo libre de drogas. Bilbao: EDEX Kolektiboa, 2001.

MINISTERIO DEL INTERIOR (2007). Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2006. Madrid.

MINUCHIN, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.

MONCADA, L. (1992). La Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo en España. En: Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

MONTORO, L. (1991) Alcohol, juventud y accidentes de tráfico. En Alcohol y Juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MORENO, G. e GAMONAL, A. (2006). Odi-sea. Proyecto piloto de prevención de drogas en Centros de Garantía Social. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. Madrid.





- MOSKOWITZ, J. et al. (1984). Evaluation of an affective development teacher training literature. *Journal of Primary Prevention* 1984; 4(3): 150-161.
- MOVIG KL, et al. (2004). Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accid Anal Prev.* 2004 Jul; 36(4):631-6.
- MYERS, D.G. (1991). *Psicología Social*. Madrid: Editorial Panamericana.
- NAVARRO, J. e RODRÍGUEZ, E. (2002). La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- NEWCOMBE, R (1995) La reducción de daños relacionados con las drogas: un marco conceptual para la teoría y la investigación. En: O'HARE, P.A. et al. Ed. Grup Igia. Barcelona.
- National Institute on Drug Abuse (1997a). Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-based Guide. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. National Institutes for Health. NIH Publication No. 97-4212, 1997a.
- National Institute on Drug Abuse (1997b). Drug Abuse Prevention for AT-Risk Individuals. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. National Institutes for Health.
- National Institute on Drug Abuse (2000). Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents, Second Edition. Rockville, MD: US Department of Health and human Services. National Institutes of Health.
- National Institute on Drug Abuse (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes*. Bethesda: Institutos Nacionales de Salud, 2004.
- OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS (2003). *Drogas: Exclusión o Integración Social*. II Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos relacionados con las Drogas Vitoria-Gasteiz: Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, 2003.
- OEDT (2007). Informe anual 2007. El problema de la drogodependencia en Europa. Lisboa: Observatorio de las Drogas y las Toxicomanías.
- OETTING, ER. e DONNERMEYER, JF. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Sustance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- OGD (2007). Observatorio de Galicia sobre Drogas. Informe xeral 2006. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade-SERGAS.
- OIT (1988). *Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas y de alcohol*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (2000 a). Drug and alcohol abuse – an important workplace issue. Ginebra: OIT, 2002a. En: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm> (29.06.2005)
- OIT (200b). *Workplace drug and alcohol abuse prevention programmes*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- PALMERÍN, A. (2003). *Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes*. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- PENTZ, M.A. et al (1989). A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects of drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 1989; 261 (22): 3259-3266.
- PERLOF, LS. (1987). Social comparison and illusion of invulnerability to negative life events. En C.R. Snyder y C. E.
- PETRAITIS, J, et al (1998). Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use and Misuse*, 1998; 33 (13): 2561-2604.

- PROCHASKA, J.O. y Diclemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-278.
- RIOS, JA. et al. (1997). Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la familia. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- RUSH, C. (1994). Mock drunk driving crash: an exercise in injury prevention. *Accid Emerg Nurs*. 1998 Jan;6(1):7-10.
- SALVADOR, T. SUELVEZ JM, DEL POZO J. (2003). Manual para la Prevención y tratamiento de los problemas relacionados con las drogas desde el Medio Laboral. Logroño: Gobierno de la Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario.
- SAN MARTÍN, H., y PASTOR, V. (1984): Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid. Díaz de Santos.
- SÁNCHEZ, C. et al. (1998). Actuar es posible. Servicios sociales y drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- SÁNCHEZ, L. (1998). Tiempo de ocio. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- SÁNCHEZ, L. (1994). Evaluación de la efectividad de los programas de atención a los drogodependientes en la empresa. Fundación Mapfre Medicina. Madrid.
- SÁNCHEZ, L. (1996). Manual para profesionales de los servicios de Salud Laboral. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Fundación MAPFRE Medicina.
- SÁNCHEZ, L. et al. (2004). Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura: Proyecto GENACIS. Alicante: Sociedad Española de Toxicomanías.
- SANTACREU, J. et al. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 16: 201-215.
- SANTACREU, J. et al. (1992). Modelo de génesis del consumo de drogas: formulación y verificación empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18: 781-804.
- SCHAPS, E. et al. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues* 1981; 11: 17-43.
- SLOBODA, Z. (1997). State-of-the-art of prevention research in the United States. Ponencia presentada al seminario: «Prevention Evaluation». Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1997.
- SLOBODA, Z. e BUKOSKI, WJ. (2003). Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2003.
- SOCIE, EM. et al. (1994). The relative effectiveness of sanctions applied to first-time drunken driving offenders. *Am J Prev Med*. 1994 Mar-Apr; 10(2):85-90.
- STANTON, MD. e TODD, TC.(1982). The family therapy of drug abuse and addiction. Nueva York. Guilford Press.
- SWISHER, JD. e HOFFMAN, A. (1975). Information: The irrelevant variable in drug education. En: *Drug Abuse Prevention: Perspectives and Approaches for Educators*. Iowa: Ed. Brown, W.C. Dubuque, 1975
- TOBLER, N. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues* 1986; 16 (4): 537-567.
- TOBLER, N. (1993). Up-dated meta-analysis of adolescent drug prevention programs. En: *Evaluación*



ting School-linked Prevention Strategies: Alcohol, Tobacco and Other Drugs. Ed. Ringwalt, Ryan y Zimmerman. San Diego CA: UCSD Extension, University of California, 1993: 71-86

TOBLER, N. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 1997; 18: 71-128.

TURNER W. (2000). Cultural considerations in Family-based primary prevention programs in drug abuse. En: S. Kaftarian y KL Kumpfer Eds. Sección especial: family –focussed research and primary prevention practice. *Journal of Primary Prevention* 2000; 21(3): 285-303.

VARELA, J. et al. (2006). Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Una adaptación del AUDIT a la población gallega. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade-SERGAS.

WHO (1984). Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canadá, 17-21 November 1986. <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>

WHO (2001). Screening e intervención breve para los problemas relacionados con el consumo de alcohol en atención primaria. Edición original del Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

ZACO, J, et al, (2007). Actuar es posible. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

ZUKER Y NOLL (1982). Prevention and Treatment of Alcohol Problems: Research Opportunities. Washington: National Academy of Sciences.



# Instrumentos de soporte e apoio á xestión da carteira de servizos de prevención





---

<b>Formación continuada en prevención do consumo de alcohol e outras drogas. . . . .</b>	<b>3</b>
<b>Obxectivos e actuacións do Plan de Galicia sobre drogas 2007-2009 en materia de prevención. . . . .</b>	<b>7</b>
<b>Normativa legal relativa a aspectos claves do traballo en prevención . .</b>	<b>15</b>
<b>Convenio tipo de cooperación para o cofinanciamento de programas de prevención de drogodependencias entre a Consellería de Sanidade, o Servizo Galego de Saúde e as corporacións locais. . . . .</b>	<b>35</b>
<b>Convenio de colaboración entre a consellería de Sanidade, o Servizo Galego de Saúde e as asociacións para o desenvolvemento de programas de prevención de drogodependencias . . . . .</b>	<b>45</b>
<b>Protocolos internos de actividade-financiamento (PIAF) . . . . .</b>	<b>53</b>
<b>Aplicación informática XESAPI para a xestión e avaliación dos programas de prevención. . . . .</b>	<b>57</b>



# Formación continuada en prevención do consumo de alcohol e outras drogas



XUNTA DE GALICIA

O Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece, dentro da área de formación, o impulso de diferentes accións destinadas á formación continuada dos profesionais que colaboran no seu desenvolvemento. Esta formación busca transmitir aos profesionais os novos coñecementos e innovacións científicas e técnicas que vai achegando a investigación, ademais das habilidades necesarias para a adecuada realización do seu traballo diario. Resulta pois fundamental para asegurar a calidade dos servizos e programas ofertados polo PGD en distintos ámbitos e, de maneira singular, en materia de prevención.

Mediante a formación continuada bríndaselles aos profesionais beneficiarios dela a posibilidade de adquirir capacidades cognitivas amplas e flexibles, o achegamento a estratexias de solución de problemas de carácter científico, epistemolóxico e biopsicosocial e a adquisición de habilidades no desempeño de diferentes papeis profesionais. Por esta razón, as necesidades existentes en relación a este tipo de formación deben ser sinaladas polos propios equipos profesionais e irán variando a medida que o fai a realidade social e institucional sobre a que interveñen.

Neste sentido, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece o desenvolvemento de distintas accións en materia de formación continuada que afectan de modo directo aos técnicos que integran os equipos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas, entre as que destacan:

- ◆ A elaboración dun Plan director de formación continuada en drogodependencias para profesionais relacionados coa prevención, asistencia e incorporación social, mediante a colaboración entre a Consellería de Sanidade-SERGAS e a FEGAS.
- ◆ O desenvolvemento dun programa anual de formación e reciclaxe para técnicos municipais responsables do deseño, execución e avaliación dos programas de prevención e incorporación social e a membros de organizacións non gobernamentais, mediante a colaboración entre a Consellería de Sanidade-SERGAS, a FEGAS, os concellos e as ONG con programas de prevención.
- ◆ A implementación dun Programa de formación sobre educación para a saúde e prevención das drogodependencias no medio escolar para persoal docente, a través da colaboración entre a Consellería de Sanidade-SERGAS e a Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.
- ◆ A posta en marcha dun Programa de formación en prevención, asistencia e incorporación social en drogodependencias para profesionais dos sistemas de protección e reforma de menores e doutras institucións que traballan con menores en situación de risco, mediante a colaboración da Consellería de Sanidade-SERGAS e a Secretaría Xeral do Benestar.



Entre as accións de formación continuada que se levaron a cabo ou que está previsto implementar no futuro inclúense as seguintes:

## **a) Programa de formación continuada en prevención: ano 2007**

- A prevención do consumo de drogas no marco europeo e español: ¿que prevención desexamos facer?
- Bases teóricas e científicas de prevención do consumo de drogas.
- Factores de risco e de protección no consumo de drogas e programas de prevención escolar.
- Cannabis: informe da Comisión Clínica da Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas.
- Programas e actividades dos servizos de prevención en Galicia (I).
- Análise da situación, propostas de actuación e programas preventivos ante o uso recreativo de drogas.
- Cocaína: neurobioloxía e historia natural do seu consumo e adicción.
- A prevención no ámbito familiar.
- Alcohol: patoloxía e abordaxe dos problemas derivados do consumo de bebidas alcohólicas.
- Detección, avaliación e intervención temperá con menores con uso problemático ou abuso de drogas.

- A prevención comunitaria.
- Investigación e avaliación en prevención.
- Programas e actividades dos servizos de prevención en Galicia (II).

## **b) Programa de formación continuada en prevención: ano 2008**

- Criterios e bases para a intervención preventiva con adolescentes en risco: Programa Odisea.
- Prevención do consumo de drogas no ámbito escolar.
- Habilidades persoais e sociais.
- Comunicación e difusión dos programas preventivos.
- Muller e drogas.
- Prevención do consumo de drogas en lugares de ocio.
- Actuacións preventivas en autoescolas.
- Redución de riscos en espazos nocturnos e eventos musicais no marco do Programa Intereg III: Galicia/Norte de Portugal.



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Subdirección Xeral  
de Saúde Mental e Drogodependencias

## A formación

### Plan de formación continuada:

- Duración:
  - 1º curso: 104 horas
  - 2º curso: 64 horas
- Formato: sesións mensuais de 8 horas cada unha
- Destinatarios: técnicos de prevención
- Acreditación oficial

### Actividades temáticas:

- Situación da prevención
- Bases teóricas e científicas
- Prevención escolar, familiar e comunitaria
- Investigación e avaliación en prevención
- Programas locais
- Cocaína, cannabis e alcohol
- Adolescentes en risco
- Xénero e prevención
- Prevención en lugares de ocio
- Redución de riscos en espazos nocturnos

Supervisión da  
Universidade de  
Santiago de  
Compostela



ACTIVIDADES FORMATIVAS COA FEGAS					
<p><b>01</b></p> <p><b>DETRAIRES E USOS PARA A INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON ADOLESCENTES EN RISCO. PROGRAMA ODBEA</b></p> <p><b>organización:</b> Santa Mónica (Instituto de Drogas e Dependencias, Fundación London, IRYMUNA)</p> <p><b>locutor:</b> Inés María González (Servizo de Prevención de Drogas)</p> <p><b>data:</b> 25 de maio de 2008</p> <p><b>obxectivos:</b> Definir o programa e aplicar a súa aplicación en Galicia</p>	<p><b>02</b></p> <p><b>PREVENCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS NO ÁMBITO LABORAL</b></p> <p><b>organización:</b> Lamas Sábido Peris Consultoría, Estudos e Gestión de Proxectos S.L. MADRID</p> <p><b>data:</b> 25 de maio de 2008</p> <p><b>obxectivos:</b> Definir e aplicar a realidade e necesidades de intervención preventiva neste ámbito en Galicia</p>	<p><b>03</b></p> <p><b>HABILIDADES PERSONAIS E SOCIAIS</b></p> <p><b>organización:</b> Saúl Malo (CC. Ministerio de Saúde, PORTUGAL)</p> <p><b>data:</b> 24 de setembro de 2008</p> <p><b>obxectivos:</b> Colaborar en habilidades que dallen en un ámbito de prevención</p> <p>– Realizar aspectos teóricos, metodolóxicos e de avaliación dos programas de habilidades</p>	<p><b>04</b></p> <p><b>FORMACIÓN E DIFUSIÓN DOS PROGRAMAS PREVENTIVOS</b></p> <p><b>organización:</b> (pendente de confirmar)</p> <p><b>data:</b> 22 de outubro de 2008</p> <p><b>obxectivos:</b> Colaborar estratexias para mellorar a labor de marketing social dos programas preventivos</p>	<p><b>05</b></p> <p><b>WALKER E DROGAS</b></p> <p><b>organización:</b> Pilar González (Servizo de Prevención de Drogas)</p> <p><b>data:</b> 17 de novembro de 2008</p> <p><b>obxectivos:</b> Realizar aspectos teóricos e prácticos de intervención preventiva en lugares de ocio</p>	<p><b>06</b></p> <p><b>PREVENCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS EN LUGARES DE OCIO</b></p> <p><b>organización:</b> (pendente de confirmar)</p> <p><b>data:</b> 17 de novembro de 2008</p> <p><b>obxectivos:</b> Realizar aspectos teóricos e prácticos de intervención preventiva en lugares de ocio</p>
OUTRAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DA SUBDIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE MENTAL E DROGODEPENDENCIAS (NON FEGAS)					
<p><b>01</b></p> <p><b>ACTIVACIÓN DE REDES EN AUTOCUIDADO</b></p> <p><b>organización:</b> Manuel (Iberna Folgar) (Servizo de Prevención de Risco de Vida San. Coruña)</p> <p><b>locutor:</b> Patricia González Martínez (Servizo de Prevención de Drogas)</p> <p><b>data:</b> 11 de maio de 2008</p> <p><b>obxectivos:</b> Presentar Manual de intervención preventiva en autocuidado</p>	<p><b>02</b></p> <p><b>REDUCIÓN DE RISCOS EN ESPAZOS NOCTURNOS E ESPAZOS MÚLTIPLES DE USO DO PROGRAMA SISTEMA DE AVALIACIÓN DE RISCOS</b></p> <p><b>organización:</b> Instituto de Drogas e Drogodependencias, Dirección Regional Norte, PORTO</p> <p><b>locutor:</b> Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, SANTIAGO</p> <p><b>data:</b> Representantes de locais de ocio nocturno</p> <p><b>obxectivos:</b> Presentar unha estratexia de redución de riscos nestes contextos</p>				

# Obxetivos e actuacións do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 en materia de prevención



XUNTA DE GALICIA

## 2.1. Obxectivos xerais e específicos na área de prevención

Tomando en consideración os resultados da avaliación de necesidades no ámbito da prevención e as evidencias científicas existentes en relación cos factores de risco e protección e a eficacia dos programas de prevención, fórmulanse os seguintes obxectivos xerais, en consonancia co establecido polo Plan de Acción 2005-2008 aprobado pola Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas e polo Plan de acción da Unión Europea en materia de loita contra a droga 2005-2008.

### **Obxectivo Nº 1. Reducir o consumo experimental das distintas drogas entre os adolescentes de 12 a 18 anos.**

- 1.1. Reducir a prevalencia do consumo de bebidas alcohólicas nos últimos 30 días ata situala no 42%, desde o 45,8% actual.
- 1.2. Reducir a prevalencia do consumo experimental de tabaco ata situala no 30%, desde o 33,9% actual.
- 1.3. Reducir a prevalencia do consumo experimental de cannabis ata o 19%, desde o 20,9% actual.
- 1.4. Reducir por debaixo do 3% as prevalencias dos consumos experimentais de cocaína e éxtase, desde o 3,4% actual.

### **Obxectivo Nº 2. Retardar a idade media de inicio ao consumo das distintas drogas dos adolescentes e mozos de 12 a 24 anos.**

- 1.1. Retardar a idade media de inicio ao consumo de tabaco ata situala por riba dos 15 anos (actualmente de 14,8 anos).
- 1.2. Retardar a idade media de inicio ao consumo de bebidas alcohólicas ata situala por riba dos 15,5 anos (actualmente de 15,0 anos)
- 1.3. Retardar a idade media de inicio ao consumo de cannabis ata situala por riba dos 16 anos (actualmente de 15,7 anos)
- 1.4. Retardar a idade media de inicio ao consumo de psicoestimulantes ata situala arredor dos 17 anos no caso da cocaína (actualmente de 16,4 anos) e aos 16 anos no das drogas de síntese (actualmente 15,8 anos).

### **Obxectivo Nº 3. Reducir o número de consumidores habituais de drogas entre a poboación xeral.**

- 1.1. Reducir ao 27% a prevalencia de fumadores diarios, desde o 30,8% actual.
- 1.2. Reducir ao 40% a prevalencia do consumo semanal de bebidas alcohólicas (1 ou máis veces á semana), desde o 47,6% actual.
- 1.3. Reducir por debaixo do 5% a prevalencia de consumo de cannabis nos últimos seis meses, desde o 5,3% actual.

- 1.4. Reducir ao 1% a prevalencia de consumo de cocaína nos últimos seis meses, desde o 1,4% actual.

### **Obxectivo Nº 4. Reducir o número de bebedores abusivos entre a poboación xeral e os adolescentes e mozos**

- 1.1. Reducir ao 5% a prevalencia de bebedores abusivos, desde o 7,6% actual.
- 1.2. Reducir ao 2% e ao 8%, respectivamente, as prevalencias de bebedores abusivos entre os adolescentes de 12 a 18 anos (actualmente do 3,4%) e os mozos de 19 a 24 (actualmente do 10,1%).

### **Obxectivo Nº 5. Reducir os comportamentos de risco relacionados co consumo de alcohol e outras drogas.**

- 5.1. Reducir do actual 40,6% ao 30% a porcentaxe de condutores falecidos en accidentes de tráfico nos cales se detecta a presenza de alcohol ou outras drogas.
- 5.2. Reducir nun 10% o número de condutores menores de 30 anos falecidos en accidentes de circulación estando baixo a influencia do alcohol, que actualmente se sitúa no 33,5%.

### **Obxectivo Nº 6. Mellorar a calidade da información dos adolescentes e mozos sobre as drogas e os seus efectos.**

- 6.1. Asegurar que o 100% dos recursos da Rede de Información Xuvenil dispoñan de información permanente sobre os riscos asociados ao consumo de tabaco, alcohol e outras drogas.
- 6.2. Lograr que o 85% dos adolescentes e mozos galegos de entre 12 e 18 anos reciban información sobre as drogas e os seus efectos.
- 6.3. Lograr que o 40% dos adolescentes e mozos galegos de entre 12-18 anos participen en actividades de prevención sobre o tabaco, o alcohol e as demais drogas.
- 6.4. Facilitar información xeral sobre as drogas e os problemas e riscos asociados ao 100% dos docentes de ensino primario e secundario de Galicia.
- 6.5. Ofertar ao 100% dos docentes dos centros públicos e privados de ensino primario e secundario, que o demanden, formación especializada en prevención das drogodependencias.
- 6.6. Facilitar información sobre as drogas e os efectos e riscos asociados ao 100% dos centros universitarios de Galicia, para a súa difusión entre os alumnos matriculados neles.

### **Obxectivo Nº 7. Modificar as actitudes dos adolescentes e mozos fronte ás drogas.**

- 7.1. Incrementar nun 10% os niveis de risco percibido asociados ao consumo ocasional de

cannabis (actualmente do 45,1% no grupo de 12 a 18 anos e do 27,9% no de 19-24), drogas de síntese (actualmente do 74,5% no grupo de 12 a 18 anos e do 71,1% no de 19 a 24) e cocaína (actualmente do 91,5% no grupo de 12 a 18 anos e do 86,7% no de 19 a 24).

- 7.2. Incrementar nun 20% o nivel de risco percibido asociado ao consumo habitual de todas as drogas, en especial respecto do consumo diario de tabaco (actualmente do 83,7% e o 83,0%, respectivamente, nos grupos de 12 a 18 e de 19 a 24 anos), do consumo diario de alcohol (actualmente do 76,1% e o 68,8%, respectivamente), o consumo de alcohol en fins de semana (actualmente do 37,2% e o 17,4%, respectivamente) e semanal de cannabis (actualmente do 75,6% e o 69,2%, respectivamente).

### **Obxectivo Nº 8. Reducir a tolerancia social fronte ás drogas.**

- 8.1. Incrementar nun 25% os adolescentes que perciben nos seus pais a existencia dunha actitude de rexeitamento fronte ao consumo de alcohol ou tabaco (actualmente do 15,5% e o 25,4%, respectivamente).
- 8.2. Incrementar nun 20% os adolescentes que perciben nos seus pais unha actitude de rexeitamento fronte ao consumo de cannabis e outras drogas ilícitas (actualmente do 70,7% e o 87,8%, respectivamente).

- 8.3. Incrementar nun 20% a percepción do risco dos cidadáns galegos asociada ao consumo das diferentes drogas.

### **Obxectivo Nº 9. Reducir a dispoñibilidade do tabaco, así como o consumo indebido e abusivo de bebidas alcohólicas no contorno social.**

- 9.1. Facilitar ao 100% dos establecementos onde se vendan bebidas alcohólicas e/ou tabaco os carteis de advertencia das limitacións a esta actividade.
- 9.2. Reforzar as actividades de inspección para velar polo cumprimento da normativa que impide a venda de alcohol e tabaco a menores.

### **Obxectivo Nº 10. Mellorar os niveis de implantación e cobertura dos programas de prevención escolar.**

- 10.1. Ofertar ao 100% dos centros docentes de primaria e secundaria de Galicia a posibilidade de implementar o programa de prevención escolar universal PPCDE (Programa de prevención do consumo de drogas na escola).
- 10.2. Conseguir que o 50% dos centros escolares que imparten educación primaria desenvolvan, de forma sistemática, programas de prevención das drogodependencias de carácter universal.
- 10.3. Lograr que polo menos o 15% dos alumnos de 4º de ESO participen en programas de

prevención selectivos, dirixidos a menores sobre os que converxen especiais circunstancias de risco, persoais, familiares ou sociais, para o consumo de drogas.

### **Obxectivo Nº 11. Incrementar o número de programas de prevención dirixidos ao ámbito familiar.**

- 11.1. No ano 2009 o 100% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter universal.
- 11.2. No ano 2009 o 50% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter selectivo.
- 11.3. No ano 2009 o 25% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter indicado.

### **Obxectivo Nº 12. Incrementar o número de programas de prevención no ámbito laboral.**

- 12.1. No ano 2009 polo menos o 50% dos equipos de prevención do PGD terán deseñadas accións de información e sensibilización dirixidas especificamente á poboación traballadora.
- 12.2. No ano 2009 o 15% dos equipos de prevención con que conta o PGD terán posto en marcha un programa de prevención no ámbito laboral (actualmente o 8%).

### **Obxectivo Nº 13. Reforzar os actuais niveis de implantación dos programas de prevención comunitaria.**

- 13.1. No ano 2009 o 100% dos equipos de prevención do PGD terán deseñadas actividades de información e sensibilización dirixidas á comunidade sobre a que interveñen.
- 13.2. No ano 2009 polo menos o 25% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha un programa de prevención comunitaria.

### **Obxectivo Nº 14. Intensificar a coordinación e colaboración cos municipios para instaurar e consolidar programas municipais de prevención.**

- 1.1. Ampliar nun 10% o número de municipios galegos con programas municipais de prevención das drogodependencias, que dispoñan polo menos de programas de prevención escolar e xuvenil.

### **Obxectivo 15: Incentivar o desenvolvemento de programas de prevención que promovan estratexias e actuacións baseadas en evidencias científicas.**

- 15.1. No ano 2008 o 100% das entidades que traballen no campo da prevención, e que reciban apoio financeiro do PGD, aplicarán os criterios da “Guía de orientación para a implantación de programas preventivos en



Galicia”, que inclúe a necesidade de promover accións soportadas en modelos teóricos coherentes e evidencias científicas dispoñibles, así como nas conclusións da investigación de resultados no campo da saúde.

15.2. En 2008 o 100% dá un dos ámbitos recollidos dentro da tipoloxía de programas establecida no Catálogo de programas de prevención do PGD.

## 2.2. Accións e programas para o cumprimento dos obxectivos relacionados coa prevención

- Ampliación da cobertura e implementación do Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo ata alcanzar os 800 centros, 7.000 profesores e 135.000 alumnos participantes anuais.
- Ampliación do número de participantes no Programa de educación en valores “Cinensino” ata alcanzar os 40.000 alumnos anuais.
- Posta en marcha do programa de prevención escolar “Non pasa nada, ¿pasa algo?”, destinado a escolares en situación de risco.
- Oferta de cursos de especialización para docentes de primaria e secundaria en prevención das drogodependencias.
- Difusión en todos os centros de primaria e secundaria do catálogo cos programas de prevención das drogodependencias no medio escolar con que conta o PGD.
- Difusión de materiais didácticos sobre as drogas e as estratexias para a súa prevención na totalidade dos centros de educación primaria e secundaria.
- Desenvolvemento de accións informativas e sensibilizadoras sobre os riscos asociados ao uso/abuso de drogas entre a poboación universitaria.
- Homologación de cursos de formación de profesores sobre prevención das drogodependencias, informados e avalados polo PGD.
- Distribución dunha guía informativa sobre as drogas, os seus efectos e as pautas para a súa prevención entre o conxunto dos fogares galegos con fillos de entre 6 e 18 anos.
- Desenvolvemento do programa “Reflexionando sobre a prevención de drogas: Encontros de pais/nais”, destinado a mellorar as habilidades educativas de pais e nais.
- Desenvolvemento do programa “Todos xuntos axudamos”, dirixido ás familias con menores que presentan condutas de risco.
- Desenvolvemento do programa de prevención “Enfrontando os problemas”, dirixido a familias con menores de alto risco que usan ou abusan das drogas.
- Programa xuvenil de prevención do consumo de alcohol e outras drogas e os danos asociados.



- Desenvolvemento dun “Programa de prevención do consumo de alcohol nas autoescolas”, para condutores noveis.
- Desenvolvemento dun Programa de prevención do consumo de alcohol e outras substancias en espazos urbanos públicos (“Creative”).
- Desenvolvemento de accións informativas e de sensibilización sobre as drogas e os seus efectos sobre os traballadores e a actividade laboral.
- Desenvolvemento do Programa de prevención de drogodependencias no ámbito laboral, de forma prioritaria nos sectores de administración pública, pesca, transporte e construción.
- Formalización de convenios con municipios galegos para a implementación de programas comunitarios de prevención.
- Celebración de seminarios sobre prevención das drogodependencias para profesionais de medios de comunicación, orientados a mellorar o tratamento informativo dos contidos relacionados coas drogas e coa prevención.
- Aprobación dun decreto de acreditación e homologación de programas de prevención das drogodependencias.
- Implantación, entre o conxunto de institucións e entidades que reciban financiamento do PGD, dunha “Guía de orientación para a implementación de programas preventivos en Galicia”, baseada en evidencias científicas.
- Creación de grupos técnicos de traballo para a actualización do Catálogo de programas de prevención do PGD.
- Incorporación aos convenios de colaboración que se subscribirán entre a Consellería de Sanidade e os concellos para o desenvolvemento de programas de prevención, de cláusulas que reforcen as tarefas de inspección e control da normativa que prohibe o consumo e venda de bebidas alcohólicas e tabaco a menores de idade e o consumo destas substancias en diferentes dependencias e espazos de uso público, polos servizos de consumo e policía municipal.
- Creación dun “Grupo de seguimento da publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco” encargado de velar polo respecto das regulacións e restricións existentes en materia de promoción e publicidade destes produtos.
- Regulación do consumo de bebidas alcohólicas en lugares públicos, no marco da modificación da Lei 2/96, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.



# Normativa legal relativa a aspectos claves do traballo en prevención



XUNTA DE GALICIA

### 3.1. Lei 2/96, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas

A lei dedica o seu título I á prevención das drogo-dependencias e regula, entre outros, os seguintes contidos:

- a) Os principios reitores, premisas prioritarias e medidas xerais que deben orientar as accións na área de prevención, así como directrices e propostas de actuación en ámbitos concretos como a prevención laboral, a educación para a saúde, a prevención comunitaria ou a atención aos colectivos sociais máis vulnerables (capítulo I).
- b) Distintas medidas de control e limitativas da publicidade, promoción, venda ou subministración de bebidas alcohólicas e tabaco, tendentes a reducir a oferta destes produtos (sección 1ª, capítulo II). Entre estas medidas destacan:
  - ♦ A prohibición de que a publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco se dirixa a menores de idade, utilice a imaxe de menores ou de mulleres xestantes ou asocie o seu consumo a prácticas deportivas, educativas ou sanitarias. Tampouco se poderá vincular o seu consumo ao éxito social, ao rendemento físico, á condución de vehículos nin atribuírle carácter terapéutico, estimulante ou sedante ou ofrecer a abstinencia ou sobriedade como unha imaxe negativa da persoa (artigo 11).
  - ♦ A prohibición de que a publicidade de toda forma de publicidade de tabaco polos centros emisores de radio e televisión situados en Galicia e de bebidas alcohólicas entre as 8 e as 22 horas. Tamén se prohíbe a publicidade destes produtos na primeira páxina dos periódicos, revistas e demais publicacións que se editen en Galicia, nas destinadas a deportes e pasatempos e naquelas seccións que, polo seu contido, estean orientadas preferentemente a menores de 18 anos (artigo 12).
- c) Distintas limitacións á subministración e venda de bebidas e tabaco (artigo 13), entre as que se inclúen:
  - ♦ A prohibición da venda ou subministración de tabaco a menores de 18 anos.
  - ♦ A prohibición da venda ou subministración de bebidas alcohólicas a menores de 16 anos (no caso de bebidas alcohólicas de máis de 18 graos centesimais aos menores de 18 anos).
  - ♦ A prohibición de venda ou subministración de bebidas alcohólicas ou tabaco en a) Locais e centros preferentemente destinados a menores de 18 anos, b) Centros culturais, c) Centros educativos que imparten educación primaria, secundaria ou outras ensinanzas de nivel equivalente, d) Instalacións deportivas e e) Centros sanitarios.
  - ♦ A prohibición da subministración ou venda de bebidas cunha graduación alcohólica de

máis de 18 graos en: a) Centros de educación superior e universitaria, b) Dependencias das administracións públicas de Galicia e c) Áreas de servizo e descanso das autoestradas, autovías, vías rápidas e similares.

## 3.2. Anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos

O anteproxecto pretende substituír a actual Lei 2/96, de Galicia sobre drogas, adecuando o seu contido aos novos hábitos sociais en relación cos consumos de bebidas alcohólicas e outras drogas, adaptando a normativa autonómica á lexislación estatal en materia de tabaco e conformando un novo modelo de asistencia ás drogodependencias e a outras condutas aditivas.

Trátase dun texto cunha orientación eminentemente preventiva, ao que dedica o seu título II, que combina diversas medidas dirixidas á redución da demanda e da oferta.

As medidas destinadas á redución da demanda oriéntanse á promoción da saúde e á adquisición de hábitos saudables e inclúen intervencións no ámbito escolar, familiar, laboral, comunitario, sanitario e outros específicos.

As medidas orientadas a diminuír a oferta pretenden protexer a cidadanía, e de maneira particular os menores de idade, fronte aos riscos que

comporta o uso de substancias capaces de crear adicción, diminuíndo a súa presenza e a accesibilidade a elas. Neste ámbito inclúense as seguintes medidas:

- ◆ Prohíbese a venda de todo tipo de bebidas alcohólicas aos menores de 18 anos.
- ◆ Restrínxese o consumo de alcohol en vías ou espazos públicos, exceptuando as terrazas e veladores,
- ◆ Non se permite a venda de bebidas alcohólicas en establecementos situados en gasolineras e áreas de servizo, nin a súa venda, subministración ou distribución en horario nocturno, entre as 22:00 horas e as 9:00 horas, excepto a realizada en establecementos autorizados para o seu consumo no propio local.
- ◆ Prohíbese a entrada de menores de 18 anos a bares especiais, salas de festa ou discotecas, excepto en sesións especiais para maiores de 14 ou 16 anos, con horarios diferentes, e coa prohibición expresa de venda de calquera tipo de bebida alcohólica.
- ◆ Amplíanse as limitacións vixentes en materia de publicidade, promoción e patrocinio de bebidas alcohólicas e tabaco.
- ◆ Prohíbese a publicidade de bebidas destiladas, exceptuando a realizada nos circuitos comerciais. O alcohol tampouco poderá ser promovido nos centros emisores de radio

nin de televisión entre as 7:00 e as 21:00 horas, nin se poderá realizar a súa publicidade nos transportes públicos.

- ◆ Refórzanse as restricións á venda, subministración, consumo, promoción, publicidade e patrocinio do tabaco, para adecualas aos contidos da Lei 28/2005, do 26 de decembro, de medidas sanitarias fronte ao tabaquismo.

### 3.3. **Lei 28/2005, do 26 de decembro, de medidas sanitarias fronte ao tabaquismo.**

A Lei 28/2005 fixa, entre outras, as seguintes limitacións á venda, subministración, consumo, publicidade, promoción e patrocinio dos produtos do tabaco:

- a) Limitacións á venda e subministración dos produtos do tabaco (artigo 3).
  - ↪ A venda e subministración de tabaco só se poderá realizar na rede de expendedorías de tabaco ou mediante máquinas expendedoras en locais autorizados.
  - ↪ Prohíbese vender ou entregar a persoas menores de dezoito anos produtos do tabaco, así como calquera outro produto que o imite e induza a fumar.
- b) Prohibición de venda e subministración de tabaco en certos lugares (artigo 5).

En centros e dependencias das administracións públicas, centros sanitarios e de servizos sociais, centros docentes ou culturais, centros e instalacións deportivas, centros de ocio e lecer de menores de idade e en calquera outro lugar, centro ou establecemento onde estea prohibido o seu consumo.

- c) Prohibición total de fumar (artigo 7).

En centros de traballo, salvo espazos ao aire libre, dependencias das administracións públicas, centros sanitarios e docentes, instalacións deportivas e espectáculos públicos, sempre que non sexan ao aire libre, zonas destinadas á atención directa ao público, centros comerciais, bares, restaurantes e demais establecementos de hostalaría e restauración situados no seu interior e separados do resto de súas dependencias, salvo que se habiliten zonas para fumadores, de acordo co establecido nesta lei, centros de atención social para menores, centros de ocio ou esparexemento, nos cales se permita o acceso a menores de 18 anos, salvo nos espazos ao aire libre, centros culturais, salas de festa ou de uso público en xeral, durante o horario en que se permita a entrada a menores, áreas ou establecementos onde se elaboren, degusten ou vendan alimentos, ascensores, cabinas telefónicas, caixeiros automáticos e outros espazos de uso público de reducido tamaño, vehículos ou medios de transporte colectivo urbano e interurbano, vehículos de transporte de empresa, taxis, ambulancias, funiculares, teleféricos, todos os espazos do transporte

## concretos da intervención preventiva.

suburbano, salvo os situados por completo ao aire libre, medios de transporte ferroviarios e marítimos, salvo en espazos ao aire libre, aeronaves e estacións de servizo.

- d) Limitacións á publicidade, promoción e patrocinio dos produtos do tabaco e de bebidas alcohólicas (artigo 9).

Prohíbese o patrocinio dos produtos do tabaco, así como toda clase de publicidade, e promoción dos citados produtos en todos os medios e soportes, incluídas as máquinas expendedoras e os servizos da sociedade da información, salvo en publicacións destinadas exclusivamente aos profesionais que interveñen no comercio do tabaco, presentacións de produtos do tabaco a profesionais do sector, a promoción en expendedorías de tabaco e publicacións editadas en países que non forman parte da Unión Europea, cando non estean destinadas principalmente ao mercado comunitario, salvo que estean dirixidas principalmente a menores de idade.

### **3.4. Decreto 41/2008, do 28 de febreiro, polo que se establecen os criterios básicos para a autorización dos programas de prevención das drogodependencias e demais normativa de ámbito estatal ou autonómico relacionada con aspectos**

**NOTA: Dada a relevancia que para os técnicos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas ten o presente decreto reproducéase integramente o seu contido.**

A Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, establece no seu artigo 3.3 que as actividades e programas preventivos en materia de drogodependencias “deberán contar cos obxectivos e metodoloxía acorde coa realidade social sobre a que se pretende actuar e dispoñer dun sistema de avaliación das intervencións efectuadas e dos resultados acadados”.

Así mesmo, o artigo 22.2.c) da mencionada lei di que é competencia da Administración autonómica “a autorización, rexistro, acreditación e inspección de centros, programas e servizos que, postos en marcha por entidades públicas ou privadas, desenvolvan actividades e accións de intervención en materia de consumo de drogas e problemática asociada a este”.

Para dar cumprimento a estes preceptos, púxose en marcha en 1998 o Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI) e no ano 2004 a súa aplicación informática XESAPI (Xestión do Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación Social).

Por outra banda, o capítulo II do título III da Lei de Galicia sobre drogas está dedicado á planificación e ordenación, establecendo o artigo 23.1 que “A planificación dos obxectivos, prioridades e estratexias de actuación en materia de drogodependencias que se realicen na comunidade autónoma preveranse nun plan de Galicia sobre drogas”.

No Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, no punto 4.1.3, xa se recolle tamén a aprobación dunha norma de autorización de programas de prevención das drogodependencias, que sexa un instrumento para promover a máxima eficiencia no investimento de recursos públicos dedicados á prevención do abuso de drogas, orientar a toma de decisións e a planificación, presentación, desenvolvemento e avaliación dos programas, e propoñer a creación de grupos técnicos de traballo en materia de prevención de drogodependencias.

Na súa virtude, por proposta da conselleira de Sanidade, de conformidade co ditame nº 52/08 do Consello Consultivo de Galicia, e segundo o disposto no artigo 37.1 da Lei 1/1983, do 22 de febreiro, reguladora da Xunta e da súa Presidencia, modificada pola Lei 11/1988, do 20 de outubro, logo de deliberación do Consello da Xunta na súa reunión do día vinte e oito de febreiro de dous mil oito,

## DISPOÑO

### CAPÍTULO I

#### Obxecto e ámbito de aplicación

##### Artigo 1.- Obxecto

O obxecto do presente decreto é a regulación dos requisitos para a autorización dos programas e actividades de prevención do consumo de drogas, e a creación do Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia.

##### Artigo 2.- Definicións:

Para os efectos do disposto neste decreto, entenderase por.

- a) “programa”: conxunto ordenado de actuacións ou actividades, cunha duración temporal determinada, encamiñadas á consecución dun ou varios obxectivos relacionados entre si.
- b) “autorización”: procedemento a través do que a autoridade competente verifica e garante que un programa cumpre requisitos mínimos de calidade, e resulta de interese e utilidade para a consecución de obxectivos merecentes de financiamento e apoio público.

##### Artigo 3.- Ámbito de aplicación:

1. Poderán ser autorizados programas e actividades preventivos no ámbito das drogodependencias, que se desenvolvan por parte de institucións ou entidades legalmente constituídas, con sede na Comunidade Autónoma de



Galicia, así como os que se vaian levar a cabo no mesmo ámbito xeográfico por institucións ou organismos de carácter nacional ou internacional.

2. Constitúe o ámbito material do presente decreto:
  - a) Os programas de información, consello e divulgación dirixidos aos cidadáns sobre as substancias que poidan xerar dependencia, as consecuencias do seu consumo e a súa incidencia no tocante á saúde da poboación.
  - b) Os programas de prevención do uso indebido de drogas, que comprenderán actividades informativas, de asesoramento e actuacións de carácter preventivo, preferentemente nos ámbitos educativo, familiar, laboral, sanitario e comunitario.
  - c) A formación en drogodependencias de profesionais dos servizos sanitarios para o asesoramento e a orientación aos usuarios.
  - d) Outros programas e actuacións de prevención do uso indebido de drogas que, atendendo ás evidencias e avances científicos, se poñan en marcha ao longo do tempo.

## CAPÍTULO II

### Programas e actividades de prevención das drogodependencias

#### **Artigo 4.- Requisitos dos programas e actividades preventivas en Galicia:**

Os programas e actividades preventivas para os que se solicite autorización deberán ser axeitados aos obxectivos previstos no Plan de Galicia sobre Drogas, e cumprir os criterios de xustificación, coherencia e calidade que se establecen nos anexos do presente decreto, baseados no Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI), sen prexuízo doutros requisitos que se poidan establecer regulamentariamente por tipos ou grupos de programas.

#### **Artigo 5.- Financiamento público:**

1. Os programas e actividades autorizados poderán ter acceso a financiamento público con cargo aos orzamentos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia.
2. Para tal efecto, poderanse utilizar distintos mecanismos de financiamento ou cofinanciamento, con implicación doutras entidades ou organismos, baixo a forma de acordos de colaboración, convocatorias de axudas e subvencións en réxime de concorrencia competitiva, ou outros mecanismos legalmente previstos.
3. No caso de formalizarse acordos ou convenios de colaboración con concellos, mancomunidades, organizacións non gobernamentais ou asociacións sen ánimo de lucro, estableceranse os correspondentes protocolos internos de actividade-financiamento (PIAF), que terán por finalidade a definición e concreción dos compromisos a asumir por cada unha das partes asinantes para o correspondente exercicio orzamentario.

### CAPÍTULO III

#### Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia

##### Artigo 6. Constitución:

1. Créase o Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia, como órgano colexiado de natureza consultiva e de apoio técnico para o cumprimento e execución das funcións encomendadas no artigo 8 do presente decreto.
2. O Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia, adscríbese á Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.

##### Artigo 7. Composición.

1. O Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia estará composto polos seguintes membros:
  - a) Presidente/a: o/a subdirector/a xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
  - b) Vicepresidente/a: xefe/a da área de Prevención, Reinserción e Coordinación da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
  - c) Vogais:
    - Seis profesionais da rede de prevención de drogodependencias, propostos entre candidatos voluntariamente presentados no ámbito das reunións do Plan de For-

mación continuada en materia de drogodependencias

- Dous/dúas profesionais con recoñecida experiencia e prestixio no ámbito da prevención de drogodependencias, propostos polo/a titular da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- Un vogal en representación do departamento da Xunta de Galicia con competencias en materia de asuntos sociais.

d) Secretario/a: Un/unha funcionario/a da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, designado/a polo/a titular desta. O/a secretario/a terá voz pero non voto nas sesións do comité.

2. Os vogais e o/a secretario/a do comité serán nomeados e cesados polo órgano con rango de Dirección Xeral ao que estea adscrita a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, logo de proposta do/a titular desta última. Na composición do comité procurarase unha representación proporcionada entre mulleres e homes.

##### Artigo 8. Funcións.

O Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia terá as seguintes funcións específicas:

1. Asesorar as unidades e órganos competentes da Comunidade Autónoma de Galicia, en relación con cuestións técnicas sobre a prevención do consumo de drogas.

2. Valorar as solicitudes de autorización de programas e actividades de prevención en drogodependencias.
3. Emitir informe para a resolución de autorización.
4. Fomentar a autorización de novos programas e actividades preventivos en desenvolvemento, cando carezan dela.
5. Promover o deseño e aplicación de programas e actividades preventivos que sigan os principios, criterios e requisitos establecidos neste decreto.
6. Proponer a modificación ou introdución de novos criterios de avaliación e baremación de programas e actividades preventivos.
7. Emisión de informes ou propostas en materia de programas e actividades preventivos que lle sexan solicitados a través da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
8. Elaborar, aprobar e modificar o seu regulamento de réxime interno.
9. Outras funcións que, en materia de programas e actividades de prevención de drogodependencias, lle poidan ser encomendadas polos órganos competentes.

### **Artigo 9. Normas mínimas de funcionamento:**

1. O Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Ga-

licia rexerese polo seu regulamento de réxime interno e, no non previsto por este, seranlle de aplicación as normas relativas ao funcionamento dos órganos colexiados contidas no capítulo II do título II da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.

2. A periodicidade das reunións ordinarias será cuadrimestral, sen prexuízo da posibilidade de convocar as reunións extraordinarias que se consideren necesarias, cando o/a presidente/a o estime oportuno ou cando o solicite a metade dos vogais que o integran.
3. Ás reunións do Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia poderán asistir outras persoas en calidade de asesores, con voz pero sen voto.
4. Os/as vogais que tivesen participado no deseño, elaboración, implantación ou avaliación dalgún programa ou actividade preventiva para o que se solicite autorización, non poderán participar na valoración nin na elaboración do correspondente informe.

## **CAPÍTULO IV**

### **Procedemento de autorización**

#### **Artigo 10. Requisito previo.**

As institucións ou entidades legalmente constituídas a que se refire o artigo 3 do presente decreto, que soliciten a autorización de programas ou acti-

vidades de prevención de drogodependencias no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia, deberán estar inscritas no Rexistro de entidades colaboradoras do Plan Galicia sobre Drogas, creado ao abeiro do Decreto 74/2002, do 28 de febreiro, modificado polo Decreto 58/2005, do 24 de febreiro.

## **Artigo 11. Competencia.**

1. A concesión, denegación e revogación das autorizacións que regula este decreto corresponderá ao órgano con rango de dirección xeral ao que estea adscrita a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
2. As resolucións ditadas poderán ser recorridas en alzada ante a conselleira de Sanidade, de conformidade co previsto nos artigos 114 e 115 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.

## **Artigo 12.- Convocatoria:**

O prazo para a presentación de solicitudes de autorización de programas e actividades de prevención, para os efectos da súa autorización, determinárase anualmente a través da correspondente orde de convocatoria.

## **Artigo 13.- Procedemento:**

1. Aberto o prazo de conformidade co previsto no artigo anterior, as institucións e entidades interesadas presentarán os programas ou actividades de prevención para os que pretendan a autorización.

2. A solicitude será examinada polo Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia. Se a documentación presentada resultase incompleta ou non cumprise os requisitos determinados para a aplicación dos criterios contidos no anexo I do presente decreto, requirirase o solicitante para que no prazo de 10 días proceda a completar ou emendar as deficiencias observadas, coa advertencia de que, de non facelo no prazo indicado, se lle terá por desistido da súa solicitude e procederase ao arquivo desta, de conformidade co previsto no artigo 71 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, procedéndose na forma prevista no artigo 42.1 da mesma lei.
3. Examinada a documentación presentada, o Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia, de conformidade cos criterios de xustificación, coherencia e calidade que se establecen no anexo I do presente decreto, aplicará o baremo recollido no anexo II deste decreto, e formulará o correspondente informe previo ao outorgamento/denegación da autorización solicitada.
4. O informe elevarase ao órgano competente para resolver de conformidade co previsto no artigo 11.1 do presente decreto.
5. O prazo máximo para resolver sobre o outorgamento ou denegación da autorización será de dous meses. Transcorrido o prazo máximo

previsto sen que recaía resolución expresa, a solicitude de autorización entenderase desestimada.

## **Artigo 14. Vixencia da autorización.**

1. A autorización outorgarase polo tempo que dure o desenvolvemento do programa ou actividade de prevención, de conformidade coa solicitude presentada.
2. No caso de programas ou actividades que sexan de reiteración doutros anteriores que resultasen autorizados, ou teñan carácter periódico, a institución ou entidade solicitante só deberá presentar:
  - a) A autorización outorgada para o programa precedente.
  - b) Unha memoria das modificacións que, se é o caso, se producen no contido, medios, prazos ou custo do programa ou actividade que vaia desenvolver.

Verificados estes extremos, procederase ao outorgamento da autorización, nos termos indicados anteriormente.

## **Artigo 15. Revogación.**

1. Os programas e actividades de prevención das drogodependencias estarán sometidos ás facultades de inspección dos órganos administrativos que teñen atribuídas as competencias en materia de drogodependencias, que poderán, en calquera momento, efectuar as comprobacións que coiden oportunas.

2. A autorización poderase revogar, motivadamente e logo de instrución do correspondente procedemento administrativo con audiencia do interesado, pola concorrencia de calquera das seguintes causas:

- a) Incumprimento dos requisitos exixidos neste decreto e disposicións que no seu desenvolvemento se diten; ou dos criterios de xustificación, coherencia e calidade que motivaron o outorgamento da autorización.
  - b) Baixa da entidade solicitante no rexistro de entidades colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas.
  - c) Resolución, administrativa ou xudicial, firme de declaración de responsabilidade derivada do manexo ou utilización de fondos públicos.
  - d) Razóns educativas, sociais ou sanitarias que aconsellen a revogación da autorización.
3. A revogación da autorización corresponderá ao mesmo órgano que ten atribuída a competencia para o seu outorgamento, de conformidade co previsto no artigo 11.1 deste decreto.

## **Artigo 16. Catálogo de programas de prevención**

1. Os programas e actuacións preventivos autorizados pasarán a formar parte do Catálogo de programas de prevención, que se levará e manterá actualizado na Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.

2. O Catálogo será publicado na páxina web do Servizo Galego de Saúde, e atoparase dispoñible para calquera interesado.

### **Disposición adicional**

Os procedementos de autorización de programas ou actividades de prevención de drogodependencias no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia, así como os órganos competentes para a súa tramitación, terán en conta as determinacións da Lei 7/2004, do 16 xullo, para a igualdade de mulleres e homes, así como do Plan Integral de Atención á Saúde da Muller Galega, no que atinxa ás medidas de igualdade.

### **Disposicións transitorias**

Primeira. No prazo máximo de dous meses contados a partir da entrada en vigor deste decreto, constituirase o Comité Técnico de Prevención de Drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia.

Segunda. Os programas ou actividades de prevención que, no momento da entrada en vigor deste decreto, estean activos e figuren incluídos no Catálogo de Programas de Prevención da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, non precisarán da autorización prevista neste decreto.

### **Disposicións derradeiras**

Primeira.- Facúltase a conselleira de Sanidade para ditar cantas disposicións sexan necesarias en

desenvolvemento, execución e cumprimento das previsións deste decreto.

Segunda.- Este decreto entrará en vigor aos vinte días da súa publicación no Diario Oficial de Galicia.

Santiago de Compostela, vinte e oito de febreiro de dous mil oito

## **ANEXO I**

### **REQUISITOS PARA A AUTORIZACIÓN DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN**

#### **CRITERIOS DE XUSTIFICACIÓN, COHERENCIA E CALIDADE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS**

Os programas e actividades preventivos para os que se solicite autorización deberán cumprir os criterios de **definición, coherencia e calidade** que se determinan a seguir, co fin de garantir unha “boa práctica”. Así mesmo, deben estar baseados no Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI).

O factor inicial de valoración é a boa definición do programa, correspóndenlle 45 dos 100 puntos totais que se poidan obter. O segundo criterio para a autorización dos programas ten que ver coa coherencia interna en que se valora a garantía de aplicabilidade, correspondéndolle 15 dos 100 puntos totais. O terceiro criterio é o de calidade

do programa, ao que lle corresponden 40 dos 100 puntos totais que se poidan obter.

A maioría dos ítems admiten un valor entre 0 e 5, onde o 5 sería a excelencia e o 0 a ausencia completa da variable. Non obstante, os ítems relativos á poboación (0-8), obxectivos do programa (0-7) e a metodoloxía e actividades (0-10) admiten valores máis altos.

## DESCRIPCIÓN DOS ÍTEMS E CRITERIOS DE VALORACIÓN

### 1. DEFINICIÓN DO PROGRAMA

#### 1.1. ANÁLISE DA SITUACIÓN /XUSTIFICACIÓN (0-5 puntos)

Trátase de responder a pregunta “¿Por que se quere realizar o programa?”. En moitos casos, o programa correspóndese con criterios prescritivos e prioridades de actuación descritos no Plan de Galicia sobre Drogas (PGD). Noutros casos responde a iniciativas de profesionais deste campo, universidades, ONG, concellos, etc.

A máxima valoración exixiría a presenza dunha análise da situación en función de:

- ◆ Existencia de estudo de necesidades
- ◆ Criterios prescritivos: prioridades sanitarias, municipais ou do PGD
- ◆ Actuacións que se dan de forma habitual noutras zonas similares do contorno
- ◆ Datos sobre consumo de drogas e variables relacionadas

#### 1.2. DESCRIPCIÓN DA POBOACIÓN (0-8 puntos)

Descrición da poboación total, potencial beneficiaria e destinataria, tanto en número como nas súas características sociodemográficas e culturais. Tamén se define como vai ser a difusión do programa para garantir a accesibilidade. Puntuarase con 0 cando non se describa ningunha poboación. Igualmente cando só se describa a poboación xeral do contorno e esta non coincida coa poboación destinataria ou diana.

A máxima puntuación exige estes criterios de valoración:

- ◆ Descrición das tres poboacións: total, potencial beneficiaria e destinataria.
- ◆ Número, ou estimación dos números, en cada caso.
- ◆ Poboacións intermedias e beneficiarios indirectos.
- ◆ Descrición dos distintos colectivos.
- ◆ Especialmente estimación e descrición da poboación usuaria ou destinataria directa dos programas.
- ◆ Vías de difusión do programa ou accesibilidade deste.

#### 1.3. OBXECTIVOS DO PROGRAMA (0-7 puntos)

Valorarase que os obxectivos sexan claros e comprensibles (que se quere lograr co programa), que



sexan amplos (necesidade de obxectivos de proceso) e que existan obxectivos xerais e específicos. Valorarase positivamente a presenza de obxectivos operativos: posibilidade de medir o cambio logrado. Cómpre que coa lectura dos obxectivos, se comprenda que se vai facer no programa. Se isto non se consegue, os obxectivos non son completos ou non están claramente definidos.

A máxima puntuación exixiría a presenza destes criterios de valoración:

- ◆ Presenza de obxectivos de proceso e de resultados
- ◆ Presenza de obxectivos xerais e específicos
- ◆ Claridade nos obxectivos, relacionada coa comprensión do programa a partir da lectura destes.
- ◆ Presenza de obxectivos operativos

## 1.4. ACTIVIDADES / METODOLOXÍA (0-10 puntos)

Descrición da actividade e metodoloxía. Exposición rigorosa e documentada ou xustificada dunha metodoloxía científica de intervención e, ademais, unha descrición completa das actividades concretas.

A máxima valoración exixirá a presenza destes criterios de valoración:

- ◆ Descrición completa de cada actividade.
- ◆ Presenza explícita dun método contrastado

de intervención que fundamente ou dote de sentido a actividade elixida.

- ◆ Agrupación de todas as actividades relacionadas cos mesmos obxectivos nun mesmo programa, sen confundir programa e actividade.

## 1.5. RECURSOS HUMANOS (0-5 puntos)

Descrición de recursos humanos profesionais (roles, contratos, titulacións e dedicación). Ademais, debe constar a participación de colaboradores voluntarios coas súas tarefas, titulacións e dedicación.

A máxima puntuación darase se hai:

- ◆ Descrición do persoal profesional: rol, titulación, tipo de contrato e dedicación.
- ◆ Descrición dos colaboradores: tarefas, titulación e dedicación.

## 1.6. ORZAMENTO (0-5 puntos)

Interes o custo total do programa e de que entidades proveñen os fondos, así como o desagregación do orzamento nas partidas orzamentarias relativas a persoal, material, locais, equipamento, bens e servizos e outros. A puntuación diminuírá na medida en que as contías se agrupen sen especificación dos custos concretos.

Os criterios de valoracións en canto a puntuacións máximas serán:



- ◆ Desagregación das partidas orzamentarias.
- ◆ Desagregación de cada punto.
- ◆ Considéranse todas as partidas (persoal, equipamento, locais etc.)

## 1.7. AVALIACIÓN (0-5 puntos)

Información sobre tipo de avaliación, instrumentos, técnicas e métodos, momentos do programa e usuarios sobre os que se recolle información e indicadores de avaliación utilizados.

A puntuación máxima obteríase cando se fai constar o deseño dun procedemento de avaliación e se describan os instrumentos para realizala: fichas de asistencia, follas de rexistro de actividades, escalas de satisfacción e identificación dos grupos de usuarios e momentos temporais para facelo etc.

Polo tanto, os criterios de valoración serán:

- ◆ Descrición do proceso: quen a fai, cando e con que información e medios
- ◆ Definición de indicadores
- ◆ Identificación de momentos do proceso en que se vai recoller información
- ◆ Identificación dos grupos de usuarios sobre os que se vai recoller información
- ◆ A avaliación de resultados valorarase se se desenvolve co suficiente rigor metodolóxico

## 2. COHERENCIA DO PROGRAMA.

### 2.1. RELACIÓN ENTRE ANÁLISE DA SITUACIÓN E OBOECTIVOS (0-5 puntos)

Trátase de xulgar se os obxectivos presentados no programa se corresponden coas necesidades da poboación que xustifican teoricamente a intervención. Xúlgase a coherencia interna e a valoración será positiva se se aprecia con claridade que a xustificación e obxectivos relaciónanse entre si.

Polo tanto, os criterios de valoración serán:

- ◆ Os obxectivos farán mención expresa aos problemas/necesidades presentadas na xustificación.
- ◆ Os obxectivos son adecuados para traballar nesa situación (son habituais na literatura científica).
- ◆ Percíbese na lectura que os obxectivos se desprenden de forma lóxica das necesidades percibidas.
- ◆ Orixinalidade e brillantez.

### 2.2. RELACIÓN ENTRE OBOECTIVOS E ACTIVIDADES (0-5 puntos)

As actividades que se presentan despréndense lóxicamente dos obxectivos do programa. Coherencia entre o nivel dos obxectivos nunha escala secuencial (informar, formar, cambiar actitudes, cambiar comportamentos, modificar estilos de vida) e a intensidade da intervención (buscar

maiores cambios, intervencións máis intensas e de maior duración temporal).

Polo tanto, os criterios de valoración serán:

- ◆ Na descrición da actividade debe constar o obxectivo co que se relaciona e se aprecia a súa pertinencia.
- ◆ Deben ser técnicas ou métodos de intervención contrastados (coñecidos) para conseguir os obxectivos.
- ◆ O horario e intensidade debe estar en consonancia co nivel de cambio que busca o obxectivo.

## 2.3. RELACIÓN ENTRE POBOACIÓN E METODOLOXÍA. (0-5 puntos)

Metodoloxía adecuada para traballar coas poboacións diana, moi relevante en colectivos específicos que poden exixir métodos particulares.

A puntuación máxima relacionarase cun axuste claro e lóxico das actividades coa poboación a que se dirixen, previsión de mecanismos de difusión entre os seus destinatarios e os posibles elementos de calidade.

Polo tanto, os criterios de valoración serán:

- ◆ Metodoloxía contrastada cientificamente para traballar coas poboacións diana.
- ◆ Accesibilidade da poboación diana ás actividades: difusión e adecuación de horarios e espazos.

- ◆ Calidade das actividades: imaxinativas, innovadoras e atractivas para a captación e mantemento dos usuarios.
- ◆ Actividades e métodos específicos para colectivos específicos e/ou minorías

## 3. CALIDADE DO PROGRAMA

### 3.1. MARCO TEÓRICO (0-5 puntos)

O marco teórico fundamentará o programa e as súas actividades. Debe tratarse de referentes científicos suficientemente estendidos ou contrastados que doten de validez teórica o programa. Valorárase positivamente a relación entre a teoría e a práctica: as actividades deben relacionarse claramente coa teoría e fundamentarse nela.

Polo tanto, os criterios de valoración serán:

- ◆ Presenza dun marco teórico de referencia.
- ◆ O marco teórico está aceptado na comunidade científica para o traballo nestas áreas.
- ◆ As actividades ou metodoloxía empregada relacionase co marco teórico elixido.

### 3.2. RECURSOS MATERIAIS E ECONÓMICOS (0-5 puntos)

A dotación de recursos económicos ou materiais ao programa debe ser suficiente para que o programa sexa “realizable”. Valorárase a suficiencia dos recursos para a súa realización.

A maior puntuación obteríase cando o orzamento sexa equilibrado e realista, pola posibilidade de aplicar recursos propios ou do contorno.

Os criterios de valoración serán:

- ◆ Recursos suficientes para a realización do programa (orçamento realista e recursos adecuados).
- ◆ Dotación de recursos materiais, propios da entidade ou do concello ou doutras organizacións que o enriquezan e dotan dunha maior calidade.

### 3.3. MAPA DE FACTORES DE RISCO E PROTECCIÓN OU DETECCIÓN DE VARIABLES QUE SE VAIAN MODIFICAR (0-5 puntos)

É enriquecedor para o programa contar cun mapa dos factores de protección e de risco da poboación que intervéñen no programa. A valoración positiva neste ítem obteríase se se realizase un mapa ou unha identificación exhaustiva destes factores na análise da situación e, de forma lóxica, se considerasen os consecuentes elementos do programa (obxectivos e actividades).

Igualmente, a valoración sería positiva se se realizou unha identificación precisa de variables a modificar co programa.

Os criterios de valoración serán:

- ◆ Existencia de mapa ou identificación de factores de risco e de protección (presentes na análise da situación e no contido da intervención)

- ◆ Identificación de variables que se pretenden modificar
- ◆ Avaliación dos cambios

### 3.4. INSTRUMENTOS (0-5 puntos)

Valorarase positivamente a presenza de instrumentos, tanto o deseño de instrumentos propios para os procedementos internos ou a recollida de información específica, como o uso de instrumentos validados para o coñecemento obxectivo dunha situación referente aos usuarios.

Os criterios de valoración serán:

- ◆ Presenza de instrumentos de recollida e transmisión de información nas distintas fases do programa.
- ◆ Producción de instrumentos propios adecuados.
- ◆ Uso de instrumentos validados.

### 3.5. TEMPORALIDADE / CALENDARIO (0-5 puntos)

Valorarase positivamente a temporalidade adecuada: programa ben distribuído temporalmente, lonxitudinal e transversalmente (distribución das actividades).

Os criterios de valoración serán:

- ◆ Adecuación da temporalidade ás actividades: horarios suficientes e realistas.
- ◆ Correcta distribución ao longo do tempo.

- ◆ Horarios e temporalidade que faciliten a accesibilidade dos usuarios.

### 3.6. COORDINACIÓN (0-5 puntos)

Valorarase a importancia de que o programa este integrado na súa comunidade: coordinación con entidades ou administracións do seu contorno, participación destas e outros axentes, existencia de órganos ou mesas de coordinación ou mecanismos sistematizados.

Os criterios de valoración serán:

- ◆ Número de entidades do contorno co que o programa se está a coordinar
- ◆ Participación das administracións locais
- ◆ Participación en mesas ou órganos de coordinación.
- ◆ Contactos ou comunicación con organismos (policía, protección civil, recursos sanitarios, colexios ou institutos, ANPAS, AAVV, etc).
- ◆ Mecanismos de coordinación interna: reunións, instrumentos de notificación.

### 3.7. RECURSOS HUMANOS (0-5 puntos)

Para obter as puntuacións máximas, valorarase a elevada cualificación ou calidade científico-técnica contrastada do equipo, suficiencia da dotación de recursos humanos (número e composición por titulacións do equipo adecuado e dedicación e horarios en relación coa temporalidade do programa).

Os criterios de valoración serán:

- ◆ Presenza das titulacións adecuadas ao programa.
- ◆ Horario e dedicación suficiente dos profesionais para as actividades.
- ◆ Presenza de colaboradores e voluntarios.
- ◆ Experiencia contrastada dos equipos ou elevada cualificación técnica.
- ◆ Correcta distribución de roles e funcións no equipo.

### 3.8. PRIORIDADES DE PROGRAMAS (0-5 puntos)

Valorarase positivamente que os programas se axusten basicamente ás prioridades do Plan de Galicia sobre Drogas. Consideraremos tamén que os programas se axusten ás prioridades propostas polas administracións nacionais ou internacionais en materia de prevención.

Os criterios de valoración serán:

- ◆ Axuste ás prioridades do Plan de Galicia sobre Drogas
- ◆ Axuste a prioridades sociais ou sanitarias doutras administracións públicas
- ◆ Axuste en canto aos seus contidos e deseño a normas nacionais ou internacionais de intervención nestas áreas.

**ANEXO II:**

**ESCALA DE BAREMACIÓN**

<b>SUBESCALA 1: DEFINIÇÃO DO PROGRAMA</b>		
Variable	Valor	Puntuación
1. Análise da situación	0-5	
2. Descrición da poboación	0-8	
3. Obxectivos do programa	0-7	
4. Actividades / Metodoloxía	0-10	
5. Recursos humanos	0-5	
6. Orzamento	0-5	
7. Avaliación	0-5	
<b>SUBTOTAL SUBESCALA 1.</b>	<b>0-45</b>	
<b>SUBESCALA 2: COHERENCIA</b>		
Variable	Valor	Puntuación
1. Relación entre análise da situación e obxectivos	0-5	
2. Relación entre obxectivos e actividades / metodoloxía	0-5	
3. Relación entre poboación e actividades / metodoloxía	0-5	
<b>SUBTOTAL SUBESCALA 2.</b>	<b>0-15</b>	
<b>SUBESCALA 3: CALIDADE DO PROGRAMA</b>		
Variable	Valor	Puntuación
1. Marco teórico de partida	0-5	
2. Recursos económicos e materiais	0-5	
3. Factores de protección e risco. Definición de variables.	0-5	
4. Instrumentos	0-5	
5. Temporalidade / Calendario	0-5	
6. Coordinación	0-5	
7. Recursos humanos	0-5	
8. Prioridades sanitarias ou do Plan de Galicia sobre Drogas	0-5	
<b>SUBTOTAL SUBESCALA 3.</b>	<b>0-40</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL DO PROGRAMA</b>	<b>0-100</b>	



Convenio tipo de cooperación para o  
cofinanciamento de programas de  
prevención de drogodependencias entre a  
Consellería de Sanidade, Servizo Galego de  
Saúde e as corporacións locais



XUNTA DE GALICIA

Santiago de Compostela, ..... de ..... de dous mil oito

## REUNIDOS

### DUNHA PARTE:

O/A conselleiro/a de Sanidade da Xunta de Galicia e presidente/a do Servizo Galego de Saúde actuando en nome e representación da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde, en virtude das facultades atribuídas polo artigo 34 da Lei 1/1983, do 22 de febreiro, reguladora da Xunta e do seu presidente, modificada pola Lei 11/1988, do 20 de outubro, de acordo co Decreto 45/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade, e co Decreto 46/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde, e de conformidade co establecido na Lei 4/2006, do 30 de xuño, de transparencia e boas prácticas na Administración pública galega, así coma na Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.

### E DOUTRA:

..... con DNI nº ..... que actúa en representación do Concello /mancomunidade de ..... en virtude da súa condición de alcalde/alcaldesa-presidente/a.

## MANIFESTAN

### PRIMEIRO:

Que segundo o Decreto 46/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde, a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias adscrita á Secretaría Xeral, asumirá as funcións que se lle asignan ao Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas no Decreto 254/1997, do 10 de setembro, máis concretamente e en coordinación co Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) integrará medidas conducentes a reducir a demanda do consumo de drogas, así como outras medidas encamiñadas ao tratamento, prevención e incorporación social dos problemas derivados do devandito consumo.

### SEGUNDO:

Que a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias é o órgano administrativo da Comunidade Autónoma galega que se ocupa da xestión, planificación e coordinación dos programas que configuran o Plan de Galicia sobre Drogas (PGD), contando coa asesoría das comisións de coordinación establecidas no Decreto 341/1998, do 12 de novembro, modificado polo Decreto 107/2006, do 15 de xuño.

**TERCEIRO:** Que ambas as dúas partes consideran esencial o establecemento de accións conxuntas para os efectos do desenvolvemento das medidas e accións contidas no Plan de Galicia



sobre Drogas co fin de reducir, na medida do posible, a problemática ocasionada polo consumo de drogas na Comunidade Autónoma galega.

**Por todo isto, formalizan o presente convenio de acordo coas seguintes**

## CLÁUSULAS

### PRIMEIRA:

É obxecto deste convenio o desenvolvemento por parte do Concello/ Mancomunidade de ..... de programas na área de prevención de drogodependencias. Os devanditos programas serán desenvolvidos ata o 30 de xuño de 2009.

### SEGUNDA:

Na área de Prevención desenvolveranse programas nos ámbitos da información-formación, ámbito escolar, ámbito familiar, ámbito xuvenil e/ou ámbito laboral.

### TERCEIRA:

O equipo profesional poderá levar a cabo pola súa vez actividades na área de asistencia, soamente no caso de que se teña a autorización para o dito fin segundo a Orde do 7 de xullo de 1988 da Consellería de Sanidade sobre autorización de unidades, centros, servizos e establecementos sanitario-asistenciais do tratamento das drogodependencias.

### CUARTA:

O Concello/Mancomunidade de ..... acepta os seguintes compromisos:

- a) Someterse ás medidas de coordinación e programación dispostas pola Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias da Secretaría Xeral do Servizo Galego de Saúde.
- b) Aceptar e colaborar coas medidas que a Xunta de Galicia considere conveniente realizar para comprobar o cumprimento do fin para o que se subscribe o presente convenio.
- c) Os membros do equipo técnico participarán, por petición da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, na elaboración, desenvolvemento, avaliación e seguimento dos programas do Plan de Galicia sobre Drogas que a dita unidade administrativa coide oportuno para o desenvolvemento xeral do plan.
- d) Os membros do equipo técnico participarán, por petición da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, na formación que esta unidade administrativa coide oportuno para a reciclaxe dos profesionais da rede de prevención e/ou incorporación social.
- e) Comunicar calquera modificación, suspensión ou vacante temporal no cadro de persoal que xestiona o/s programa/s.

- f) Coordinarse con outros centros, servizos e programas recollidos dentro do Plan de Galicia sobre Drogas, co fin de asegurar a programación homoxénea dese plan.
- g) Cubrir os indicadores segundo a aplicación informática da Xestión do Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación Social-XESAPI, que se remitirán coa periodicidade establecida pola área de Prevención, Reinserción e Coordinación da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- h) Presentar na aplicación informática XESAPI os programas previstos e a memoria correspondente destes unha vez executados
- i) Someter á consideración técnica da Área de Prevención, Reinserción e Coordinación, calquera programa ou intervención que, non estando contemplada dentro do Plan de Galicia sobre Drogas, vaia poñer en marcha o equipo de prevención.

Para tal fin a dirección técnica deste equipo presentará os novos programas que se desenvolverán segundo o formulario XESAPI e constará como mínimo dos seguintes puntos:

- Denominación do programa.
- Xustificación da actuación.
- Descrición do programa: metodoloxía.
- Desenvolvemento programático: obxec-

tivos xerais e específicos, poboación destinataria, difusión prevista, recursos humanos e materiais, mecanismos de coordinación, desagregación de actividades, cronograma, orzamento e avaliación prevista.

- i) Colaborar na adopción de calquera outra medida adoptada polas comisións de coordinación e a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.

## QUINTA:

O Concello/ Mancomunidade de ..... estará aberto á colaboración con aquelas entidades da Administración local da súa comarca e/ou área de saúde que estean interesadas en participar nos programas de prevención e/ou incorporación social de drogodependencias.

## SEXTA:

O Concello/ Mancomunidade de ..... comprométese a incluír o anagrama correspondente á Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias da Secretaría Xeral do Servizo Galego de Saúde en todo o material impreso que utilice en referencia aos programas obxecto deste convenio.

## SÉTIMA:

O importe do cofinanciamento ascende á cantidade de ..... €.

Este financiamento vén determinado polos compromisos económicos que se detallan de seguido:

- a) Contribución do Concello/ Mancomunidade de .....: ..... €.
- b) Contribución da Xunta de Galicia a través da Consellería de Sanidade: ..... €.

## **OITAVA:**

A contribución da Xunta de Galicia, para o desenvolvemento dos programas de prevención de drogodependencias, financiaranse con cargo ao crédito consignado nos orzamentos da Consellería de Sanidade na aplicación orzamentaria ....

## **NOVENA:**

Os compromisos económicos da Consellería de Sanidade libranse mediante pagamentos parciais e un libramento final conforme o seguinte detalle:

### **1. XUSTIFICACIÓN DE PAGAMENTOS**

#### **a) Aboamentos parciais.**

1. Formalizaranse contra presentación da execución dos programas e actividades realizadas polo técnicos responsables co visto e prace do concelleiro delegado da área correspondente. Os programas e a súas respectivas actividades presentaranse no cadro-resumo de memoria recollido na XESAPI.

2. A actividade acreditada e os correspondentes importes referéncianse e periodifícanse no punto 2 de execución de pagamentos.

#### **b) Aboamento final.**

1. Formalizarase logo da presentación da memoria de todos os programas desenvolvidos nos cadros-resumo de memoria recollidos na XESAPI asinados polo técnico responsable.
2. Informe do concelleiro delegado da área correspondente da execución da actividade.
3. Informe do interventor do concello da totalidade de gastos realizados, gastos que terán que ser iguais ou superiores ao importe do programa (cláusula oitava).
4. Declaración do conxunto das axudas solicitadas para un mesmo proxecto, tanto as aprobadas ou concedidas como as pendentes de resolución das distintas administracións públicas competentes ou das súas entidades vinculadas ou dependentes.

### **2. EXECUCIÓN DE PAGAMENTOS.**

Estrutúranse en función dos exercicios orzamentarios e conforme o seguinte detalle:

**ANO 2008:** ..... €, aboamento parcial pola actividade desenvolvida ata o 31 de outubro de 2007.

A xustificación presentárase antes do **15 de novembro de 2008**.

**ANO 2009:** ..... €, aboamento final por toda a actividade desenvolvida obxecto de convenio.

As xustificacións presentaranse antes do **15 de xullo de 2009**.

## DÉCIMA:

O prazo de vixencia deste convenio será desde a súa sinatura ata o 30 de xuño de 2009, podendo ser prorrogable logo de acordo expreso entre as partes con tres meses de antelación á finalización da súa vixencia.

## DÉCIMO PRIMEIRA

A subscrición deste convenio non comporta relación laboral contractual ou de calquera outro tipo entre os profesionais que vaian desenvolver as actividades e a Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde.

## DÉCIMO SEGUNDA:

Este convenio ten natureza administrativa. Constituirase unha comisión de seguimento, que se encargará de resolver as dúbidas que se formulen na interpretación e execución do convenio.

Esta comisión estará composta polos seguintes membros:

- ♦ Polo Servizo Galego de Saúde:
  - O xefe da Área de Prevención, Reinserción e Coordinación da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias da Secretaría Xeral do Servizo Galego de Saúde.
- ♦ Polo Concello/ Mancomunidade de .....
  - O/A profesional responsable do desenvolvemento dos programas

No suposto de desacordo entre as partes que compoñen esta comisión, a Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde resolverán as distintas cuestións que fosen obxecto de diverxencia.

## DÉCIMO TERCEIRA:

Son causas de resolución deste convenio procedendo ao reintegro do importe percibido e dos xuros de mora:

- a) O incumprimento total ou parcial dalgunha das súas cláusulas.
- b) A desviación dos fondos outorgados para outro fin distinto do que motivou a concesión.
- c) O mutuo acordo entre as partes.

En razón de interese público, a Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde poderán suspender a execución do convenio.

E en proba de conformidade, asínase este convenio, en triplicado exemplar no lugar e data antes mencionadas.

POLA CONSELLERÍA DE SANIDADE E  
POLO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE.

Asdo: .....  
*Conselleiro/a – Presidente/a*

POLO CONCELLO/ MANCOMUNIDADE DE  
.....

Asdo: .....  
*Alcalde/Alcaldesa-Presidente/a*

## ANEXO I

### CONEXIÓN DE COFINANCIAMENTO CON CONCELLOS QUE DESENVOLVEN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

#### 1.- DATOS CONCELLO/MANCOMUNIDADE

NOME DO CONCELLO/ MANCOMUNIDADE NIF

ENDEREZO

LOCALIDADE PROVINCIA CÓD. POSTAL TELÉFONO

NOME, APELIDOS E CARGO DO REPRESENTANTE LEGAL DNI

ENDEREZO PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓNS

LOCALIDADE PROVINCIA CÓD. POSTAL TELÉFONO

#### 2.- DOCUMENTACIÓN QUE HAI QUE PRESENTAR (orixinais)

##### A.- Documentación administrativa

- 1.- Acordo da Comisión de Goberno ou resolución da Alcaldía de subscrición de convenio.
- 2.- Contribución económica do concello ao convenio de cofinanciamento, ao ser bianual é conveniente especificar a partida para cada ano.
- 3.- Fotocopia do CIF do concello (só para os concellos que subscriben convenio por primeira vez)
- 4.- Certificado bancario do nº de conta en que se ingresará a contía (só en caso de cambio de nº de conta)
- 5- Cadro-resumo de cada programa (**Informe do cadro-resumo da presentación de programas**)

segundo a aplicación XESAPI.

##### B.- Documentación técnica

- 1.- Programa que se desenvolverá debidamente detallado segundo a presentación de programas da XESAPI.

#### 3.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DO PROGRAMA

DENOMINACIÓN DO PROGRAMA ORZAMENTO:.....

<b>Solicita</b>	<b>Achega</b>
-----------------	---------------

PROFESIONAL RESP. E TITULACIÓN TELÉFONO

# Convenio tipo de cooperación para o cofinanciamento de programas de prevención de drogodependencias

# 4

ÁMBITO DE APLICACIÓN				
Concello	Mancomunidade	Municipio	Comarca	Barrio
CONCELLOS QUE ABRANGUE: .....				
Poboac. total: ..... Poboación 15-39 anos: .....				
TIPO DE PROGRAMA:	Escolar	Familiar	Xuventude	Laboral
	Redución danos e prevención indicada	Xénero	Outros colectivos	Actividades transversais
POBOACIÓN DIANA:	Nenos	Adolescentes	Mozos	Pais/Nais
	Profesionais	Traballadores	Outros.....	
AXUDAS SOLICITADAS:				
Data	Outras administracións/entes públicos ou privados			
.....	.....			..... €
.....	.....			..... €
AXUDAS CONCEDIDAS:				
Data	Outras administracións/entes públicos ou privados			
.....	.....			..... €
.....	.....			..... €
<b>4.- DATOS BANCARIOS</b>				
Cód. entidade .....	Cód. suc. ....	Cód. control .....	Nº conta .....	
<b>5.- DECLARACIÓN, SOLICITUDE, LUGAR, DATA E SINATURA</b>				
<p><b>DECLARO</b> que son certos os datos que figuran na solicitude. E <b>SOLICITO</b> a axuda para os programas de prevención nos ámbitos -----</p> <p>En ..... o ..... de ..... de</p> <p>O concello/mancomunidade</p>				





Convenio de colaboración entre a Consellería de Sanidade, o Servizo Galego de Saúde e as asociacións para o desenvolvemento de programas de prevención de drogodependencias



XUNTA DE GALICIA

En Santiago de Compostela, o            de            de  
dous mil oito.

## REUNIDOS:

### DUNHA PARTE:

O/A conselleiro/a de Sanidade da Xunta de Galicia e presidente/a do Servizo Galego de Saúde actuando en nome e representación da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde, en virtude das facultades atribuídas polo artigo 34 da Lei 1/1983, do 22 de febreiro, reguladora da Xunta e da súa Presidencia, modificada pola Lei 11/1988, do 20 de outubro, e pola Lei 12/2007, do 27 de xullo, e de conformidade co establecido no Decreto 45/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade, no Decreto 46/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde, e de conformidade co establecido na Lei 4/2006, do 30 de xuño, de transparencia e boas prácticas na Administración pública galega, así coma na Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.

EDOUTRA: ....., con DNI. núm. ...., que actúa en nome e representación da Asociación ..... de ....., con CIF nº ....., en virtude da súa condición de presidente/a

## MANIFESTAN

### PRIMEIRO:

a Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde a través da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias en coordinación coa Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) integrará medidas conducentes a reducir a demanda do consumo de drogas, así como outras medidas encamiñadas ao tratamento, prevención e incorporación social dos problemas derivados do devandito consumo.

### SEGUNDO:

que o Servizo Galego de Saúde, a través da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias se ocupa da xestión, planificación e coordinación das medidas e accións contidas no Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, contando coa asesoría dos órganos colexiados en materia de drogodependencias establecidos no Decreto 341/1998, do 12 de novembro, modificado polo Decreto 223/2002, do 13 de xuño e polo Decreto 107/2006, do 15 de xuño.

### TERCEIRO:

Que a asociación ..... é unha asociación privada sen ánimo de lucro que desenvolve programas de prevención e incorporación social prioritariamente nos ámbitos de información-formación, prevención escolar, familiar e

xuvenil, e na área de incorporación social no ámbito social e formativo.

## **CUARTO:**

dada a especificidade técnica que requiren os devanditos programas de prevención e/ou incorporación social así como as actuacións que desenvolve a entidade no relativo á programación, coordinación, execución e avaliación das distintas accións e a prioridade de darlle continuidade aos programas que se desenvolven a través da rede de prevención e incorporación social do Plan de Galicia sobre Drogas obxecto do convenio, non é posible promover concorrencia pública, de conformidade co previsto no artigo 40 a da Lei 14/2006, do 28 de decembro, de orzamentos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2007 e no artigo 11 da Lei 4/2006, do 30 de xuño de transparencia e boas prácticas na Administración pública galega.

## **QUINTO:**

que todas as partes consideran esencial o establecemento de accións conxuntas para os efectos do desenvolvemento das medidas e accións contidas no Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 co fin de reducir, na medida do posible, a problemática ocasionada polo consumo de drogas na Comunidade Autónoma galega.

Por todo isto, dadas as razóns de interese público que constitúe o seu obxecto, e de acordo co

previsto nos artigos 19.4 a) e 26 da Lei 9/2007, de subvencións de Galicia, todas as partes acordan formalizar este convenio de acordo coas seguintes

## **CLÁUSULAS:**

### **PRIMEIRA.**

Constitúe o obxecto deste convenio o desenvolvemento por parte da asociación ..... de programas e actividades de prevención de drogodependencias, sendo a devandita entidade a responsable técnica e administrativa da xestión dos programas obxecto deste convenio.

### **SEGUNDA.**

Na área de prevención desenvolveranse prioritariamente programas nos ámbitos da información-formación, prevención escolar, familiar e xuvenil.

### **TERCEIRA.**

A asociación comprométese a cumprir coas obrigas que o artigo 11 da Lei 9/2007, de subvencións de Galicia, exige aos beneficiarios e acepta ademais os seguintes compromisos:

- a) Aceptar e colaborar coas medidas que a Xunta de Galicia considere conveniente realizar para comprobar o cumprimento do fin para o que se subscribe o presente convenio.

- b) Someterse ás directrices e instrucións de coordinación e programación dispostas pola Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias a través da área de prevención, reinserción e coordinación.
  - c) Os membros do equipo técnico participarán, nos traballos de elaboración, desenvolvemento, avaliación e seguimento das medidas e accións contidas no Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 que a dita unidade administrativa coide oportuno para o mellor desenvolvemento do dito plan. Así mesmo, os membros do dito equipo participarán na formación que esta unidade administrativa coide oportuno para a reciclaxe dos profesionais da rede de prevención e/ou incorporación social.
  - d) Comunicar calquera modificación, suspensión ou vacante no cadro de persoal que xestiona os programas.
  - e) Coordinarse con outros centros, servizos e programas recollidos dentro do Plan de Galicia sobre Drogas, co fin de asegurar a súa programación homoxénea.
  - f) Cubrir os indicadores na aplicación informática da Xestión do Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación Social -XESAPI-, que se remitirán coa periodicidade establecida pola Área de Prevención, Reinserción e Coordinación da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
  - g) Presentar na aplicación informática XES-API os programas que se ten previsto desenvolver no ano en curso e a memoria correspondente deles unha vez executados.
  - h) Someter á consideración técnica da Área de Prevención, Reinserción e Coordinación, calquera programa ou intervención que, non estando recollida dentro do documento que estableza os instrumentos de planificación en materia de drogas, vaia poñer en marcha o equipo técnico.
- Para tal fin a dirección técnica deste equipo presentará os novos programas que se desenvolverán segundo o formulario XESAPI e constará como mínimo dos seguintes puntos:
- ↪ Denominación do programa.
  - ↪ Xustificación da actuación.
  - ↪ Descrición do programa: metodoloxía.
  - ↪ Desenvolvemento programático: obxectivos xerais e específicos, poboación destinataria, difusión prevista, recursos humanos e materiais, mecanismos de coordinación, desagregación de actividades, cronograma, orzamento e avaliación prevista.
  - i) Colaborar na adopción de calquera outra medida adoptada polos órganos colexiados en materia de drogodependencias previstos no Decreto 341/1998, do 12 de novembro,

modificado polos Decretos 223/2002, do 13 de xuño e 107/2006, do 15 de xuño e pola Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.

- j) Incluir en todo o material impreso que utilicen a imaxe corporativa da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde-Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.

## CUARTA.

A Consellería de Sanidade comprométese a aboar a cantidade de ..... €, que se satisfarán con cargo á aplicación orzamentaria ..... dos orzamentos da Comunidade Autónoma para o ano .....

A contía indicada, de conformidade co previsto no artigo 31.6 da Lei 9/2007, farase efectiva do seguinte xeito.

Como pagamento anticipado, logo da sinatura do convenio, poderase efectuar un pagamento de 20% do importe previa presentación por parte da asociación dunha memoria coa descrición do programa de actividades que se van realizar durante o período.

Posteriormente, e a medida que se xustifiquen os gastos das actividades obxecto desta subvención, poderán levarse a cabo pagamentos parciais á conta da liquidación definitiva polo importe dos gastos xustificadas.

O importe total dos pagamentos á conta non poderán superar o 80% do total da subvención. O pagamento do 20% restante da subvención non se levará a cabo ata que estean integramente xustificadas a totalidade dos gastos correspondentes á actividade subvencionada incluíndo, se é o caso, o importe do anticipo á conta.

## QUINTA.

A xustificación do cumprimento das condicións impostas e do seu custo deberá levarse a cabo de acordo co previsto nos artigos 28 e seguintes da Lei 9/2007.

A data tope de presentación da documentación xustificativa da actividade e, se é o caso, da xustificación de gastos que restasen por aboar ata acadar o 100% da contía concedida é o 15 de xaneiro de 2009.

En calquera caso, para poder efectuar os pagamentos previstos deberanse acreditar os gastos efectuados mediante xustificacións orixinais ou copias compulsadas de facturas ou documentos con valor probatorio equivalente, nóminas, ou boletíns de cotización á Seguridade Social. As facturas deberán estar debidamente cubertas de acordo coa normativa vixente, e nelas constarán:

- Número de factura.
- Nome e apelidos ou denominación social, número de identificación fiscal e enderezo, tanto do expedidor como do destinatario.

- Descrición da operación, e a súa contra-prestación total, indicando o tipo impositivo aplicado.
- Lugar e data da súa emisión.

A estas xustificacións deberá xuntarlles unha relación delas, ordenadas segundo o concepto de gasto a que se atribúen (segundo o anexo do convenio), e dentro deste punto, correlativas segundo a súa data de emisión.

Nesta relación figurará para cada un dos conceptos o número de orde da factura, número de factura, data de emisión, provedor, descrición do gasto, programa ao que se atribúe e o importe da factura.

Deberá figurar a suma de cada concepto e ao final o total dos gastos.

Esta relación estará conformada polo tesoureiro/a da asociación, co visto e prace do seu presidente/a.

Tanto a presentación das facturas ou outra documentación xustificativa dos gastos como a súa relación ordenada é requisito imprescindible para a tramitación do mencionado pagamento, devolvendo toda a xustificación que non o cumpra.

## **SIXTA.**

De conformidade co previsto na Lei 9/2007, de subvencións de Galicia, para efectos da xustificación desta subvención consideraranse os

gastos realizados durante o período entre o 1 de xaneiro e o 30 de decembro de 2008 que respondan á natureza da actividade subvencionada. Para tales efectos:

- ◆ Poderán xustificarse custos indirectos sempre que sexan imputados á actividade subvencionada na parte que razoablemente corresponda.
- ◆ Poderán xustificarse gastos financeiros, de asesoría xurídica ou financeira, gastos notariais e rexistrals e gastos xudiciais se están directamente relacionados coa actividade subvencionada e son indispensables para a súa preparación ou execución. Non obstante, en ningún caso terían a consideración de gastos subvencionables os xuros debedores de contas bancarias, así como os xuros, recargas ou sancións administrativas ou os gastos de procedementos xudiciais.
- ◆ Os tributos consideraranse gastos subvencionables cando o beneficiario desta axuda os aboe efectivamente e sempre que, no caso dos impostos indirectos, non sexan pola súa parte susceptible de recuperación ou compensación.
- ◆ Os gastos de amortización calculados de conformidade coas normas de contabilidade xeralmente aceptadas consideraranse subvencionables sempre que se refiran ao período indicado e que os bens obxecto de amortización non fosen adquiridos median-

te subvencións da Consellería de Sanidade ou do Servizo Galego de Saúde.

## **SÉTIMA.**

Para o desenvolvemento e control daquelas accións, que con motivo do presente convenio se poidan levar a cabo, constituirase unha comisión paritaria de seguimento, co fin de resolver as dúbidas que se presenten na súa interpretación e aplicación.

Esta comisión estará composta polos seguintes membros:

- ◆ Polo Servizo Galego de Saúde: o xefe da Área de Prevención, Reinserción e Coordinación da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- ◆ Pola asociación: o técnico responsable dos programas.

A comisión de seguimento reunirse cando as partes asinantes do convenio o consideren oportuno.

No suposto de desacordo entre as partes que compoñen a comisión, a conselleira de Sanidade resolverá as distintas cuestións que fosen obxecto de diverxencia. A devandita resolución poderá ser impugnada ante a xurisdición contencioso-administrativa.

## **OITAVA.**

A falta de xustificación dos gastos nos termos establecidos neste convenio, a falsidade dos

datos achegados para este fin ou unha aplicación distinta á sinalada na solicitude dará lugar ao reintegro do importe percibido e dos xuros de demora. De igual modo procederá o seu reintegro cando a asociación non cumpra os compromisos contraídos en virtude da sinatura deste convenio.

## **NOVENA.**

En ningún caso existirá relación laboral entre o Servizo Galego de Saúde, a Consellería de Sanidade e os profesionais que lle prestan os seus servizos á asociación.

## **DÉCIMA.**

O presente convenio ten natureza administrativa, rexéndose nos seus efectos polo establecido nas súas cláusulas ou no seu defecto, pola Lei 9/2007, do 13 de xuño, de subvencións de Galicia e no resto da normativa vixente en materia de subvencións que resulte aplicable.

## **DÉCIMO PRIMEIRA.**

O prazo de vixencia deste convenio será ata o 31 de decembro de 2008.

## **DÉCIMO SEGUNDA.**

Sen prexuízo das causas de reintegro de gastos previstos no título II da Lei 9/2007, son causas de resolución deste convenio:

- a) Incumprimento total ou parcial dalgunha das súas cláusulas.

- b) A aplicación dos fondos outorgados para outro fin distinto do que motivou a concesión.
- c) Mutuo acordo entre ambas as partes.
- d) A introdución de modificacións nas directrices dos programas sen contar coa autorización previa escrita da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- e) A denuncia previa dalgunha das partes asinantes sempre que o notifique á outra con dous meses de antelación á data de finalización de vixencia do convenio.

## **DÉCIMO TERCEIRA.**

As cuestións litixiosas que poidan xurdir na aplicación deste convenio resolveranse ante a xurisdición contencioso-administrativa.

E en proba de conformidade, nos termos do convenio, as partes comparecentes asínano e rubricano en triplicado exemplar no lugar e data antes indicados.

**POLA CONSELLERÍA DE SANIDADE E  
POLO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE.**

Asdo:.....

*Conselleiro/a – Presidente/a*

**POLA ASOCIACIÓN .....**

Asdo: .....

*Presidente/a*



# Protocolos internos de actividade-financiamento (PIAF)



XUNTA DE GALICIA

## PROTOCOLOS INTERNOS DE ACTIVIDADE-FINANCIAMENTO (PIAF).

Este protocolo ten por finalidade definir e concretar os compromisos de programas e actividades que, para o ano ....., asumirán e desenvolverán tanto a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias a través da área de prevención, reinserción e coordinación, como o Servizo de Prevención de Drogodependencias do Concello de .... en virtude do convenio de cofinanciamento subscrito o pasado 1 de xullo de ..... entre a Consellería de Sanidade ou SERGAS e o Concello de .....

### 1. VALORACIÓN DA PROGRAMACIÓN PRESENTADA

#### 1.1. Denominación dos programas que se van realizar

ÁREA	ÁMBITO	PROGRAMAS
PREVENCIÓN	ESCOLAR	
	FAMILIAR	
	XUVENTUDE	
	LABORAL	
	REDUCION DANOS E INDICADA	
	XÉNERO	
	OUTROS COLECTIVOS	
	SOPORTE	
INCORPORACIÓN	SOCIAL	
	FORMATIVO	
	LABORAL	
	XURÍDICO	

#### 1.2. Cadro de persoal que vai levar a cabo os programas

ÁMBITO	PERSOAL
ESCOLAR	
FAMILIAR	
XUVENTUDE	
LABORAL	
REDUCIÓN DANOS E INDICADA	
XÉNERO	
OUTROS COLECTIVOS	
SOPORTE	
INCorp. SOCIAL	

#### 1.3. Valoración da programación

##### 1.3.1. Escala de avaliación do SAPI (Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social)

- 1.3.1.1. Subescala 1. - Definición: puntos
- 1.3.1.2. Subescala 2. Adecuación e coherencia: puntos
- 1.3.1.3. Subescala 3. - Calidade puntos

**TOTAL puntos**

As subescalas valóranse de acordo coas seguintes puntuacións: SUBESCALA 1.- 45 PTOS; SUBESCALA 2.- 15 PTOS.; SUBESCALA 3.- 40 PTOS

**1.3.2. Análise da programación e propostas de mellora**

Tendo en conta os programas presentados e a valoración realizada deles, acórdase asumir e materializar os seguintes compromisos:

**2. COMPROMISOS**

**2.1. Por parte do Concello/ Mancomunidade de**

.....

**2.1.1. Dar continuidade ao desenvolvemento de programas nos ámbitos referidos no punto 1, isto é:**

- Escolar  Familia  Xuventude  Laboral   
 Red. danos e indicada  Xénero   
 Outros colectivos  Soporte  Inc. social

**2.1.2. Implantar e desenvolver novas actuacións:**

- a) Non se recollen para o presente ano   
 b) Recóllense as seguintes:

**2.1.3. Conseguir a seguinte cobertura**

ÁMBITO	Nº PROGRAMAS	Nº ACTIVIDADES	POBOACIÓN DESTINATARIA
PREVENCIÓN	Escolar		
	Familiar		
	Xuventude		
	Laboral		
	Red. de danos e indicada		
	Xénero		
	Outros colectivos		
	Soporte		
INC. SOC.	Incorp. social		

**2.1.4. Mellorar a programación en:**

- Xustificación  Marco teórico  Poboación   
 Obxectivos  Actividades  Metodoloxía   
 Persoal  Avaliación  Orzamento   
 Outros  \_\_\_\_\_

**2.1.5. Cubrir o Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación (SAPI) na aplicación informática XESAPI.**

**2.2. POR PARTE DA CONSELLERÍA DE SANIDADE E O SERVIZO GALEGO DE SAÚDE**

**2.2.1.**

**Prestar información, apoio e seguimento técnico para o desenvolvemento da programación establecida, atendendo ao convenio de cofinanciamento entre o Concello/Mancomunidade de ..... e a Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde, asinado o ..... de ..... de .....**

á xestión da carteira de servizos de prevención

**2.4.**

O incumprimento destes compromisos considérase, segundo sexa o caso, como incumprimento parcial ou total do convenio citado, coas consecuencias que nel se recollen.

**2.5.**

Calquera modificación nas directrices dos programas que se acordan levar a cabo para este período en virtude dos anteriores compromisos, deberá contar previamente coa posta en coñecemento e posterior visto e praxe do Servizo Galego de Saúde e a Consellería de Sanidade, a través da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Todo isto, en virtude da dependencia funcional que en canto á xestión destes programas teñen todas as entidades que subscriban convenios ou se beneficien de axudas desta Administración autonómica (vid. artigo 29º.4 da Llei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas).

EN VIRTUDE DESTA PROGRAMACIÓN E COMPROMISOS, os representantes das partes subscriben o presente protocolo,

POLO CONCELLO/MANCOMUNIDADE DE .... O/A responsable técnico	POLO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE  O xefe de Área de Prevención, Reinserción e Coordinación
Asdo.: ..... <b>Vº e Pr.</b>	Asdo.: ..... <b>Vº e Pr.</b>
<b>O/A CONCELLEIRO/A DE .....</b>	<b>O SUBDIRECTOR XERAL DE SAÚDE                  MENTAL E DROGODEPENDENCIAS</b>

# Aplicación informática Xesapi para a xestión e avaliación dos programas de prevención



XUNTA DE GALICIA

Para facilitar os procesos de xestión e avaliación do conxunto de actuacións que no marco do Plan de Galicia sobre Drogas se desenvolven nos ámbitos da prevención e incorporación social, a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias en colaboración coa Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías de Información desenvolveron un Programa de Xestión do Sistema de Avaliación dos Programas de Prevención e Incorporación Social (XESAPI).

Este programa sopórtase nunha aplicación informática a que as persoas autorizadas (fundamentalmente os técnicos dos equipos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas) poden acceder a través da internet ou da intranet, introducindo un login e unha clave de acceso previamente facilitadas polos responsables do sistema.

Entre as utilidades que permite a aplicación informática XEPASI inclúense:

- ♦ Programas: permite o acceso a formularios para o deseño e a creación de novos programas, a localización de programas existentes, a súa reedición, a posibilidade de crear cadros resumos relativos aos programas etc.
- ♦ Memorias: facilita o acceso a un menú para crear unha nova memoria dun programa, recuperar e/ou reeditar memorias xa existentes sobre determinados programas, xerar cadros resumo de memorias concretas etc.

- ♦ Informes: brinda a posibilidade de xeración de novos informes sobre programas concretos, recuperar e/ou reeditar informes existentes etc.

Para ampliar a información respecto ao contido e funcionamento da aplicación informática pode consultarse o **“Manual de usuario da aplicación SAPI”**.



Servizo Galego  
de Saúde



Subdirección Xeral de Saúde Mental e  
Drogodependencias

Guías

07

D



**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



**SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE**



# Guías técnicas para a implantación da carteira de servizos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas





---

<b>Presentación . . . . .</b>	<b>3</b>
<b>Guía para a planificación de programas preventivos no campo das drogodependencias: o modelo lóxico . .</b>	<b>7</b>
<b>Guía para o desenvolvemento de estratexias de información- sensibilización . . . . .</b>	<b>45</b>
<b>Guía para a formación de mediadores sociais en prevención das drogodependencias . . . . .</b>	<b>67</b>
<b>Evidencias científicas dispoñibles en relación cos programas de prevención das drogodependencias . . . . .</b>	<b>79</b>



# Presentación



XUNTA DE GALICIA



As guías técnicas para a implementación da carteira de servizos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas integran diversos instrumentos que pretenden facilitar un adecuado desenvolvemento metodolóxico de distintas intervencións que se desenvolverán no contexto dos programas de prevención.

Estas guías céntranse en catro dimensións que se consideran claves no traballo preventivo que realizan de maneira cotiá os técnicos integrados nos equipos de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas:

- ◆ Os labores de planificación da acción preventiva.
- ◆ A metodoloxía que se debe seguir para poder implementar estratexias de información e sensibilización eficaces.
- ◆ O deseño, organización e desenvolvemento das tarefas de formación en materia de drogodependencias dirixidas a un amplo e diverso colectivo de mediadores sociais.
- ◆ A toma en consideración das evidencias postas de relevo polas investigacións científicas realizadas no campo da prevención das drogodependencias.

Coherentemente con esta formulación, as guías artículanse de acordo con catro instrumentos complementarios entre si, cuxo contido se presenta a continuación:

- Guía para a planificación de programas preventivos no campo das drogodependencias: o modelo lóxico.
- Guía para o desenvolvemento de estratexias de información- sensibilización.
- Guía para a formación de mediadores sociais en prevención das drogodependencias.
- Evidencias científicas dispoñibles en relación cos programas de prevención das drogodependencias.





# Guía para a planificación de programas preventivos no campo das drogodependencias: o modelo lóxico



XUNTA DE GALICIA

## 1. Introducción

A Guía para a planificación de programas preventivos no campo das drogodependencias é unha iniciativa que se enmarca nunha estratexia máis ampla de busca da excelencia, que a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias quere trasladar ao conxunto das actuacións que se levan a cabo en Galicia no campo da prevención.

Nesta estratexia foi fundamental a aprobación da carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias, en que se plasma o compromiso da Xunta de Galicia para ofertar ao conxunto dos cidadáns, aos profesionais e ás institucións que traballan neste ámbito unha serie de programas e servizos que acreditaron a súa eficacia para previr o uso de drogas, a progresión nos consumos ou os danos e riscos asociados a estas condutas.

Pero non abonda con identificar servizos ou programas que, de acordo con rigorosas avaliacións de resultados, demostraron a súa efectividade para mellorar os hábitos de consumo de drogas dos cidadáns, nin o compromiso da institución para asegurar a súa implementación e a xeneralización do seu acceso aos seus potenciais destinatarios. Non abonda coa identificación de programas que acumulen un gran número de evidencias científicas que avalen a súa efectividade, nin promover a aplicación de boas prácticas no campo da prevención. A capacidade de que a poboación destinataria destes programas e servizos se beneficie realmente coa súa implementación dependerá en gran medi-

da de que estes se levan a cabo nas condicións e seguindo os procedementos adecuados para o seu deseño, execución e avaliación.

Sucedo que os procedementos metodolóxicos establecidos para a implementación dos programas e as condicións “ideais” para o seu desenvolvemento, cuxa observación asegura a súa efectividade, non sempre se respectan na práctica. As diverxencias entre as condicións e os procedementos teóricos ou formais que se deben seguir para implementar actuacións (programas) baseadas en evidencias e a súa aplicación práctica provocan unha “fenda” entre os seus logros potenciais e os logros reais obtidos na súa aplicación práctica. Deste modo, programas que en condicións ideais ou experimentais demostraron a súa efectividade son na práctica pouco eficaces, co conseguinte mal uso dos recursos dispoñibles (MENEU, R. 2003).

Por iso no ámbito da clínica, da asistencia sanitaria, popularizouse unha máxima que é totalmente aplicable no campo da prevención das drogodependencias “realizar intervencións eficaces, nas poboacións adecuadas e de forma efectiva”. Para asegurarse de que os profesionais que finalmente se deben encargar da prestación dos servizos ou do desenvolvemento destes seguen os procesos e procedementos adecuados, popularizouse o uso de guías clínicas e de manuais.

O mesmo que as guías de práctica clínica no ámbito asistencial, os manuais e guías para a imple-

mentación de accións preventivas tratan de axudar os profesionais nos procesos de toma de decisións orientando as súas actuacións para asegurar a súa eficacia.

É neste marco no cal debe ser entendida a iniciativa de ofertar unha guía para a planificación dos programas preventivos, cuxo obxectivo é presentar de forma sintética as claves para a planificación de programas de prevención no campo das drogodependencias, integrando todos os aspectos que se deben considerar, desde a fase do deseño, ata a avaliación de resultados. Consecuentemente, nela sinálanse os requisitos básicos necesarios, os pasos que se deben seguir, tendo en conta unha orde lóxica que facilite a implementación, e descríbense os erros ou fallos máis frecuentes que se poden producir, así como a forma de evitalos para asegurar a planificación e a aplicación dos programas preventivos de calidade.

Despois de tres décadas de investigación neste campo, na actualidade dispónse de suficiente evidencia para poder identificar os criterios básicos que facilitan unha planificación de programas que poidan aspirar a conseguir o maior grao de eficacia e de eficiencia posibles.

Planificar é un proceso que consiste en empezar por estudar o presente analizando, de acordo coa realidade existente e coas tendencias observables en cada momento, como se prevé que sexa o futuro. De acordo con esta análise inicial, planificar

consistirá en valorar se é necesario ou non intervir para modificar a situación esperada e, en caso de que se considere necesaria na intervención, poñer o desenvolvemento dun proceso baseado na lóxica, a evidencia existente, na experiencia e nos recursos dispoñibles, así como no tipo de cambios que se queren producir para modificar esa realidade esperada.

## 2. ¿Que é a planificación?

A planificación é un método de traballo que nos axuda a trasladar o mapa conceptual que define un programa a un plan operativo, para intentar modificar unha realidade concreta. Este método de traballo permite detallar:

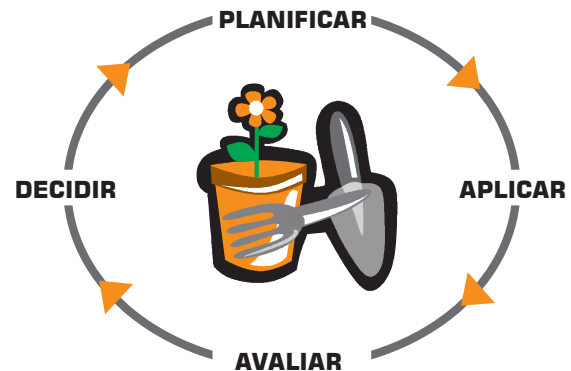
- ♦ **Cal é o problema que se quere evitar ou reducir ou que situación se quere modificar.**
- ♦ **Como se vai conseguir.**
- ♦ **Que recursos humanos e materiais van ser utilizados.**
- ♦ **Cales son as tarefas clave que deben ser completadas.**
- ♦ **Canto tempo será necesario para conseguir os obxectivos esperados, e como se organizará este período.**
- ♦ **Que indicadores permitirán valorar os resultados obtidos.**

Por todo isto, este método permite facer un seguimento adecuado de como se implementa o programa

ma, facilita analizar se o traballo foi completado como estaba previsto ou non, permite valorar se se conseguiu o resultado esperado do traballo, se non se obtivo o que se esperaba ou se se produciu un resultado distinto ao esperado (CSAP, 2001a).

Dunha forma moi simple, pódese considerar que planificar é unha actividade que se realiza de forma espontánea para afrontar as múltiples tarefas e retos que decotío se presentan en todos os ámbitos da actividade humana. Por exemplo, como esquematiza a figura 1, se na casa temos unha fermosa planta desde hai tempo, e nun momento dado observamos que as súas follas empezan a amarelar, normalmente realizaremos o seguinte proceso lóxico para intentar recuperala:

Figura 1. ¿A planificación é un proceso que se produce decotío?



- 1º Intentaremos coñecer cal é a causa do problema (lendo un manual sobre coidados de plantas, preguntando a alguén que teña o mesmo tipo de planta, preguntando a un xardineiro, indo á tenda onde nola venderon etc.): este paso require un proceso de **AVALIACIÓN**.
- 2º Cando saibamos o que lle está pasando, decidiremos que imos facer para afrontalo e conseguir que a planta recupere o seu bo aspecto de sempre: este paso require un proceso de **DECISIÓN**.
- 3º Cando decidísemos que facer, planificaremos como facelo en función da decisión tomada (cando comprar algún produto antipragas, recordar que hai que cambiar a frecuencia do rego, haberá que cambiar a súa exposición á luz ou á humidade etc.): este paso require un proceso de **PLANIFICACIÓN**.
- 4º Aplicaremos os coidados previstos en tempo, cantidade, situación etc. Este paso require un proceso de **APLICACIÓN**.
- 5º Transcorrido o tempo previsto no terceiro paso, miraremos se as follas recuperaron o seu aspecto saudable ou están peor: este paso require un novo proceso de **AVALIACIÓN** e en función do resultado, volverase iniciar a roda.

De maneira máis formal e estruturada, a planificación é un método utilizado historicamente na xestión empresarial ou industrial, que ao longo da segunda metade do século XX se incorporou ao campo das ciencias da saúde, e que na actualidade se está empezando a considerar como imprescindible tamén nas intervencións sociosanitarias e, en concreto, no ámbito da prevención das drogodependencias. Con isto, espérase optimizar os sempre escasos recursos dispoñibles en prevención, promovendo intervencións cada vez máis eficaces e eficientes.

A planificación preventiva pódese desenvolver a distintos niveis. Se se trata do desenvolvemento de plans globais, denomínase “Planificación estratéxica”, que pola súa vez está integrada por programas e proxectos, no que se coñece como “Planificación táctica” (PINAULT, R. e DAVELUY, C. 1989).

A planificación concrétese a través dunha ferramenta operacional denominada: **Plan de implementación**, de cuxa calidade dependerán en gran medida os resultados das estratexias e dos programas.

### ¿Que sucede cando falla a planificación?

A investigación internacional dedicada a estudar as características metodolóxicas dos programas desenvolvidos en prevención do abuso de drogas, sinala que a maioría dos programas aplicados ata o momento obtiveron resultados inferiores aos esperados (BUKOSKI, W. 2003, FLAY, BR. e PE-TRAITIS, J. 2003) debido a:

### Principais debilidades dos programas de prevención ao uso:

- ♦ A utilización de programas cuxa eficacia non foi experimentalmente probada.
- ♦ Unha deficiente planificación, que consecuentemente repercutiu en procesos de implementación inadecuados.
- ♦ A consideración parcial de só algúns dos factores, de índole persoal, familiar, social etc., que subxacen e promoven o inicio do uso de drogas.
- ♦ Unha desproporción entre os obxectivos esperados, con frecuencia excesivamente ambiciosos, e os recursos dispoñibles.
- ♦ O desenvolvemento dun proceso que non responde a criterios lóxicos nin de consistencia interna.

### 3. ¿En que consiste o modelo lóxico de planificación en prevención?

No desenvolvemento dun plan de implementación baseado en principios operativos de coherencia interna. É dicir, un plan integrado por elementos cuxa relación entre todos eles responda a criterios de necesidade e complementariedade, organizados temporalmente de acordo cuns pasos ou fases de desenvolvemento cuxa secuencia permita o avance real dunha fase á seguinte. Neste marco, o *plan de implementación* débese basear en procesos ló-

xicos, e resulta especialmente útil para a persoa e o equipo responsable da execución dun programa. O seu desenvolvemento facilita a mellora do control da execución, evitando ou minimizando os problemas e debilidades sinalados no punto anterior e asegurando (ALVIRA, F. 1999):

- ♦ A coherencia interna do programa,
- ♦ A coherencia coa avaliación de necesidades,
- ♦ A adecuación do modelo e a estratexia de intervención.

**O modelo lóxico permite mellorar a potencial eficacia do programa mediante o establecemento de relacións lóxicas entre os seus elementos, e consecuentemente, permite controlar que desde o inicio do proceso de planificación exista unha:**

- 1. Relación lóxica (coherencia)** entre os **obxectivos** que se queren conseguir, as **necesidades da** poboación destinataria e os **indicadores** que se seleccionarán para poder avaliar a situación de partida e a existente ao finalizar o programa.
- 2. Relación lóxica** entre os **indicadores** cos que se pretende traballar e o **modelo teórico** elixido.
- 3. Relación lóxica** entre os **obxectivos** e os **recursos dispoñibles** para alcanzalos.
- 4. Relación lóxica** entre os **obxectivos**, os **recursos** e as **actividades** propostas.

- 5. Relación lóxica** entre os **obxectivos**, os **indicadores** seleccionados desde o inicio e os **resultados finais** esperados.

Esta posibilidade de incrementar o control sobre o programa que facilita un *plan de implementación* baseado no modelo lóxico, débese a que permite identificar os requirimentos, de todo tipo, que son necesarios para levar a cabo a intervención elixida, evitando en boa medida, o deseño de plans teoricamente impecables, pero inviables, ou dificilmente aplicables, na práctica.

Tamén pode contribuír a que as persoas que deben traballar xuntas o fagan con espírito de equipo para conseguir un resultado integrado, sen friccións ou innecesarias duplicacións de esforzos, axudando a identificar as expectativas de execución de cada un dos compoñentes do programa. Este plan non debe ser máis detallado do estritamente necesario para que a persoa responsable do programa estableza a dirección inicial e para ofrecer unha visión clara ao grupo de persoas encargado da implementación (CSAP, 2001b).

### **Importancia práctica da utilización do modelo lóxico de planificación en prevención**

Como se apuntou, trátase dun modelo operativo, é dicir, dun instrumento de planificación que complementa, completa e clarifica o desenvolvemento do plan de implementación dun programa. Descricións detalladas deste proceso operacional foron publicadas recentemente por diversas institucións fóra e dentro do noso país (CSAP, 2002, ACERO, A. 2004).

## ¿Cales son os pasos que se deben seguir para a planificación de programas preventivos baseada no modelo lóxico?

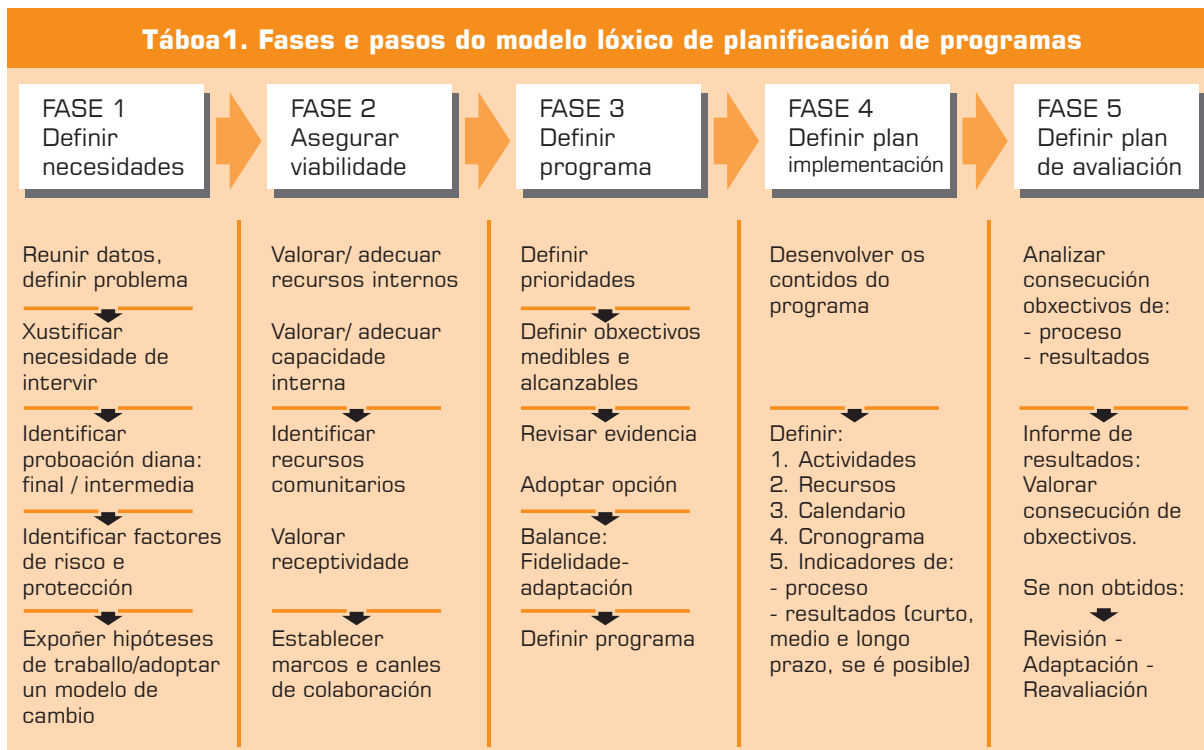
Pola súa utilidade práctica, neste capítulo o modelo preséntase, non só desde un enfoque puramente descritivo, senón ademais, cribado e analizado á luz da experiencia dispoñible en España. É dicir, a partir dunha análise e unha reflexión do que vén sendo a práctica preventiva desenvolvida pola maioría de programas aplicados desde a década dos anos 80 ata hoxe no noso país<sup>1</sup>, así como atendendo a modelos de programas implementados na práctica e baseados na investigación (SALVADOR, T. e MARTÍNEZ, I. 1999, ANTÓN, A. MARTÍNEZ, I. e SALVADOR, T. 2001).

O modelo lóxico que debe orientar calquera plan de implementación dun programa preventivo desenvólvese en diversas fases e pasos consecutivos. Fases e pasos que son congruentes coas propostas que, con matices ou énfase diversos, propoñen os manuais e guías de planificación e desenvolvemento de programas sociosanitarios en xeral, e que neste caso se adaptan ás especificidades propias do ámbito de prevención de drogodependencias (PINAULT, R. e DAVELUY, C. 1989, KRÖGER, C. WINTER, H, SHAW, R. 1998, ALVIRA, F. 2002, ACERO, A. 2004, COMISIONADO DO PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS, 2004).

Estes pasos preséntanse a continuación, prestando unha coidada atención ás características, fortalezas, debilidades e ameazas que, en xeral, determinan as dinámicas das institucións, dos programas e, en especial, dos equipos que desenvolven os programas de prevención do abuso de drogas no noso país. A táboa 1, presenta, de forma sintética, cada un dos pasos do modelo. No seguinte punto descríbense en detalle os contidos de cada fase e dos pasos sucesivos que a integran.

1 Análise derivada dos máis de 600 programas preventivos sintetizados ao longo de 15 anos (1989-2003) polo Sistema de Información Técnica sobre Prevención do Abuso de Drogas (Información publicada polo Centro de Estudos sobre Promoción de la Salud (CEPS) na súa publicación semestral Boletín IDEA-Prevención.

**Táboa1. Fases e pasos do modelo lóxico de planificación de programas**



FONTE: Adaptación realizada de acordo coas necesidades máis frecuentes observables na planificación de programas no noso país, a partir do modelo proposto polo *Center for Substance Abuse Prevention*. *Achieving outcomes: A practitioner's guide to effective prevention*. Chapter I: Determine Prevention needs and assets. Rockville: SAMHSA, 2002.



A seguir preséntanse en detalle os aspectos clave que se deben considerar en cada unha das fases da planificación, detallando:

1. Os pasos que se seguirán dentro de cada fase.
2. As necesidades implícitas no desenvolvemento de cada paso.
3. As consecuencias negativas de descoidar algún dos pasos necesarios.

## 4. Fases do modelo lóxico: aspectos básicos que hai que ter en conta

Neste marco, antes de iniciar un programa preventivo, a redacción do plan de implementación debe explicitar claramente todos os aspectos que hai que considerar para poder empezar a executar o programa, de acordo coas cinco fases do modelo lóxico de planificación.

### FASE I: Definición das necesidades:

Cando se pensa na necesidade de desenvolver un programa preventivo, é por que hai un motivo obxectivo que xustifique o seu desenvolvemento. Máis concretamente, debe existir un problema que se queira solucionar e que neste caso terá que ser unha situación non desexada relativa ao consumo de drogas, que a intervención prevista pretende previr ou modificar.

### Paso 1: Definición do problema

Neste primeiro paso trátase de responder a unhas cuestións claves, que en xeral se concretan en preguntar:

- ◆ ¿Cal é o problema?
- ◆ ¿Onde se produce o fenómeno?
- ◆ ¿Que grupo de poboación se ve afectado?
- ◆ ¿Evolucionou no tempo a súa dimensión, a súa importancia e a súa repercusión?
- ◆ Cos datos dispoñibles ¿pódese prever que empeore no futuro?
- ◆ ¿É este problema máis prioritario que outros?, ¿por que?
- ◆ ¿Que grupo de poboación se beneficiará de participar no programa? ¿Por que? ¿Cal é a situación en que se encontra este grupo?

Trátase de realizar unha análise da situación, para o que se require información obxectiva (indicadores fiables\*), sobre os ámbitos relevantes na definición do fenómeno sobre o que se pretende incidir (ver táboa 2).

### \*¿Que é un indicador?

Toda **medida simple** (unidimensional) que pode ser utilizada de forma directa para entender ou representar un fenómeno, así como para medir a súa modificación ao longo dun período de tempo determinado.

Aplícase a toda **variable susceptible de ser medida directamente**, que reflicte: a situación que define a poboación destinataria dun programa; o grao, a intensidade, a frecuencia de uso dunha droga; o impacto do uso dunha substancia psicoactiva sobre a saúde ou a calidade de vida das persoas que compoñen unha comunidade; ou outras variables relevantes para a prevención (por exemplo: exposición a factores de risco ou protección etc.).

Serve para definir o **grao de cumprimento** (ou o que é o mesmo: o grao de modificación da situación de partida) **que hai que alcanzar co fin de lograr o obxectivo que se marcará o programa** e relaciona en termos inequívocos os obxectivos e os resultados do proxecto.

### Os indicadores deben ser:

- ◆ Específicos, en termos de cantidade, calidade, tempo e situación.
- ◆ Verificables, mediante datos estatísticos, observación, rexistros.
- ◆ Relevantes no contexto da intervención.

### Terase en conta:

**Os indicadores deben concordar e ser coherentes cos obxectivos que se vaian propoñer e cos resultados esperados ao final da aplicación do programa.**

**Táboa 2. Exemplos de indicadores que definen a situación da poboación destinataria en relación coas drogas**

## **Características do contorno inmediato**

- ~ Datos socioculturais do barrio, municipio etc. (taxas de emprego e/ou paro, poder adquisitivo, extrema deprivación social etc.).
- ~ Recursos comunitarios existentes (educativos, deportivos, recreativos etc.).
- ~ Problemas sociais máis destacados.
- ~ Taxas de inmigración segundo o país de procedencia.

## **Características da poboación destinataria**

- ~ Datos sociodemográficos: idade, sexo, nivel educativo, poder adquisitivo.
- ~ Integración/desarraigamento cultural (grupo cultural de orixe en caso de emigrantes).
- ~ Taxas de absentismo escolar e laboral.
- ~ Taxas de fracaso escolar.
- ~ Incidencia doutros factores de risco.
- ~ Incidencia dos factores de protección.
- ~ Actividade económica persoal ou familiar.
- ~ Indicadores sobre estilos de vida.
- ~ Indicadores sobre hábitos relacionados coa saúde.
- ~ Acceso / contacto con recursos comunitarios.
- ~ Indicadores de problemas de xestión familiar.
- ~ Hora definida de volta á casa os días de festa.
- ~ Diñeiro semanal dispoñible para gastos persoais: nenos, adolescentes e mozos.
- ~ Realización de actividades familiares conxuntas (pais/titores – fillos).

## **Indicadores de mercado**

- ~ Datos sobre o mercado de drogas: horarios e puntos de venda legais.
- ~ Datos sobre o mercado de drogas ilegais: puntos de venda, sancións por uso en vía pública, comisos etc.).
- ~ Puntos de venda ilegal de alcohol e tabaco.
- ~ Prezo de cada substancia psicoactiva.
- ~ Relación entre prezos de cada droga e poder adquisitivo da poboación destinataria.
- ~ Investimentos en publicidade directa de alcohol e tabaco.
- ~ Investimentos en publicidade indirecta de alcohol e tabaco.
- ~ Existencia de publicidade ilegal de alcohol e tabaco.
- ~ Investimentos en estratexias e actividades de promoción impulsadas polas industrias produtoras / comercializadoras de alcohol e tabaco.
- ~ Investimentos en estratexias e actividades de promoción impulsadas polas redes comerciais de venda e dispensación de alcohol, tabaco e cannabis.
- ~ Equipos deportivos locais patrocinados polas industrias produtoras/ comercializadoras de alcohol e tabaco.
- ~ Outro tipo de patrocinio sustentado polas industrias produtoras/ comercializadoras de alcohol e tabaco.

## Indicadores relacionados co uso de drogas

- ~ Prevalencia de consumo das distintas drogas legais e ilegais, de acordo con enquisas autonómicas e nacionais.
- ~ Taxas anuais de incorporación de novos consumidores.
- ~ Idade de inicio ao uso das distintas substancias psicoactivas.
- ~ Aparición do consumo de novas substancias psicoactivas.
- ~ Consumo per capita das drogas legais de acordo coas cifras de venda legal (litros per capita de distintas bebidas e cigarros per capita).
- ~ Intención de consumo no futuro (medio prazo, longo prazo).
- ~ Taxas de morbilidade e mortalidade.

## Coñecementos, percepcións, actitudes e outras variables relevantes sobre drogas

- ~ Coñecemento sobre os efectos de cada droga.
- ~ Actitudes ante o consumo de drogas.
- ~ Crenzas e mitos sobre os efectos de cada substancia psicoactiva.
- ~ Prevalencia de uso percibida (no contorno de referencia).
- ~ Actitudes ante a publicidade e as estratexias de promoción do uso de drogas.
- ~ Percepción do risco asociado ao uso.
- ~ Percepción de dispoñibilidade.
- ~ Percepción de consumo entre iguais da poboación escolar.
- ~ Percepción de consumo entre adultos significativos (pais, familiares, titores, profesores etc.) da poboación escolar.
- ~ Percepción de consumo de drogas en adultos (poboación xeral) da poboación escolar.

## Incidenca de problemas sociais relacionados coas drogas

- ~ Taxas anuais de accidentes de tráfico relacionados co alcohol e con outras drogas.
- ~ Taxas anuais de morbilidade atribuíble a cada substancia psicoactiva.
- ~ Taxas anuais de mortalidade atribuíble a cada substancia psicoactiva (incluír mortalidade por reacción aguda, e mortalidade por uso de cada substancia (drogas legais e ilegais).
- ~ Taxas anuais de mortalidade e incapacidade por accidentes de tráfico con presenza de alcohol ou outras drogas.
- ~ Taxas anuais de ingresos hospitalarios en servizos de urxencia relacionadas co uso de drogas.
- ~ Taxas anuais de morbilidade e de mortalidade atribuíbles á exposición ao ACHT.
- ~ Taxas de absentismo laboral relacionado co uso de alcohol.
- ~ Taxas de absentismo laboral relacionado co uso de tabaco.
- ~ Taxas de delitos e criminalidade relacionados coas drogas.
- ~ Taxas anuais de: fracaso escolar, absentismo e episodios de violencia, por nivel educativo.
- ~ Indicadores de participación en actividades prosociais.
- ~ Taxa de detencións e denuncias por tráfico de drogas ilegais.
- ~ Sancións administrativas por uso de drogas.

Moitos dos indicadores requiridos encóntanse dispoñibles en estudos publicados ou en rexistros de institucións comunitarias de ámbito local, autonómico ou nacional. Por este motivo o primeiro paso que se seguirá será obter información sobre datos dispoñibles e fontes de información que poden proporcionar estes datos, tendo en conta que non todo o que se publica é fiable. É necesario un exercicio de selección da información e das fontes, tendo en conta criterios de calidade dos datos e de fiabilidade das fontes, así como o tipo de indicadores que se requiren e porque. Este traballo de busca inicial de datos dependerá do tempo e dos recursos de que se dispoña, da dimensión da zona e da serie de problemas relacionados coas drogas sobre os que se queira obter a información (SCHINKE, S. e COLE, K. 2003).

## Paso 2: Xustificación da prioridade

A recompilación dos indicadores que definen a situación de partida non constitúe, non obstante, unha xustificación irrefutable sobre a necesidade da intervención proposta. Pode que en moitos casos sexa así, incluso pode ocorrer que a intervención forme parte dun plan máis amplo establecido nun nivel de coordinación territorial maior, como no caso dunha provincia ou comunidade autónoma. Malia isto, en xeral é necesario describir máis especificamente os motivos que sinalan a conveniencia de aplicar o programa que se propón. **Trátase de explicar:**

- a) Porque a situación en que se quere intervir se considera prioritaria fronte a outras situacións ou problemas existentes.
- b) Porque se considera que este programa constitúe a resposta máis eficaz para afrontar o problema ou a situación que se quere abordar.
- c) Razóns polas que se considera que a proposta do programa é a resposta máis custo-efectiva (eficiente) que existe para afrontar o problema.
- d) Motivos polos cales debe desenvolverse desde a institución que o propón.
- e) Como contribuirá o programa a modificar a situación en que se encontra a poboación destinataria (descrita inicialmente).

Estas xustificacións deben apoiarse na cita dos indicadores descritos (ver indicadores presentados na táboa 2 como: características do contorno inmediato, indicadores de mercado, e incidencia de problemas sociais relacionados coas drogas).

## Paso 3: Identificación da poboación beneficiaria

Outro aspecto igualmente importante neste primeiro paso da planificación é a identificación e a descrición da poboación con que se vai intervir (ver indicadores presentados na táboa 2 como: características da poboación destinataria, indicadores relacionados co uso de drogas e coñecementos, percepcións, actitudes e outras variables relevan-

tes sobre drogas). Neste punto hai que especificar claramente cal é a poboación destinataria. Pode tratarse da poboación final (beneficiaria\*), ou da poboación mediadora\*\*.

## \*:¿Cal é a poboación destinataria?

É o grupo de persoas que se benefician en última instancia da intervención (por exemplo: o alumnado de ESO).

## \*\*¿Cal é a poboación mediadora?

Son os profesionais ou voluntarios os que poden transmitir de forma idónea os contidos da intervención ante o grupo final ou poboación destinataria, (por exemplo: o profesorado do alumnado de ESO).

Hai que especificar, se procede, as características e variables que definen a cada un destes dous grupos, e en ambos os casos describir o número de persoas a que se pretende chegar, o xénero, o grupo de idade, así como outros indicadores relevantes en cada caso.

## Paso 4: Adopción dun modelo teórico de cambio

Un modelo teórico é a representación abstracta das relacións existentes entre os compoñentes lóxicos, analíticos ou empíricos dun sistema. Trátase dunha expresión formalizada dunha teoría ou hipótese causal, segundo a cal se considera que un ou varios fenómenos xeraron os datos observados (ALONSO, C. et al., 2004).

O desenvolvemento de modelos no ámbito da prevención do abuso de drogas iniciouse a mediados do século XX coa finalidade de encontrar enfoques de intervención capaces de responder ás finalidades preventivas. O modelo teórico que se adoptará débese escoller en función da variable ou das variables que o programa pretenda modificar.

Elisardo Becoña realizou unha ampla revisión de modelos utilizados en prevención do abuso de drogas (BECOÑA, E. 1999), clasificándoos en:

- ♦ **Teorías parciais ou baseadas en poucos compoñentes:** modelos biolóxicos; teorías da aprendizaxe; teorías actitude-conduta; teorías psicolóxicas baseadas en causas intrapersoais; teorías baseadas na familia e no enfoque sistémico, o modelo social e outros.
- ♦ **Teorías evolutivas:** modelo de Kandel; modelo de etapas motivacionais multicompoñentes; modelo do proceso de reafirmación dos mozos; teoría da madurez sobre o consumo de drogas; teoría da pseudomadurez ou o desenvolvemento precoz; modelo de enfermidade do desenvolvemento psicosocial; modelo da socialización primaria e outros.
- ♦ **Teorías integrativas e comprensivas:** modelo de promoción da saúde; teoría da aprendizaxe social; teoría do desenvolvemento social; teoría interaccional; teoría da conduta problema; teoría da conduta de risco dos adolescentes; modelo integrativo

xeral da conduta de consumo de drogas; modelo de estilos de vida e factores de risco que o condicionan e outros.

Unha síntese das características dos modelos máis utilizados actualmente en prevención preséntase no “Glosario sobre prevención do abuso de drogas” realizado no noso país (ALONSO, C. et al., 2004).

## NA FASE I HAI QUE TER EN CONTA QUE:

Neste primeiro paso inténtase asegurar ao máximo dispoñer dun coñecemento amplo e cuantificable da situación ou problema no cal se quere intervir, así como que modelo de intervención parece máis adecuada (eficaz e eficiente) para abordar o traballo.

### Para iso é preciso:

- ~ Describir o problema ou fenómeno en que se quere intervir.
- ~ Xustificar a necesidade da intervención.
- ~ Identificar a poboación destinataria: final e intermedia (se procede).
- ~ Identificar os factores de risco e protección presentes.
- ~ Describir os indicadores que se pretenden modificar: para iso cómpre que a súa definición sexa cuantitativa.
- ~ Adoptar un modelo de cambio adecuado ás necesidades observadas.

### FALLOS NA FASE I COMPORTAN:

- ~ O desenvolvemento de propostas de difícil xustificación cando se consideran criterios de prioridade sociosanitaria.
- ~ Programas culturalmente inapropiados e, en consecuencia, resistencias comunitarias ou entre a poboación destinataria.
- ~ Dificultades para obter o necesario apoio do contorno.
- ~ Falta de interese xeral cara á intervención;
- ~ Imposibilidade de formular obxectivos medibles para o programa.

## FASE II. Exploración e garantía da viabilidade:

Ademais de cumprir cos requisitos formais de adecuación e capacitación, previstos no Decreto de acreditación e validación de programas de prevención de drogodependencias, calquera equipo que se dispoña a desenvolver un programa no campo preventivo, deberá ter en conta aspectos complementarios relacionados coa súa capacidade de actuación.

Con frecuencia este é un paso que tende a obviarse. Non obstante, polas súas repercusións operativas, trátase dun requisito básico para poder garantir que a proposta de programa que se realizará, é viable. Sería un paso ata certo punto prescindible se se partise dunha situación en que os recursos para o desenvolvemento de programas fosen ilimitados e estivesen asegurados a longo prazo. Normalmente non é esta a situación que caracteriza o ámbito da prevención do abuso de drogas.

Por outro lado, a súa consideración achega á viabilidade do programa unha serie de beneficios dificilmente alcanzables se se desestima esta fase.

### Paso 1: Valorar os recursos dispoñibles: capacidade interna e dispoñibilidade de apoios externos

Avanzar no desenvolvemento dun plan de implementación -formalmente adecuado- pero sen ter en conta este factor, pode dar lugar a moitos problemas evitables. Adicionalmente, saber exactamente con que recursos se conta, interna e externamente,

pode contribuír a optimizar esforzos, a evitar solapamentos, e a prever o desgaste dun equipo en requirimentos que superan as súas propias capacidades de resposta.

Por todo iso, tamén nesta segunda fase da planificación se debe buscar información suficiente para asegurar a viabilidade do proxecto que se quere desenvolver.

A limitación de recursos é unha circunstancia universalmente constatable no ámbito da prevención de drogodependencias. Por iso, é importante ter en conta a capacidade interna do equipo, así como a posibilidade de buscar apoios externos. Ás veces existen recursos externos aos equipos encargados do desenvolvemento de programas preventivos que non se utilizan por un problema de descoñecemento derivado de non ter dedicado un certo tempo inicialmente a identificalos.

Para valorar os recursos dispoñibles, non se trata de identificar indicadores cuantificables, senón máis ben de recoller información básica e operacionalmente útil para o desenvolvemento do programa. A táboa 3 presenta algunhas destas informacións básicas.

**Táboa 3. Exemplos do tipo de información necesaria que se recompilará no segundo paso do proceso de planificación**

**Recursos humanos e materiais con que conta o equipo que desenvolverá o programa (internos)**

- ~ Número e cualificación profesional de cada membro do equipo que desenvolverá o programa (contratados, bolseiros, voluntarios etc.).
- ~ Disponibilidade de tempo que cada membro do equipo terá para participar no programa.
- ~ Infraestruturas, equipamentos e outros recursos materiais ao alcance do equipo.
- ~ Orzamento total dispoñible.

**Recursos sociais e comunitarios que se poden implicar (externos)**

- ~ Identificación de recursos sociosanitarios de carácter xeral que poden desenvolver unha función complementaria no desenvolvemento do programa.
- ~ Coñecemento doutras actuacións preventivas na zona.
- ~ Identificación dos grupos de poboación beneficiaria das ditas actuacións.
- ~ Coñecemento de investimentos globais destinados á prevención do abuso de drogas.
- ~ Exploración de potenciais estruturas organizativas de coordinación entre recursos locais que poden ser útiles para o ámbito da prevención de drogodependencias.

Tanto se finalmente se decide contar con recursos externos como se non, tras valorar a conveniencia de ambas as opcións, a continuación débese atender a necesidade de coordinación interna, e externa (se procede). A táboa 4 presenta os posibles niveis de coordinación que hai que considerar.



**Táboa 4. Posibles niveis de coordinación e responsabilidades propias de cada nivel**

<b>Nivel de coordinación</b>	<b>Funcións</b>
Coordinación técnica do programa	Planificación, xestión e coordinación técnica do equipo responsable do programa.
Comisión de coordinación interna con outras instancias da mesma institución que promove o programa	Planificación da coordinación do programa dentro da institución responsable.
Comisión de coordinación externa con outras institucións que desenvolven traballos relevantes para o programa, ou que desenvolven programas similares.	Intercambio de información sobre actuacións de cada institución. Exploración de vías de cooperación. Previr solapamentos. Xerar sinerxías. Definición de marcos e canles potenciais de coordinación e cooperación estable
Grupos técnicos de traballo organizados segundo ámbitos de actuación (poden ser intra ou interinstitucionais).	Deseño e aplicación de programas ou actividades que requiren consenso ou coordinación para seren viables.
Comisión de participación social/cidadá.	Promover a corresponsabilidade social. Motivar a implicación de grupos sociais implicados en prevención dos problemas relacionados coas drogas.

A coordinación implica xuntar esforzos a prol dunha meta común, e tamén distribuír ben as tarefas entre os actores implicados. Pero é importante prever que o esforzo que implica intentar coordinar non se quede na simple definición dunha estrutura (comisión, plataforma, convenio etc.) inoperante. Para evitar este risco é preciso definir os detalles que darán forma e contido á estrutura (capacidade de tomar decisións, tipo de actividades, calendario de traballo, frecuencia de encontros, lugar de encontros etc.)

Por moita atención que se poña á necesidade de coordinación, hai que prever que sempre poden xurdir resistencias entre entidades ou persoas que se teñen que coordinar para actuar nun mesmo territorio, e mesmo entre persoas que traballan dentro dunha mesma institución. No momento da planificación do deseño e implementación do programa é necesario ter en conta esta dificultade e intentar formular a coordinación como unha necesidade cuxa consecución beneficiará a todos os profesionais e institucións implicados.

Ter en conta a necesidade de coordinación, facilitará a identificación de posibles resistencias, tanto de carácter interno como externo. Contribuirá a optimizar os recursos, e promoverá as necesarias sinerxías entre institucións, programas e recursos existentes. Evitará o solapamento con outras iniciativas que poden estar xa en marcha ou a punto de iniciarse, e constituirá en definitiva unha forma de promover un clima favorable para asegurar a factibilidade do programa.

A consideración de todos estes aspectos contribuirá a poder avanzar de forma segura cara á seguinte fase da planificación que consiste en: establecer prioridades de actuación, definir obxectivos realistas, é dicir, potencialmente alcanzables, e seleccionar o tipo de programa que se estime factible.

## **NA FASE II HAI QUE TER EN CONTA:**

Valóranse os recursos con que se conta para o traballo, co fin de que o programa que finalmente se proporá sexa viable e realista.

### **Para iso cómpre:**

- ~ Valorar os recursos internos dispoñibles para facer fronte ao problema ou situación en que se quere intervir para modificala.
- ~ Identificar os recursos externos con que se pode tamén contar para o desenvolvemento da intervención (comunitarios, institucionais etc.).
- ~ Avaliar coidadosamente a viabilidade dunha potencial cooperación cos recursos externos identificados.
- ~ Establecer pactos ou convenios de cooperación onde se describa claramente o tipo de achegas que pode facer cada parte.

### **FALLOS NA FASE II COMPORAN:**

- ~ O desenvolvemento de propostas formalmente correctas pero moitas veces inviables por falta dos recursos humanos e económicos necesarios.
- ~ A formulación de obxectivos maximalistas, pouco realistas e dificilmente alcanzables.
- ~ A xeración de expectativas públicas que logo non se poden ver cumpridas.
- ~ A frustración e o desgaste dos propios profesionais implicados no desenvolvemento do programa.
- ~ A indefinición de responsabilidades e, como consecuencia, baleiros importantes que afectan negativamente o desenvolvemento do programa.
- ~ O solapamento de intervencións nun mesmo territorio por falta de coordinación e comunicación.
- ~ Rivalidades improdutivas.
- ~ O descrédito das intervencións preventivas e do ámbito preventivo en xeral ante a comunidade en que se desenvolve o programa.

### **FASE III. Selección e definición dos obxectivos e do programa máis adecuado para logralos**

Unha vez que se dispón da definición clara dos recursos dispoñibles, estase en disposición de poder definir prioridades e a partir delas, marcar obxectivos específicos, é dicir, explicitar que cambios concretos pretendemos conseguir co desenvolvemento do programa. De acordo con todo isto, poderase optar finalmente por elixir o tipo de programa máis adecuado.

A continuación resúmese o que diversos autores consideran clave para a formulación adecuada dos obxectivos (PINEAULT, R. e DAVELUY, C. 1989, KRÖGER, C. WINTER, H. e SHAW, R. 1998, ALVIRA, F. 1999; CSAP, 2001b; ALONSO, C. et al., 2004).

#### **Paso 1. Definición de prioridades**

En xeral toda situación ou problema que se queira abordar ten moitos aspectos que probablemente requiran unha mellora ou modificación. Pero en xeral, non é posible nin realista esperar que un programa poida abordalos todos de forma simultánea. O coñecemento da situación (e dos recursos existentes para intervir), que se terá adquirido nos puntos 1 e 2, permitirá sinalar que aspectos do problema se deberían abordar de forma máis prioritaria para empezar a avanzar cara aos cambios esperados.

#### **Paso 2. Definición de obxectivos**

Os obxectivos que se proporán nun programa deben ter unha estreita relación coas necesidades de-

tectadas na poboación, ou coa situación en que se intervén. Por tanto, os obxectivos formularanse de acordo coa análise inicial sobre a poboación e a situación en que se vai intervir (de acordo cos indicadores que definen a poboación e a situación).

Pero antes de empezar coa formulación de obxectivos, hai que clarificar que é un obxectivo\*:

#### **\*¿Que é un obxectivo?**

Un **obxectivo** para a prevención do abuso de drogas é o **cambio**, en variables ambientais ou persoais relacionadas co consumo de drogas, que se prevé lograr como resultado dunha intervención.

Só cando se dispón de información obxectiva sobre a situación de partida, se pode propoñer que tipo de cambios se esperan obter co desenvolvemento da intervención. Os cambios posibles poden ter distintas dimensións. En xeral, acostuman establecerse tres niveis de obxectivos para obter mediante o programa:

#### **¿Cales son os niveis de cambio esperado nun programa?**

- ♦ **A meta ou finalidade.**
- ♦ **O obxectivo xeral**
- ♦ **Os obxectivos específicos**, que poden ser: **finais ou intermedios.**
- ♦ **A meta ou finalidade é** o logro final e a longo prazo en que se inscribe un proxecto. Normalmente a finalidade é a meta que se

espera conseguir a través de plans estratéxicos globais impulsados desde institucións de ámbito local, autonómico, nacional ou supranacional. Como tal, proporciona un marco xeral en que se inscriben programas e actuacións concretos.

- ♦ **O obxectivo xeral** é a situación a que aspira contribuír un programa tras o seu desenvolvemento.

Debe definir explicitamente o/os grupo/s beneficiario/s. Non ten por que estar expresado en termos medibles, pero si en termos verificables.

O **Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009**, dispón, entre outros, de 10 obxectivos xerais aos que os distintos programas preventivos desenvolvidos en Galicia poden contribuír. **Estes obxectivos son:**

1. Reducir os niveis de experimentación dos adolescentes galegos coas distintas drogas.
2. Atrasar a idade media de inicio ao consumo de drogas legais e ilegais.
3. Reducir o número de adolescentes galegos consumidores habituais de drogas.
4. Reducir o número de bebedores abusivos entre a poboación adolescente.
5. Reducir os comportamentos de risco dos adolescentes e mozos relacionados co consumo de alcohol e outras drogas.

6. Mellorar a calidade da información dos adolescentes e mozos sobre as drogas e os seus efectos.
7. Modificar as actitudes dos adolescentes e mozos fronte ás drogas.
8. Reducir a tolerancia social fronte ás drogas.
9. Evitar os efectos negativos asociados a un modelo de ocio baseado no abuso de alcohol e outras drogas.
10. Reducir a dispoñibilidade de tabaco e bebidas alcohólicas no contorno social.

- ♦ **O obxectivo específico** é a razón de ser, básica e inmediata, dun programa, o cambio que se espera conseguir se o proxecto se completa como está previsto (responde ao “que se pretende obter”).

É recomendable que na fase de planificación, cada obxectivo específico se redacte como unha **situación xa alcanzada**, non como un proceso. **Por exemplo:**

- ♦ “Ao final do programa, o uso de cannabis entre a poboación destinataria **reduciuse nun 3,5%**”.
- ♦ “Ao final do programa, **incrementouse nun 10%** a percepción do risco derivado do uso de alcohol antes de conducir un vehículo, entre a poboación destinataria”.

Non é realista esperar que un só programa poida conseguir moitos cambios simultaneamente, por iso é **importante considerar que:**

- ◆ Un programa se propoña poucos obxectivos específicos: sendo tres o número máximo razoable.
- ◆ Cada obxectivo específico debe ser alcanzable, é dicir, debe existir unha probabilidade razoable de que se poida conseguir.
- ◆ Sexa medible, é dicir, se formule a partir dun dato obxectivo de partida.
- ◆ Describa explicitamente o grupo beneficiario da intervención.
- ◆ Cada obxectivo específico se defina de maneira concreta.
- ◆ Cada obxectivo específico explicita unha referencia temporal.
- ◆ Cada obxectivo específico sexa verificable.
- ◆ Cada obxectivo específico contribúa de maneira significativa ao cumprimento do obxectivo xeral.

Os **obxectivos específicos** poden ser **finais ou intermedios:**

- ▭ Os **obxectivos finais** corresponden aos cambios esperados no **consumo** de drogas, na **idade de inicio** ao consumo, nas **condutas de risco** relacionadas co uso de drogas, ou na **redución dos problemas relacionados** coas drogas.

- ▭ Os **obxectivos intermedios** da prevención corresponden ás **modificacións** que se espera producir nas **variables intermedias** relacionadas co consumo de substancias psicoactivas. Veñen dados polas modificacións previstas sobre as variables dependentes das intervencións. Por exemplo: incremento significativo da **percepción do risco** asociado ao uso de drogas, incremento significativo das **habilidades de resistencia** á presión, aumento da **implicación en actividades prosociais**, incremento das **habilidades de xestión familiar**, así como a redución doutros **factores de risco**, ou o incremento doutros **factores de protección**. A súa vinculación aos obxectivos finais vén dada polo marco teórico da intervención e pola evidencia acumulada, de maneira que se espera que o logro dos obxectivos intermedios contribúa de maneira significativa á consecución dos obxectivos finais.

Ao chegar a este punto, é preciso sinalar que con moita frecuencia se confunden os obxectivos específicos cos **obxectivos operacionais\*** ou coas **actividades\*\*** dun programa.

### \*¿Que son os obxectivos operacionais?

Son os cambios de proceso que se deben producir durante o desenvolvemento do programa para conseguir os obxectivos previstos. Describen me-

diante que proceso se pretenden alcanzar os resultados esperados, por tanto responden á pregunta de “*¿como se esperan obter os cambios previstos?*”. **Exemplo:** “*Mediante a posta en marcha e o desenvolvemento dunha escola de pais*”.

## \*\* ¿Que son as actividades dun programa?

Son as accións e os recursos necesarios para transformar as intencións do programa nos resultados esperados.

Responden á pregunta “*¿que se fará para conseguir os cambios esperados?*”. **Exemplo:** as actividades que se realizarán para difundir a actividade, as sesións que integran a escola de pais etc.

## Paso 3: Revisión da evidencia para optar polo programa máis adecuado

No que fai referencia ao desenvolvemento do coñecemento baseado na evidencia, a prevención do abuso de drogas, é un ámbito moi novo. Non obstante na actualidade dispónse de investigación relevante desenvolvida desde finais dos anos 70 do século XX. Esta información provén: do desenvolvemento de estudos epidemiolóxicos lonxitudinais e transversais; a avaliación –mediante deseños experimentais controlados- dos distintos modelos teóricos que se propuxeron desde que se iniciou a práctica preventiva en drogodependencias; a avaliación do impacto a curto, medio e longo prazo de plans estratéxicos e políticas preventivas de carácter global; e o aínda incipiente desenvolvemento da investigación básica aplica-

ble en prevención. Como resultado destes estudos, na actualidade dispónse de prototipos de programas cuxa eficacia respecto a outros ou respecto á non intervención, está clara e consistentemente probada (SLOBODA, Z. e BUKOSKI, WJ. 2002, BECOÑA, E. 2002. ALONSO, C. 2004).

Idealmente, antes de decidir que tipo de programa se quere desenvolver, o máis adecuado é realizar unha revisión bibliográfica da evidencia internacional dispoñible sobre a eficacia mostrada por programas que se propoñían obxectivos similares aos que se queren obter agora coa intervención que se está planificando. Pero ás veces esta tarefa non é posible por falta de tempo, por barreiras lingüísticas, ou por algunha outra dificultade de acceso á información internacional dispoñible. Ante esta posibilidade, as institucións públicas en España promoveron nos últimos anos a difusión de prototipos baseados na investigación. Así mesmo, estas institucións tamén lideraron e apoiaron a edición e oferta de programas cuxos contidos están baseados na investigación dispoñible e foron desenvolvidos para traballar factores de risco específicos en grupos de poboación definidos. Concretamente o **Plan de Galicia sobre Drogas facilita este proceso de selección e adopción, mediante a oferta de:**

- ♦ Programas xa acabados, editados e dispoñibles para a súa aplicación, e
- ♦ A edición desta guía, na que se propoñen os requisitos básicos para o desenvolvemento de programas, por ámbitos de intervención,

que cumpran os requisitos de calidade básicos para poder levar o adxectivo de “preventivos”.

#### **Paso 4: Adaptación á realidade local: balance fidelidade-adaptación**

A fidelidade é o grao de coincidencia dun programa ás especificacións propostas no prototipo ou modelo orixinal. Unha vez que se definiu que prototipo de programa se vai utilizar, todo programa antes de ser aplicado deberá axustarse ás condicións de aplicación e/ou ás características da poboación destinataria.

Este traballo de adaptación pode incluír cambios cualitativos ou cuantitativos dos compoñentes, cambios na definición da poboación destinataria, nas condicións de aplicación, na intensidade da aplicación ou da frecuencia da distribución de actividades.

A investigación indica que as adaptacións son máis efectivas cando:

- ◆ A teoría subxacente ao programa compréndese ben e recóllese adecuadamente.
- ◆ Os compoñentes centrais do programa foron identificados e téñense en conta dado que se trata de elementos esenciais para garantir os bos resultados do programa.
- ◆ As necesidades da comunidade e da poboación destinataria foron claramente definidas.

Algúns autores utilizan o termo adaptación “cosmética” para referirse a cambios que só afectan o nome ou elementos superficiais dun programa e que se realizan para promover o sentimento de pertenza local. Polo contrario, a adaptación “accidental” pode implicar cambios superficiais ou significativos e refírese a cambios que os implementadores introduciron sen darse conta, xeralmente por falta de asistencia técnica durante a implementación (ALONSO, C. et al., 2004).

Ademais de adecuar as condicións da aplicación á realidade local, o prototipo de programa elixido terá que ter en conta a adecuación cultural á poboación destinataria, para iso deberá considerar aspectos de: xénero, idade, nivel económico e educativo, cultura de procedencia etc. O obxectivo deste nivel de adaptación é adaptar o programa ás percepcións e valores de cada grupo destinatario, para asegurar así que se poderá esperar unha comprensión suficiente e unha participación activa no programa dos colectivos beneficiarios.

## NA FASE III HAI QUE TER EN CONTA:

Nesta terceira fase defínense os cambios que se espera alcanzar co programa (obxectivos), e de acordo con eles, escóllese cal é o programa que se considera máis adecuado, de acordo co modelo teórico adoptado, segundo os recursos existentes, de acordo coa evidencia de eficacia dispoñible, e tendo en conta que factores requirirán unha adaptación á realidade local.

### Para iso é preciso:

- ~ Definir as prioridades do programa, tendo en conta o grao de intensidade e concentración de factores de risco identificados.
- ~ Formular obxectivos realistas, é dicir alcanzables, desde os recursos (internos e externos) con que se conta. Os obxectivos deben ser cuantificables. Para iso débense especificar que indicadores se van utilizar, de maneira que se poida medir, ao final da intervención, se se alcanzaron ou non e ata que grao.
- ~ Revisar a evidencia de eficacia dispoñible na literatura científica especializada, ou polo menos das pautas marcadas polas institucións responsables das políticas sobre drogas (por exemplo, os prototipos de programas presentados neste catálogo).
- ~ Identificar, elixir e adoptar un prototipo de programa: pódese tratar dun programa que se pode adquirir, ou pode tratarse de adaptar os contidos dun programa identificado durante o proceso de revisión da evidencia.
- ~ Definir os contidos do programa, buscando a máxima fidelidade posible entre o prototipo adoptado de acordo coa evidencia dispoñible e a necesaria adaptación coas necesidades concretas de cada realidade local. A planificación vaise facer pensando na comunidade local onde se desenvolverá o programa (país, CC.AA, municipio, mancomunidade ou agrupación de municipios, distrito municipal ou barrio), pois é no contexto territorial no que cobra sentido.

### FALLOS NA FASE III COMPORTAN:

- ~ Perda de tempo intentando “inventar” programas que xa están desenvolvidos.
- ~ Esforzos mal dirixidos.
- ~ Ineficacia para abordar o problema.
- ~ Dificultades para conectar coa poboación destinataria.
- ~ Aparición de efectos indesexados.
- ~ Incerteza sobre os resultados potenciais.

## FASE IV. Definición do plan de implementación do programa: descrición dos detalles da aplicación

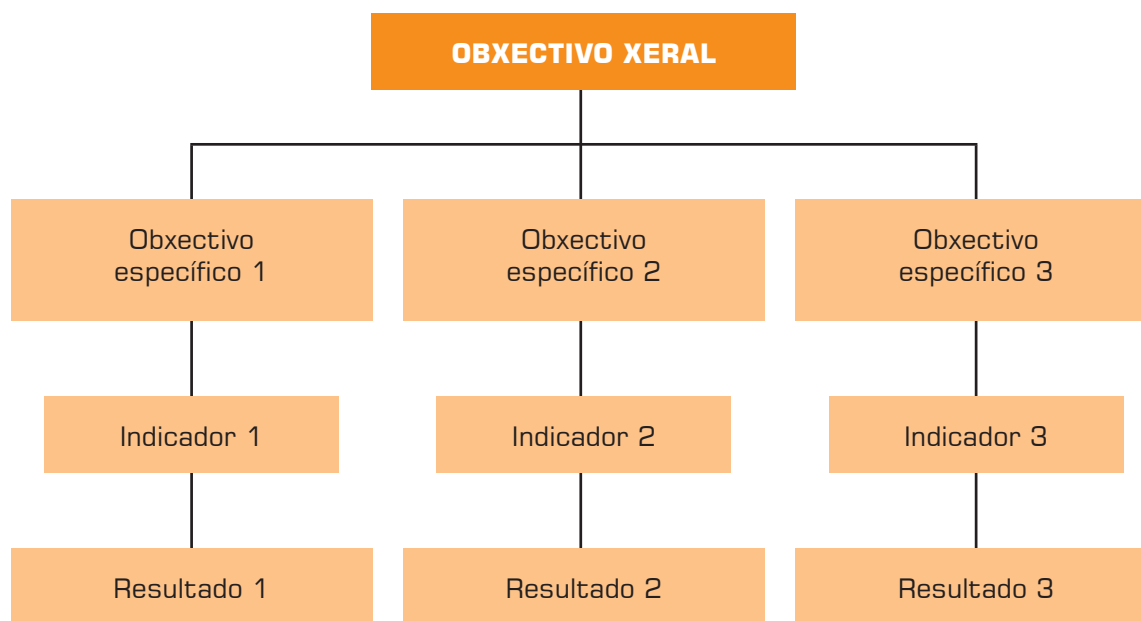
### Paso 1: Desenvolvemento: redacción do plan de implementación

Para poder redactar un plan de implementación que teña en conta o modelo lóxico e que responda á necesidade de ser un instrumento operativo útil, todos os elementos do plan deben ser congruen-



tes e estar relacionados entre si. É dicir, o plan de implementación debe responder a criterios de coherencia interna entre todos os elementos que o integran. A figura 2 esquematiza como se pode valorar se os elementos dun plan teñen coherencia interna.

Figura 2. Algúns dos elementos clave que permiten valorar a coherencia interna dun programa



É imprescindible que, desde o momento do inicio da redacción do plan de implementación, se asegure que os obxectivos se marcaron de acordo cos indicadores seleccionados e dispoñibles inicialmente, e se teña en conta que a modificación destes indicadores será o que se medirá ao final da intervención en forma de resultados\*.

## \* ¿Que é un resultado?

É a **modificación dun indicador** -inicialmente seleccionado-, **que se obtén tras a aplicación dun programa**.

No momento de iniciar a redacción do plan de implementación débese ter en conta que sexa: **coherente** co **indicador** e co **obxectivo** marcado. Por esta razón, desde esta fase inicial da planificación, cada obxectivo debe definirse de maneira concreta e verificable, doutra forma nunca se podería verificar se o resultado é o esperado ou non.

Neste marco, o *plan de implementación* debe especificar de forma clara e sintética as características, compoñentes e recursos previstos para o desenvolvemento do programa.

Os puntos esenciais dun **plan de implementación** son:

- a) Breve descrición da **situación inicial** que se pretende modificar.
- b) Breve **xustificación** da necesidade do programa no contexto anteriormente descrito.

- c) Descrición concisa e breve da situación e características da **poboación destinataria**, incluíndo os indicadores que a definen.
- d) Breve descrición do **modelo teórico** en que se basea o programa. Este punto ten como finalidade fundamentar a actuación, explicando a posible relación existente entre os problemas e factores de risco detectados, factores de protección que se esperan promover e as variables que se queren modificar.
- e) Enunciado do **obxectivo xeral** do programa.
- f) Enunciado dos **obxectivos específicos** do programa.
- g) Breve descrición do **método de traballo** elixido para o desenvolvemento do programa.
  - ♦ A **cobertura** prevista expresada en porcentaxe do total da potencial poboación destinataria.
  - ♦ Vías de **difusión** do programa, breve descrición dos medios a través dos cales se vai contactar co grupo destinatario (entrevistas ou reunións, medios de comunicación local, folletos, cartas, carteis en mobiliario urbano ou outro tipo de avisos públicos).
  - ♦ **Técnicas de traballo** que se van utilizar. Son moitas as opcións dispoñibles para a súa utilización nun programa preventivo, neste catálogo preséntanse prototipos organizados por ámbitos de intervención.

**Recursos humanos** que van intervir e formación de cada profesional. Trátase de describir o equipo (interno), e o persoal externo (doutras institucións, voluntarios etc.).

- ◆ **Actividades previstas.** As actividades previstas teñen que mostrar coherencia cos obxectivos e deben ser adecuadas para conseguilos. Dentro de cada prototipo de programa, esta guía propón as actividades máis adecuadas para desenvolver. Para cada actividade é útil describir:
  - ▭ Contorno onde se realizará.
  - ▭ Número previsto de participantes.
  - ▭ Profesionais (ou voluntarios) que intervirán.
  - ▭ Recursos externos que colaborarán.
  - ▭ Infraestrutura e equipamento necesarios.
  - ▭ Materiais que se utilizarán.
  - ▭ Horario e duración.
  - ▭ Indicadores de proceso para avaliar a actividade.
  - ▭ Custo da actividade.

O nivel de detalle con que se debe describir cada actividade debe ser o adecuado para facilitar a súa comprensión a calquera persoa allea ou integrante do equipo que debe aplicar o programa.

- h) Descrición do **calendario**. Debe especificar a duración total, así como os tempos en que se prevé realizar cada fase e actividade previstas. Unha ferramenta adicional que contribúe a definir o calendario en detalle, é a realización dun cronograma: instrumento que permite indicar a secuencia das actividades por días, por semanas, ou por meses etc.
- i) Inclusión do **orçamento** necesario. Ten que ser suficiente para responder ás necesidades do programa. Ten que detallar os conceptos de gasto previstos.
- j) Consideración **de aspectos éticos e de transparencia**. O plan de implementación debe indicar se o método e as actividades que se prevé realizar son respectuosos cos dereitos da poboación destinataria, non etiqueta, nin exerce presión e control sobre ela. Tamén deberá indicar que entidades promoven e financian o programa.

A redacción do plan de implementación equivale a realizar un mapa de ruta de cuxa calidade dependerá en gran medida a consecución de resultados. A dispoñibilidade deste plan de implementación permite que a aplicación posterior se basee nunha previsión realista de necesidades e, consecuentemente, contribúe a poder distribuír as responsabilidades e as funcións de forma axustada e evita sobrecargas de traballo.

O **Plan de Galicia sobre Drogas** desenvolveu un instrumento informático que facilita a tarefa de redactar o plan de implementación de acordo cos criterios expostos ata aquí. Trátase da aplicación informática do XESAPI (CENTRO DE SERVICIOS TECNOLÓXICOS, 2004).

## Paso 2: Definición dos indicadores de avaliación

**Durante a fase I**, dedicada á definición de necesidades, débense ter recollido unha serie de indicadores relevantes para describir as características da situación ou problema que se quere modificar.

**Durante a fase II**, dedicada a valorar os recursos dispoñibles, débese ter definido ata onde chega a capacidade interna e externa do equipo responsable para afrontar os retos que presenta a situación en que se quere intervir.

**Durante a fase III**, dedicada á definición do programa que se quere desenvolver, débense ter identificado aqueles indicadores que se queren modificar coa finalidade de formular os obxectivos ou cambios que se espera alcanzar coa aplicación do programa, de acordo cos recursos dispoñibles.

**Nesta IV fase**, dedicada a definir o plan de implementación, débese sinalar claramente que indicadores se utilizarán para avaliar o programa, é dicir, para medir os resultados tras a aplicación. Ademais, nesta fase pódense fixar tamén indicadores que, ao final da aplicación, sexan útiles para

saber se o programa se desenvolveu de acordo co plan de implementación previsto.

Por iso, nesta fase débense definir dous tipos de indicadores: os indicadores de proceso\*, e os indicadores de resultados\*\*.

### \*:¿Que é un indicador de proceso?

Toda **medida simple** (unidimensional) que pode ser utilizada de forma directa para representar e medir se o programa se realizou de acordo co plan de implementación previsto, ou se se modificou.

Aplícase a toda **variable susceptible de ser medida directamente** (números absolutos, porcentaxes ou taxas), que reflicte a realización das actividades de acordo co formato previsto. Entre os posibles indicadores de proceso, encóntranse:

- ♦ Cobertura de cada actividade, de acordo coa prevista: participantes, ámbito xeográfico etc.
- ♦ Número de actividades realizadas en relación coas previstas.
- ♦ Duración ou intensidade da aplicación.
- ♦ Calidade das actividades e fidelidade aos contidos previstos.
- ♦ Grao de implicación e rendemento dos mediadores.
- ♦ Calidade das actividades de coordinación previstas.

- ◆ Opinión e grao de satisfacción dos participantes.
- ◆ Número e tipo de incidencias non previstas.
- ◆ Eficiencia do programa: relación custo (investimento realizado)-efectividade (resultados obtidos en relación cos obxectivos específicos marcados).

Aínda que xa se introduciu (ver fase I, paso 1) de forma xenérica que é un indicador, coa finalidade de salientar a necesidade de manter o seguimento do dito indicador ata a fase de avaliación de resultados, indícase a seguir que é un “indicador de resultado\*\*”.

### \*\*¿Que é un indicador de resultado?

Toda **medida simple** (unidimensional) que pode ser utilizada de forma directa para medir o cambio experimentado nun fenómeno -inicialmente descrito- tras a aplicación dun programa.

Aplícase a toda **variable susceptible de ser medida directamente**, que reflicte: o cambio entre a situación que inicialmente define a poboación destinataria dun programa e a situación que a define tras a aplicación do programa (pódese centrar en comparar os cambios observables no grao, a intensidade, a frecuencia de uso dunha droga; ou outras variables relevantes para a prevención, por exemplo: modificacións observables nos factores de risco ou protección identificados ao inicio do programa.

Neste marco, durante a fase IV da planificación dun programa, débese sinalar:

- ◆ Que indicadores de proceso se medirán cando termine o programa: recordando que deben coincidir cos utilizados para a formulación dos obxectivos.
- ◆ Que indicadores de resultados se medirán ao finalizar o programa.
- ◆ Outros posibles indicadores de impacto\*, que poderían ser de utilidade cando se valoren os resultados.

### \*¿Que se entende por impacto dun programa?

O efecto, non necesariamente esperado, potencialmente derivado do programa, no contexto global onde se enmarca a intervención. É dicir, ademais dos resultados esperados, a aplicación do programa pode ter efectos máis amplos no contexto social onde se realizou (por exemplo: incrementar a credibilidade ou a popularidade da institución que o promove; incrementar a visibilidade social dun tema ou a sensibilización social xeral respecto a el etc.).

## NA FASE IV HAI QUE TER EN CONTA:

Nesta fase desenvólvese a redacción do plan de implementación, que inclúe a especificación dos detalles teóricos, operacionais e lóxicos necesarios para orientar o traballo da aplicación.

### Para iso é preciso:

- ~ Resumir a situación de partida e xustificar por que se quere modificar.
- ~ Describir a poboación destinataria.
- ~ Definir as bases teóricas en que se sustenta o programa.
- ~ Detallar as actividades previstas.
- ~ Detallar os recursos humanos que van intervenir.
- ~ Definir responsabilidades dos distintos actores.
- ~ Detallar os custos de cada actividade.
- ~ Definir un calendario e un cronograma.
- ~ Propoñer o orzamento necesario.
- ~ Especificar as fontes de financiamento.

### FALLOS NA FASE IV COMPORTAN:

- ~ Inseguridade entre os profesionais/mediadores que deben realizar a aplicación.
- ~ Descoordinación.
- ~ Indefinición de responsabilidades e lagoas no desenvolvemento das actividades.
- ~ Ineficacia e ineficiencia.
- ~ Dilatación non desexable na implementación de actividades.
- ~ Perda de detalles clave, que poden explicar as dificultades encontradas para chegar a obter os obxectivos previstos.
- ~ Debilitación do impacto potencial.
- ~ Descrédito do sector preventivo.

## FASE V. Definición do plan de avaliación de resultados

Na 5ª e última fase do modelo lóxico para a planificación de programas débense definir que criterios se van utilizar para medir a consecución dos obxectivos marcados inicialmente: é dicir, nesta fase defínese como se valorará se se conseguiron os resultados esperados para cada obxectivo específico proposto.

Isto permitirá valorar se, unha vez analizados os resultados, se produciron os cambios esperados, se se produciron só parcialmente, se non se produciron, ou se se produciron resultados distintos aos esperados.

Cofecer estes aspectos é importante por varios motivos, entre os que destacan:

- ♦ **En primeiro lugar trátase de responder a unha exigencia profesional.** Os profesionais que desenvolven o programa deben saber se o traballo desenvolvido, os esforzos realizados e os recursos investidos conseguiron o que se pretendía.
- ♦ **En segundo lugar por que a información complementaria que proporcionan os indicadores de proceso (recollidos ao longo do desenvolvemento do programa) e os indicadores de resultados finais, permite identificar puntos débiles e é clave para reformular e mellorar o programa no futuro.** É dicir, permite facer as modificacións

necesarias para mellorar os resultados no próximo exercicio temporal do programa.

- ♦ **En terceiro lugar por responsabilidade social**, normalmente os programas preventivos desenvólvense con recursos públicos, e é responsabilidade das institucións que administran este diñeiro, saber se os investimentos realizados se están destinando ao desenvolvemento de intervencións de calidade que alcanzan os obxectivos propostos e se non os alcanzan poden identificar que modificacións se requirirán para melloralos.

## Paso 1. Redacción do plan de avaliación de resultados

Na redacción do plan de avaliación de resultados débese especificar que se realizará unha **avaliación do proceso\*** e unha **avaliación dos resultados\*\*** e, se é o caso, quen se encargará da súa realización, non só ao final da intervención senón tamén ao longo do desenvolvemento do programa.

### \*:¿Que é a avaliación de proceso?

É un método que serve para describir como se realizou o desenvolvemento do programa. É dicir, se se seguiu o plan de implementación previsto de acordo cos indicadores de proceso establecidos no plan (ver *indicador de proceso*, na fase IV).

Por medio de técnicas de avaliación cualitativa ou cuantitativa, pódese valorar se se cumpriron os indicadores previstos, e se se produciron desviacións

dalgún tipo, respecto ao plan previsto, así como identificar as causas das ditas modificacións.

Desde o inicio do plan de implementación débese prever a necesidade de realizar a avaliación de proceso, dado que os resultados de proceso axudan, en moitos casos, a clarificar e a poder interpretar mellor os resultados do programa.

Tamén se debe prever desde o comezo, que **instrumentos** se utilizarán para realizar a avaliación de proceso. En xeral son de utilidade: as fichas, os rexistros escritos ou audiovisuais de cada actividade, os informes verbais, os cuestionarios, as entrevistas etc.

### \*\*¿Que é a avaliación de resultados?

É un método que serve para saber se tras a aplicación do programa se alcanzaron os obxectivos marcados ao inicio do proceso de planificación. É dicir, se se produciron os cambios esperados e definidos inicialmente.

Dependendo do deseño de avaliación de resultados que se preveise desde o principio, poderanse establecer inferencias entre o programa e os cambios observables.

Se se definiu e realizou un **deseño experimental** controlado para a avaliación de resultados, os cambios observables poderanse atribuír ao programa.

Se polo contrario se deseñou e aplicou un deseño de avaliación **case experimental**, poderanse me-

dir os cambios observables nas variables inicialmente definidas, aínda que sen dispoñer da certeza de que os ditos cambios sexan completamente atribuíbles á aplicación do programa.

Aínda que a aplicación dun programa non se debe confundir coa realización dunha investigación, idealmente sería preferible optar pola formulación dun deseño experimental de avaliación de resultados, capaz de controlar as variables de confusión. Se isto non é posible, débese prever, polo menos, o desenvolvemento dun deseño case experimental (pretest-postest e grupo de comparación non equivalente; deseño de series temporais etc.).

Igualmente, sería desexable prever a realización da avaliación de resultados a **curto prazo** (ao finalizar o programa) e a **medio prazo** (12 meses despois da primeira avaliación de resultados).

Tanto para a avaliación de proceso como de resultados, o plan de implementación debe prever quen realizará os traballos avaliativos. Existen dúas opcións:

- ♦ **Un profesional ou equipo externo:** se se dispoñen dos recursos suficientes é a opción máis adecuada para realizar a avaliación (asegura unha maior calidade e control dos procesos, incrementa a independencia dos resultados e libera dos traballos de avaliación o equipo directamente responsable de realizar a aplicación do programa).

- ♦ **O propio equipo que desenvolve o programa:** se os recursos non o permiten, a avaliación pódese realizar internamente, pero debido a que en xeral os profesionais que aplican o programa non teñen por que ser expertos en avaliación, esta opción comporta maiores incertezas e tamén unha carga engadida ao traballo de aplicación, que se deberá ter en conta na fase II da planificación, cando se valora a capacidade e os recursos dispoñibles.

## Paso 2: Previsión dos contidos que deberá incluír o informe de resultados

As entidades e institucións que desenvolven programas preventivos están xeralmente obrigadas a presentar unha memoria periódica (xeralmente anual) de actividade, co fin de cumprir exixencias relacionadas cos procedementos administrativos e de control dos investimentos realizados con orzamentos públicos. Ao final de cada período de actividade, esta é unha actividade necesaria, que se debe incorporar á redacción do plan de implementación, especificando que informacións se incluírán na memoria.

Tal como prevé a propia aplicación informática do SAPIS, a memoria debe corresponderse cos puntos básicos descritos no plan de implementación do programa. Aínda que no momento da realización da memoria, deberán actualizarse cos datos reais derivados da aplicación do programa xa realizado. Así se consideran informacións clave que se deben incluír nunha memoria:



- a. Breve descripción da **situación inicial**.
- b. Breve **xustificación** da necesidade do programa.
- c. Descripción concisa e breve da situación e características da **poboación destinataria**, incluíndo os indicadores que se definiron.
- d. Breve descripción do **modelo teórico** en que se baseou o programa.
- e. Enunciado do **obxectivo xeral** do programa.
- f. Enunciado dos **obxectivos específicos** do programa.
- g. Breve descripción do **método de traballo** elixido para o desenvolvemento do programa.
- h. Breve descripción das actividades realizadas, e actualización de se se realizaron de acordo todas as previsións realizadas no plan de implementación.
- i. Actualización do **calendario e cronograma**.
- j. Comentarios sobre **cambios e incidencias** que hai que destacar.
- k. Informe de **avaliación**, que de acordo coas previsións sinaladas na redacción do plan de implementación, debería incluír un breve informe de:
  - ♦ Avaliación do proceso
  - ♦ Avaliación dos resultados

Deberase sinalar que en ambos os casos, os resultados que se van avaliar e incluír no informe final

deberán estar relacionados cos indicadores de proceso e de resultados sinalados no plan de avaliación previsto.

Ademais de responder a exixencias administrativas, dispoñer dun informe de realización do programa contribúe a:

- ♦ Poder valorar se, de acordo cos resultados obtidos, hai que modificar algún compoñente do programa.
- ♦ Poder axustar aspectos operativos.
- ♦ Ter a posibilidade de dar a coñecer o programa á comunidade local, profesional e/ou científica.

Para poder ser difundidos amplamente, os informes deben ser breves e conter a información máis relevante para a audiencia á cal se queira chegar (BECOÑA, E. 2003). Existen diferentes destinatarios potencialmente interesados nos resultados dun programa (organismos financiadores, responsables de planificación, xestores de plans e programas, participantes na intervención, medios de comunicación e comunidade en xeral). Non é o mesmo un informe sintético destinado aos medios de comunicación, que un relatorio nun congreso profesional, ou a redacción dun artigo nunha revista científica.

En calquera caso, a finalidade principal dun informe final debe ser presentar de forma adecuada e

sintética aspectos que axuden a comprender con facilidade: **por que se realizou o programa, como se realizou, e que resultados se obtiveron.**

### Paso 3: Previsión de como e para que se utilizarán os resultados

Unha vez explicitado que se vai avaliar, e como os resultados se presentarán no informe ou memoria final, o plan de implementación debe explicitar tamén que se prevé facer cos resultados. É dicir, sinalar:

- ◆ Como se vai utilizar a información resultante da avaliación.
- ◆ Que tipo de modificacións serían asumibles no contexto en que se realiza o programa.
- ◆ En caso de que aparezan resultados negativos, como se pensan aproveitar para mellorar o programa.

En relación co último punto, é preciso sinalar que un resultado negativo non é necesariamente un fracaso. Se se pode realizar unha adecuada avaliación de proceso, os resultados de proceso poden proporcionar información valiosa para interpretar os resultados, independentemente de se estes son os esperados ou non, e consecuentemente contribuír a mellorar a eficacia do programa no futuro.

#### **NA FASE V HAI QUE TER EN CONTA:**

Nesta fase da planificación debe quedar ben establecido o procedemento avaliativo que se aplicará desde o momento en que se inicie o programa. Isto permitirá que, ao final da aplicación, estean perfectamente definidos cales serán os indicadores que permitirán saber se se produciron cambios ou non, é dicir, que permitirán avaliar os resultados.

#### **Para iso é preciso:**

- ~ Definir claramente os indicadores que se considerarán para a avaliación de proceso.
- ~ Definir claramente os indicadores que se considerarán para a avaliación de resultados: e asegurar que son os mesmos seleccionados para os obxectivos específicos.
- ~ Explicitar o método de avaliación previsto.
- ~ Explicitar se se establece unha avaliación interna (desenvolvida polo equipo que aplica o programa), ou se prevé unha avaliación externa (desenvolvida por avaliadores especializados que non pertencen ao equipo).
- ~ Explicitar que informacións se van incorporar ao informe de avaliación.
- ~ Explicitar un plan de análise de resultados que permita suxerir modificacións ou mellorar na aplicación posterior do programa, ou en programas similares que se poidan desenvolver no futuro.

#### **FALLOS NA FASE IV COMPORTAN:**

- a) Unha perda sensible de oportunidades para:
  - ~ Medir a potencial eficacia do programa.
  - ~ Mellorar os compoñentes do programa.
  - ~ Contribuír a mellorar a eficacia desta e doutras intervencións realizadas no mesmo ámbito.
  - ~ Prestixiar as intervencións preventivas en xeral.
- b) O estancamento e a burocratización do programa.

## Bibliografía

- ACERO, A. (2004). Guía práctica para una intervención eficaz. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.
- ALONSO, C. et al. (2004). Prevención de la A a la Z. Glosario de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- ALVIRA, F. (1999). Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- ALVIRA, F. (2002). Guía para la elaboración de planes locales de prevención de las drogodependencias. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- ANTÓN, A. MARTÍNEZ, I. e SALVADOR, T. (2001). Catálogo de Programas de Prevención del Abuso de Drogas II. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- BECOÑA, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- BUKOSKI, W. (2003). The emerging science of drug abuse prevention. En: Ed.: Sloboda Z, Bukoski WJ. Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2003: 3-24.
- CENTRO DE SERVICIOS TECNOLÓXICOS (2004). Manual de usuario: Aplicación XES-API. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade.
- COMISIONADO DO PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS (2000). Manual do sistema para a avaliación de programas de prevención e incorporación social. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.
- CSAP (2001a). Prevention works. A practioner's Guide to Achieving Outcomes. Center for Substance Abuse Prevention. Rockville: SAMHSA, 2001.
- CSAP (2001b). Finding the balance: Program Fidelity and Adaptation in Substance Abuse Prevention: a State-of-the Art Review. Center for Substance Abuse Prevention. Rockville: SAMHSA, 2001
- CSAP (2002). Achieving outcomes: A practitioner's guide to effective prevention. Chapter I: Determine Prevention needs and as-

sets. Center for Substance Abuse Prevention. Rockville: SAMHSA, 2002.

- FLAY, BR. e PETRAITIS J. (2003). Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. En: Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice. Eds.: Sloboda Z e Bukski W. New york: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2003: 289-306.
- KRÖGER, C. WINTER, H. e SHAW, R. (1998). Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas. Lisboa: Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.
- MENEU, R. (2003). Algunas evidencias sobre las decisiones sanitarias. Implicaciones para la formulación de políticas. En Regidor, E. La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria. Universidad de Alicante. Murcia.
- PINEAULT, R. E DAVELUY, C (1989). La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, S.A.
- SALVADOR, T. e MARTÍNEZ, I. (1999). Catálogo de Programas de Prevención del Abuso de Drogas I. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- SCHINKE, S. e COLE, K. (2003). Prevention Program Implementation. En: Ed.: Sloboda Z, Bukoski WJ. Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2003: 575-586.
- SLOBODA, Z. e BUKOSKI, WJ. (2003). Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.



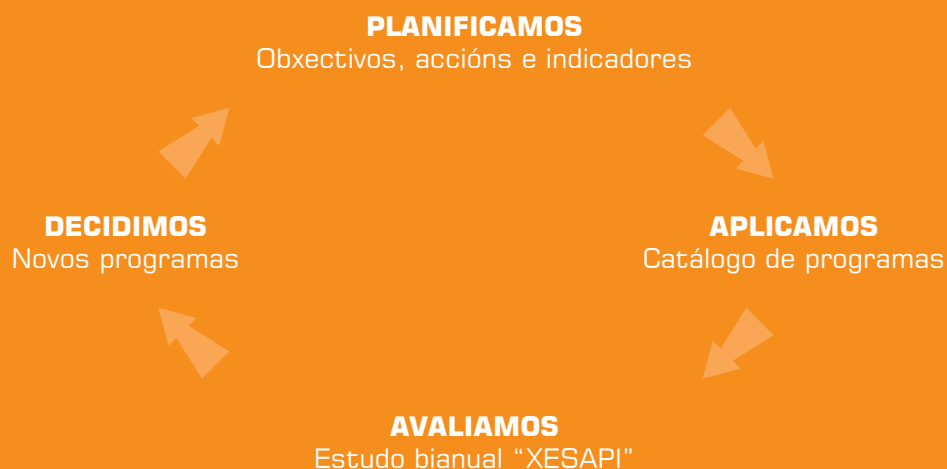
XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Subdirección Xeral  
de Saúde Mental e Drogodependencias

## Un modelo lóxico





# Guía para o desenvolvemento de estratexias de información-sensibilización



XUNTA DE GALICIA

## 1. Introducción

Os métodos utilizados polos programas de información-sensibilización enmárcanse nas actuacións de marketing social, comunicación social, campañas de comunicación pública e publicidade institucional (ou governamental). Para o seu desenvolvemento metodolóxico, estes programas deben ter en conta os seguintes aspectos:

- Identificar os factores que inciden na comunicación e permiten unha maior persuasión da mensaxe.
- Definir os criterios e as características que ten que cumprir a información transmitida polos medios de comunicación social.
- Explicar as técnicas que se empregan para a transmisión das mensaxes.
- Definir cales deben ser os contidos, en función das características do grupo destinatario.
- Adecuar todo o anterior á canle de comunicación que se vaia utilizar.

## 2. Factores que inciden na comunicación

Para deseñar un programa de información-sensibilización, sobre todo cando este pretende emitir mensaxes preventivas, cómpre contar con catro factores que poden influír na eficacia final do programa: o comunicador, a mensaxe, a canle de comunicación e o público.

### **O comunicador: ¿quen vai difundir a mensaxe?**

- Será máis crible cando pertence ao mesmo grupo que recibe as mensaxes ou teñen credibilidade ante el.
- Confíase máis naquel comunicador que non trata de persuadir o público.
- Cando se trata de propoñer valores persoais ou cambios nos estilos de vida, o comunicador que máis se pareza á poboación destinataria, maior influencia terá sobre a dita poboación.

### **O contido da mensaxe: ¿que se quere dicir?**

- A mensaxe pode ter un contido racional (datos e argumentos) ou emocional (un testemuño persoal, por exemplo).
- O primeiro enfoque funciona mellor para un público máis instruído, de mente máis analítica e socialmente comprometido.
- O segundo (contido emocional) funciona mellor con persoas indiferentes ao tema en cuestión e que non se dedicarán a esmiuzar os argumentos presentados.
- A mensaxe será máis persuasiva se se asocia con ideas positivas ou que enfatizan, sinalan ou apuntan a sentirse ben.
- O recurso ao medo é un tema controvertido. Cando na mensaxe se incrementa o medo e non se ofrecen estratexias eficaces para diminuílo,



a mensaxe non será eficaz. A mensaxe non é máis eficaz por recorrer ao medo, senón pola presentación específica, definida e concreta, é dicir, pola viveza da mensaxe (MYERS, DG. 1991).

- Unha mensaxe extrema non é eficaz cando os receptores manteñen posturas moi arraigadas (por exemplo: fumadores con alta dependencia e moi combativos).

### **A canle de comunicación: ¿con que se vai transmitir a mensaxe?**

- A mensaxe debe atraer a atención, ser comprensible, crible, persuasiva, memorable e que mova á acción.
- O poder dos medios de comunicación é maior para cuestións sen importancia, pero para cuestións complexas (cambios do estilo de vida) poden contribuír só parcialmente a persuadir as persoas destinatarias.
- As mensaxes preventivas só provocan cambios nos estilos de vida se van acompañadas, á parte de información nos medios de comunicación social, de contacto persoal con profesionais que traballan no mesmo programa.
- A persuasión é maior cando se presenta a información “en vivo” que cando se presenta gravada (TV ou vídeo) ou cando se presenta escrita (carteis). Pero ningún medio é excluínte: o mellor sería presentar a información das tres formas.

### **O público: ¿a quen vai dirixida a información?**

A definición da poboación diana é fundamental nos programas de información. neste sentido é preciso ter en conta algunhas variables para o deseño das intervencións:

- ♦ Idade da poboación obxectivo: implica adaptar a nosa linguaxe ao seu período evolutivo, é dicir, se a información vai dirixida a adolescentes non podemos utilizar un ton paternal ou maxistral na presentación dos contidos, debendo utilizarse estilos menos directivos.
- ♦ Xénero: ter en conta as diferenzas entre homes e mulleres no que respecta ao consumo de drogas.
- ♦ Situación familiar: familias que dispoñen de estratexias de xestión e control familiar adecuadas e manteñen unha actitude crítica ante os consumos de drogas requiren unha estratexia baseada na transmisión da información sobre os efectos das substancias psicoactivas. Pola súa parte, familias cunha baixa percepción do risco necesitan, primeiro, mensaxes capaces de incrementar esta percepción e, despois, estarán máis preparadas para recibir información sobre os efectos das drogas.
- ♦ Nivel educativo: a maior nivel educativo maior capacidade para analizar e assimilar

a información. No caso inverso, utilizarase unha linguaxe máis accesible e coidaranse os aspectos formais que incrementen a capacidade didáctica das mensaxes. Cando o público está moi compenetrado con algún problema, ten unha maior tendencia a pensar na mensaxe. Cando o público non está interesado, guíase por pistas periféricas (atractivo do comunicador, atractivo/estilo das imaxes etc.).

- ◆ Diferenzas culturais: as mensaxes incrementan a súa eficacia se son sensibles aos valores e referentes culturais da poboación destinataria, se teñen en conta o idioma básico que esta poboación utiliza para a súa comunicación cotiá etc.
- ◆ Pautas de consumo: sobre todo no caso das drogas legais, é necesario valorar se a poboación diana mantén pautas de abstinencia, de consumo moderado, ou de consumo abusivo. De acordo con isto, o obxectivo de programa informativo varía; por exemplo, en caso das poboacións cun consumo abusivo de alcohol, os obxectivos pódense dirixir a reducir o dano e despois a reforzar o consumo normalizado.
- ◆ Nivel de risco: as poboacións que se encontran en situacións de alto risco requiren intervencións que teñan en conta esta situación (internados en centros de reforma, residencias de menores etc.).
- ◆ Motivacións subxectivas que promoven o uso de substancias psicoactivas: é necesario saber que función cumpren as distintas drogas na vida das persoas que as consomen. Por exemplo, durante a adolescencia, o uso do alcohol parece estar asociado con aspectos de: sabor, diversión e pracer obtido, evasión dos problemas persoais e superación da timidez ou dificultades de relación (PALMGREEN, P. et al., 2001).
- ◆ Coñecementos previos: é necesario saber o grao de coñecemento previo que ten a poboación diana sobre as substancias e o seu consumo. Nunca se debe dar por suposto que a poboación diana ten moitos ou poucos coñecementos, ou que está moi ou nada interesada no tema. Esta información previa ten que estar presente no momento do deseño do programa para adaptar os contidos á poboación. De non ser así, a probabilidade de fracaso do programa é moi alta.
- ◆ Percepción do risco: os datos achegados por recentes enquisas indican que durante os últimos anos se produciu unha sensible diminución da percepción do risco na xente nova. Especialmente no relacionado co consumo de alcohol e o uso de cannabis, dado que a percepción do risco é unha variable moi relacionada co consumo, calquera programa de información e sensibilización debe promover o incremento da

percepción do risco asociada ao uso de cada unha das substancias psicoactivas, independentemente da súa situación legal ou outras variables.

- ◆ Argumentos da poboación destinataria para xustificar as condutas de risco: coñecer, antes de iniciar o programa, que argumentos son utilizados para xustificar o consumo, é moi útil para poñer en cuestión eses argumentos. Entre os argumentos máis frecuentes identificáronse (PALMERÍN, A. 2003) os seguintes:
  - ▭ “*Gústame correr riscos, a vida sen riscos non paga a pena*”.
  - ▭ “*Sempre hai riscos na vida, son inevitables*”.
  - ▭ “*Consumo para solucionar os meus problemas*”.
  - ▭ “*O perigo non está na droga, está na adulteración, o que eu tomo é bo*”.
  - ▭ “*As drogas dan pracer*”.
  - ▭ “*Tomar drogas vai contra o sistema*”.
  - ▭ “*Eu controlo, podoo deixalo cando queira*”.
  - ▭ “*Os perigos son exaxerados. Moita xente toma drogas e non pasa nada*”.
- ◆ Avaliar a percepción que ten a poboación receptora das estratexias preventivas: ás ve-

ces a transmisión da información pode ser interpretada como intrusiva e manipuladora, sendo máis fiable a información dada polo grupo de iguais ou a obtida pola propia experiencia.

### 3. Características e criterios de calidade da información emitida

A información que se proporcione aos medios de comunicación social sobre as diferentes drogas e as consecuencias do uso e abuso de cada substancia psicoactiva, debe ser: clara, rigorosa e contrastada. Tamén deberá salientar as consecuencias positivas de estilos de vida libres do uso de drogas, así como promover o desenvolvemento de alternativas saudables ao consumo.

Algunhas suxestións que se deben ter en conta á hora de transmitir mensaxes preventivas a través dos medios de comunicación (MARTÍNEZ, I. et al. 2000, SOWDEN, ARBLASTER e STEAD, 2000, EUROPEAN COMMISSION, 2003) son as seguintes:

- ◆ Reflectir de maneira contundente que a abstinencia do consumo de alcohol, tabaco e outras drogas é unha opción normal e a máis común entre a poboación xeral.
- ◆ Asegurarse de que as mensaxes que se emiten sexan sensibles ás necesidades e ás peculiaridades culturais do público a que van dirixidas.

- ◆ Transmitir ao público información útil e exemplos de actuacións que resultaron positivas, para posibilitar que os mediadores sociais, profesores e pais, se consideren parte implicada para afrontar adecuadamente os problemas relacionados coas drogas.
- ◆ Non utilizar persoas ex-alcohólicas ou persoas que superaron situacións de adicción ás drogas como modelos, máis aínda cando son famosos, xa que esta información nos máis novos é interpretada como “se esta persoa consumiu eu tamén podo facelo” ou “tomar drogas forma parte da vida dun famoso/a para triunfar”.
- ◆ Facilitar espazos de emisión para as mensaxes e informacións que apoien as actividades de prevención do consumo de drogas.
- ◆ Reservar espazos para que os responsables da prevención sobre drogas presenten nos medios de comunicación social temas relacionados cos problemas de alcohol, tabaco e outras drogas.
- ◆ Promover a eliminación de espazos e actuacións promotoras de alcohol e tabaco, evitando así dar mensaxes ambivalentes e pouco coherentes.
- ◆ Colaborar cos grupos de prevención locais, autonómicos e nacionais ofrecéndolles apoio nas súas actividades de información e relacións cos medios.
- ◆ Colaborar con sindicatos e empresarios para promover a difusión do coñecemento dos riscos potenciais que o alcohol, tabaco e outras drogas xeran en calquera actividade laboral (absentismo, perda de produtividade, inseguridade, erros e enfermidades).
- ◆ Promover o incremento da sensibilización pública sobre a relación entre consumo de alcohol e outras drogas coas enfermidades de transmisión sexual.
- ◆ Evitar o apoio a profesionais dos medios de comunicación e do mundo do espectáculo que se presentan como grandes fumadores ou bebedores, destacando no seu lugar, os que manteñen estilos de vida saudables. Neste contexto pode ser útil informar das perdas de saúde e mortes prematuras sufridas por famosos consumidores de drogas.

## 4. Técnicas informativas

As técnicas que se poden empregar ou as canles polas que se emite a información, poden ser:

### Folletos

Constitúen un soporte sinxelo e eficaz para presentar a información e pódense utilizar en calquera tipo de medio e poboación.

### Vantaxes:

- ◆ Información perdurable e que se pode volver revisar.

- ◆ Impacto elevado polas súas posibilidades de deseño.
- ◆ Gran adaptabilidade ao público destinatario.

## Desvantaxes:

- ◆ Eficacia limitada cando é o único recurso que se emprega nunha intervención preventiva.
- ◆ Ofrecen a información dun modo unidireccional, sen que se reciba reacción sobre o impacto causado.

En xeral, os folletos son moi eficaces como apoio ás intervencións onde se produce un contacto directo co público; por exemplo, nunha conferencia ou nun curso. O profesional ou mediador clarifica, amplía e contrasta a información contida no folleto. Sería desexable contar cunha mostra representativa do grupo diana que participe, se é posible, no seu deseño, valoración e avaliación.

## Follas ou “flyers”

Trátase de follas ou cuartillas que serven de soporte para dar publicidade a eventos preventivos, culturais, musicais, deportivos etc. Conteñen menos información que os folletos, pero esta é presentada coidando ao máximo a estética e o deseño. As vantaxes e inconvenientes son parecidos aos dos folletos.

## Carteis ou pósteres

Son menos utilizados que os anteriores. Utilízanse case exclusivamente no marco de campañas de difusión xeral de carácter institucional.

## Vantaxes:

- ◆ Co deseño adecuado poden chegar a medios moi dispares: fogar, escola, empresas etc.

## Desvantaxes:

- ◆ Eficacia limitada cando son o único recurso.
- ◆ Información unidireccional.

## Calendarios e axendas

Presentan as mensaxes preventivas inseridas nuns soportes que resultan prácticos.

## Vantaxes:

- ◆ Moi eficaces para facer perdurable a información.

## Desvantaxes:

- ◆ Adoita ser un material caro.
- ◆ Require unha validación previa para a súa adecuación ao grupo diana.

## Material publicitario

Permite transmitir mensaxes ou ideas a través de obxectos de uso frecuente (camisetas, gorras, adhesivos, bolígrafos etc.). Soamente permiten unha pequena frase ou slogan. Teñen utilidade, sobre todo, na fase de sensibilización do programa ou na presentación dunha campaña.

## Vantaxes:

- ◆ Incrementan a sensibilización no marco dunha intervención preventiva.

## Desvantaxes:

- ◆ Custo do material.

## CD ROM

A información preséntase dun modo atractivo, exhaustivo, duradeiro e permite a interactividade entre o emisor e o receptor. Son moi útiles para a súa utilización no ámbito familiar e escolar e tamén en contextos de ocio nocturno, como por exemplo os cibercafés.

## Vantaxes:

- ◆ Presentación da información de maneira lúdica e divertida.

## Desvantaxes:

- ◆ Requiren a dispoñibilidade de equipamentos informáticos, así como tempo para a súa utilización por parte do receptor.
- ◆ Información unidireccional.

## A internet

É a principal fonte de información a que recorre a mocidade actualmente. A información pódese encontrar en distintos formatos:

- ◆ Contidos web: son páxinas en formato html onde a información non se pode manipular, pero si descargar no ordenador ou imprimir, e que ofrecen a posibilidade de ofrecer un correo de contacto cos autores da páxina. Os contidos pódense actualizar polo webmaster, incluso varias veces ao día.

- ◆ Foros de discusión: son lugares onde os internautas intercambian opinións sobre un tema específico. Contan cun moderador que filtra, axuda e media nos posibles problemas que poidan aparecer no foro. Son moi útiles para resolver preguntas e aprender dun tema do que se descoñeza case todo, preservando paralelamente o anonimato dos usuarios.
- ◆ Listas de correo e correo electrónico: recíbense e envíanse informacións moi rápidas de máxima actualidade (noticias, datas de cursos, eventos etc.).

## Vantaxes:

- ◆ A información é bidireccional, pódense facer preguntas, contestar dúbidas, comentarios etc.
- ◆ Acceso case ilimitado desde calquera parte do mundo e a calquera hora.

## Desvantaxes:

- ◆ Requiren que o usuario dispoña dun equipamento informático e conexión á internet.
- ◆ A elaboración de contidos web require persoal especializado.
- ◆ Existe aínda pouca presenza na rede das institucións e asociacións.

## Vídeos e DVD

O material preventivo en formato vídeo ou DVD pode empregarse en ámbitos tan dispares como

son os de ocio, escolas e fogares. No primeiro caso proxéctase o vídeo nas salas e discotecas cunha información curta e abraiante. Na escola ou no fogar, o vídeo pode ter máis duración e dar unha información maior para un visionamento en conxunto de mediadores e destinatarios.

## Programas de radio e televisión

Os programas poden ser utilizados para a transmisión de información preventiva, tal como se fai noutros ámbitos da saúde cuns contidos específicos. Tamén pode inserirse información preventiva en programas de radio ou televisión especializados en audiencias xuvenís (programas musicais etc.).

## Obras de teatro, cine, series, documentais

Estes formatos poden empregar a información de dúas formas:

- ◆ Utilizando o seu contido con formato da técnica do videoforum.
- ◆ Introducendo a información dentro do guiión presentando un modelo da conduta que se quere introducir ou aumentar a súa frecuencia.

Tamén a difusión de documentais informativos constitúe unha boa estratexia, aínda que os custos de produción a fan pouco viable.

## Revistas e outras publicacións

Empréganse tamén, como no caso anterior, de dúas formas:

- ◆ Seccións específicas con contidos sobre saúde, consultorio etc.
- ◆ Revistas especializadas para públicos concretos.

## Mobiliario urbano (marquesiñas e paneis publicitarios)

Permiten dar visibilidade ás campañas de sensibilización dirixidas á poboación xeral. Facilitan a difusión dunha información reducida en formato slogan.

## 5. Criterios de utilización dos materiais informativos e de sensibilización

O deseño dunha estratexia informativa ten que contar cunhas condicións previas moi concretas, como son:

- ◆ A poboación a que vai dirixida a intervención.
- ◆ A mensaxe que se quere difundir.
- ◆ A canle ou técnica que se vai empregar, o emisor etc. Isto fai imposible establecer, a priori, un cartel, tríptico ou estratexia estándar para difundir a información.

Ademais, pódense establecer criterios de calidade sobre contidos e estilos que optimizan os resultados.

## 6. Criterios de calidade dos materiais destinados aos programas de prevención de drogodependencias

Os materiais que se utilicen nos programas de prevención deben cumprir unha serie de criterios para ser eficaces e optimizar os seus resultados (PALMERÍN, A. 2003):

- ◆ Contar cun marco teórico preventivo en que sustentar os seus obxectivos, condicións xerais de aplicación, características dos destinatarios, idade, nivel sociocultural etc.
- ◆ Tipificalos en función dos obxectivos, contidos e actividades. A súa estrutura será coherente co marco de actuacións de prevención de que forman parte.
- ◆ Temporalizar a súa utilización, asegurando a duración necesaria para poder alcanzar os obxectivos que se perseguen.
- ◆ Asegurar os mecanismos de mantemento e reforzo dos resultados obtidos.
- ◆ Non recorrer a imaxes relacionadas co consumo e, especialmente, evitar a utilización de información sobre procedementos de adquisición e uso de drogas.
- ◆ Os contidos estarán actualizados. Basearanse nos resultados da investigación, e se o tipo de material o permite, recollerán re-

ferencias sobre a evidencia dispoñible para cada afirmación, así como información completa sobre institucións e ámbitos de información e axuda complementarios.

- ◆ Os contidos sinalarán, de acordo coa información científica dispoñible, ata que punto as drogodependencias son prexudiciais, individual e socialmente.
- ◆ Os materiais dedicados a difundir unha actividade ou programa preventivo, incluírán, se procede, os resultados dos ditos programas.

## 7. Estilo das mensaxes

No que respecta ao estilo das mensaxes, as principais recomendacións que hai que ter presentes son (PALMERÍN, A. 2003, EUROPEAN COMMISSION, 2003):

- ◆ Evitar magnificar situacións. Darlle aos consumos dunha substancia (por exemplo, o éxtase) unha importancia maior da que ten, provoca perda de credibilidade na fonte emisora da mensaxe, nula eficacia das mensaxes, desvío da atención, vai en detrimento dos recursos que se deberían asignar á abordaxe de problemas máis prioritarios e reforza crenzas falsas en relación co tema que se está tratando (“por exemplo: “toda a xente da miña idade toma pastillas”).
- ◆ Non estigmatizar. Evitar connotacións indeseables que reforzan os estereotipos do



discurso social en relación coas drogodependencias e coas persoas consumidoras de drogas. Hai que evitar falar “da droga”, como se todos os problemas relacionados coas drogas tivesen a súa orixe nunha soa substancia. Tamén é necesario evitar a utilización de imaxes estereotipadas asociadas ao uso de drogas: xiringas, delincuentes, suburbios etc.

- ◆ Utilizar mensaxes que sexan compatibles coa experiencia do receptor, incluíndo, se é o caso, a referencia a aspectos funcionais do consumo.
  - ◆ Utilizar unha linguaxe sinxela e adaptada á linguaxe do receptor, evitando tanto a xerga técnica como o argot que empregan os toxicómanos ou os novos.
  - ◆ Utilizar frases curtas de forma que cada unha conteña unha idea. Evitar ao mesmo tempo a emisión de varias ideas de forma simultánea.
  - ◆ Enunciar as ideas en positivo, dado que non provocan rexeitamento e favorecen a comprensión e o recordo das mensaxes.
  - ◆ Utilizar a retransca, o humor, facer rir, ou sorrir, pero sen banalizar o contido.
  - ◆ Apoiarse en exemplos próximos e en pequenas fábulas ou historias próximas ao que pode estar vivindo a poboación destinataria.
- ◆ Presentar as mensaxes de forma nova.
  - ◆ Buscar a participación activa do receptor, sobre todo naquelas canles que permiten a interactividade.
  - ◆ Suscitar un estado emocional previo á difusión da mensaxe. Certa publicidade emprega anuncios en paneis publicitarios ou televisións dun modo enigmático para máis adiante presentar os contidos.
  - ◆ Ordenar e categorizar a información, comunicando primeiro o máis importante (efecto de primacía), e tamén facer un pequeno resumo enfático no final.
  - ◆ Equilibrar os contidos. A información cando contén un compoñente de ameaza (no caso de que o obxectivo sexa o incremento da percepción do risco) ten que ter un punto de equilibrio, unha ameaza elevada provoca unha resposta de rexeitamento ou defensiva, debido a isto a persoa que debe ser a receptora da mensaxe nin tan sequera a chega a procesar. Polo contrario, se a información non é suficientemente intensa, non provoca a atención dos receptores.
  - ◆ Ofrecer saídas. Cando se presenta unha información ameazante tamén é necesario dar información sobre as condutas que as persoas poden adoptar para evitar dun modo eficaz esa ameaza. Trátase, en definitiva, de promover o desenvolvemento de estilos de vida saudables.

- ◆ Asegurar a credibilidade. a información sobre riscos debe ser crible e relevante para os receptores das mensaxes. Débense evitar as mensaxes manipuladoras, parciais, interesadas, incongruentes e incompatibles coas experiencias do consumidor, porque provocan rexeitamento e destrúen a credibilidade do comunicador. A información ameazante é incompatible coa información que se centra en aspectos positivos inherentes a estilos de vida libres do uso de drogas.

## 8. Actividades propostas

As actividades informativas e de sensibilización poden ser moitas e moi variadas, entre todas as posibles, cabe destacar os tipos de actividades sinaladas a continuación.

En xeral, e como premisa básica, calquera concello ou institución que desenvolva un programa de influencia social (información/sensibilización), debe cumprir uns criterios básicos comúns a todos os programas de prevención de calidade (DXPNSSD, 1997):

- ◆ Partir dunha valoración previa de necesidades.
- ◆ Cumprir unhas exixencias metodolóxicas na súa planificación.
- ◆ Estar baseado en teorías contrastadas.

A partir destas tres premisas básicas, pódese suxeirir o desenvolvemento dunha ou varias das actividades presentadas a continuación.

## a) Campañas de comunicación social

Debido á complexidade e ao seu alto custo, as campañas publicitarias que se realicen, teñen que cumprir unha serie de requisitos para asegurar a súa eficacia. Unha campaña pouco elaborada non só non é eficaz senón que pode ter un efecto contrapreventivo. Neste marco, débese ter en conta que (EXPÓSITO, M. 1995):

- ◆ Será difícil que unha campaña illada poida producir unha diminución do consumo de calquera droga.
- ◆ As campañas son eficaces cando están acompañadas doutro tipo de intervencións: contactos interpersoais, escolas de pais e nais, regulacións lexislativas etc.
- ◆ As campañas que funcionan teñen en común, ademais, as seguintes características:
  - ▭ Parten do coñecemento perfecto da poboación diana.
  - ▭ Desenvólvense de acordo cos principios de planificación sistemática.
  - ▭ Prevéñ unha avaliación continuada.
  - ▭ Son complementarias con outro tipo de intervencións.
  - ▭ Adécuanse á canle máis idónea para cada audiencia.

A meta das campañas de marketing é a promoción de estilos de vida máis saudables, ou a modifica-

ción de comportamentos prexudiciais para o benestar individual e colectivo. Polo tanto teñen que actuar en tres niveis:

- ◆ Sobre os coñecementos.
- ◆ Sobre as opinións.
- ◆ Sobre os comportamentos individuais ou colectivos.

Os dous primeiros niveis requiren dos medios de comunicación social, non obstante, o cambio de conduta é máis difícil. Algo moi necesario é a continuidade das mensaxes e que estas sexan convincentes e persuasivas.

As principais recomendacións (PALMERÍN, A. 2003, EUROPEAN COMMISSION, 2003) en canto aos contidos son:

- ◆ Definir claramente a mensaxe que queremos transmitir: non uso ou non abuso, segundo a substancia e as características da poboación destinataria.
- ◆ Dentro do ámbito comunitario, os contidos teñen que ser o máis concretos e significativos posible para a poboación diana.
- ◆ Non estandarizar as mensaxes, tendo en conta as características da poboación:
  - A demanda do grupo diana.
  - Os destinatarios deberían participar como apoio dos creadores dos contidos.

- O grao e o tipo de risco soportado polo grupo destinatario.
- Análise do patrón de consumo nese grupo (indicadores de consumo).
- Idade e factores culturais (indicadores sociodemográficos e culturais).
- Importancia do consumo de drogas legais e ilegais nas súas actividades e consecuencias percibidas do consumo.
- ◆ Avaliar outras variables alleas á poboación: obxectivos do programa, canle de transmisión e duración do programa.
- ◆ Temas xerais que se desenvolverán:
  - Informar dos efectos do consumo de drogas legais e ilegais e as súas consecuencias sobre a saúde e o benestar de cada persoa.
  - Cuestionar o estereotipo de “normalidade” no consumo e sinalar a súa influencia cultural.
  - Explicar as diferenzas entre uso, abuso e dependencia.
  - Informar sobre estratexias para manter un uso responsable do alcohol, e só cando as mensaxes van dirixidas a poboacións que xa consomen.
  - Ofrecer información sobre a rede de prevención e asistencia ás drogodependencias e os servizos de saúde.

- Sinalar os factores que inflúen na toma de decisións: influencia do grupo de iguais, persoas significativas, os intereses económicos das empresas produtoras e distribuidoras de drogas etc.
- Ofrecer normas de actuación en caso de intoxicación, evitando posicións alarmistas.
- Desmitificar crenzas erróneas.

## **b) Campañas de difusión dos recursos preventivos existentes**

A intención desta actividade de información é presentar o desenvolvemento de programas preventivos.

Os equipos de prevención poderán informar da existencia do programa e situación dos recursos e servizos utilizando como ferramentas de difusión:

- A colaboración de mediadores: asociacións xuvenís, deportivas, de pais/nais, que traballen o ámbito das drogodependencias, empresarios, sindicatos e/ou calquera outro mediador significativo dentro da comunidade que poida transmitir información sobre a existencia e funcionamento dos programas e servizos existentes.
- Profesionais do ámbito sociosanitario-educativo.
- Medios de comunicación.

- Prensa escrita e medios audiovisuais.
- Campañas informativas.

Para presentar o servizo de prevención farase inicialmente unha toma de contacto telefónico con todos os recursos susceptibles de colaborar co servizo, para programar posteriormente unha reunión conxunta presencial en que se explicará con maior amplitude o seu funcionamento. Unha vez realizada esta presentación por sectores, realizarase unha presentación a toda a poboación, a través dos medios de comunicación, reforzando posteriormente, se procede, estas actividades con outros recursos informativos que poidan favorecer a consecución dos obxectivos previstos, como poden ser:

- ♦ Un díptico, panel informativo, cartel ou similar, en que conste o organigrama do servizo e os programas que se desenvolven nel, tales como: a denominación do programa, o seu ámbito de intervención (escolar, familiar etc.), a súa cobertura, o profesional responsable del, o teléfono de contacto e/ou correo electrónico, os seus obxectivos, actividades, carteira de servizos, resumo da memoria anual, programación prevista, organigrama, dependencia funcional e orgánica, entidades que os financian e/ou colaboradoras e calquera outra información que poida ser de interese para a poboación destinataria (ANEXO I).

- ◆ Unha convocatoria aos medios de comunicación (prensa escrita e medios audiovisuais) para que poidan transmitir información sobre: a localización do servizo de prevención, os seus recursos materiais e humanos, os programas de prevención, a poboación a que van dirixidos os programas, os obxectivos que se pretenden, as actividades previstas e os resultados obtidos, cando se trate de programas xa completados.

É recomendable establecer lazos de contacto e cooperación estable cos profesionais dos medios de comunicación, posto que o seu traballo ten un grande impacto social, unha cobertura potencial importante e dispoñen de credibilidade, sobre todo entre os novos.

### **c) Campañas de difusión da lexislación vixente**

É importante que os distintos grupos de poboación, final ou mediadora, coñezan a lexislación relacionada coas drogas e o seu uso, así como as razóns que sustentan a adopción de cada medida lexislativa.

A información sobre medidas lexislativas ten que facer referencia ao mencionado na Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas e o anteproxecto de Lei integral en materia de drogodependencias e outros trastornos adictivos, así como na Lei 28/2005, de medidas sanitarias fronte ao tabaquismo e reguladora da venda, a subministración, o consumo e a publicidade dos produtos do tabaco. Por outra

parte, deberase dar a coñecer información sobre a lexislación vixente en materia de publicidade e promoción, subministración, venda e consumo de drogas.

A nivel local, unha referencia importante é o modelo de ordenanza reguladora do consumo indebido de bebidas alcohólicas da Federación Española de Municipios.

A oferta de drogas é un dos factores promotores do consumo, polo que é necesario elaborar material informativo escrito, que oriente os distintos grupos sociais sobre a normativa de venda, consumo e publicidade de alcohol e tabaco.

Para a distribución destes materiais contárase cos recursos humanos propios do servizo de prevención e outros recursos humanos que faciliten a distribución da normativa: persoal dos concellos (bedeis, notificadores e outros mediadores significativos, enlaces sindicais, responsables de saúde laboral, médicos de empresa, presidentes de PEMES).

Tamén é importante enviar materiais informativos a todos os medios de comunicación, publicistas e deseñadores gráficos da normativa vixente sobre venda, consumo e publicidade de alcohol e tabaco; a estes profesionais é-lles útil manterse actualizados sobre a normativa relacionada coas drogas que pode afectar o seu traballo. Deberase levar un rexistro dos materiais informativos distribuídos no que, ademais dos referidos á normativa sobre ven-

da, consumo e publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco, se inclúan todos os materiais de soporte utilizados nos diferentes programas de prevención (ANEXO II).

Outra vía útil para asegurar que todos os grupos profesionais suxeitos á lexislación vixente coñecen as súas responsabilidades, é a organización de cursos específicos para empresarios de establecementos que venden alcohol e tabaco, profesionais dos medios de comunicación e forzas de seguridade, cos que se abordarán os contidos que melloren a súa función como mediadores en prevención e para asegurar o seguimento das medidas de protección e control.

## d) Folletos

A elaboración destes materiais require os seguintes pasos:

1º. Definición da mensaxe: non uso ou non abuso. Como referencia pódense tomar os folletos da campaña continuada sobre o alcohol, éxtase, cannabis e cocaína da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.



2º. Dentro do ámbito comunitario a definición da mensaxe debe ser significativa e conter elementos que fagan referencia a esa poboación.

3º. Análise exhaustiva da poboación:

- ▭ Cómpre coñecer a demanda da poboación: exemplo, ¿demándase un aumento da percepción de risco ou unha diminución do dano?
- ▭ Facer os receptores dos materiais, partícipes do proceso de creación e selección

dos contidos, por medio de grupos de discusión, concurso de ideas etc.

- ↪ Analizar o patrón de consumo na poboación obxectivo.
- ↪ Ter en conta a idade para adaptar a linguaxe e a estética ao grupo diana, así como ter en conta as diferenzas culturais (idioma, cultura de procedencia etc.).

4°. Análise doutras variables: o material debe ser coherente cos obxectivos do programa, co modelo teórico, coa canle de transmisión, coa duración do programa.

5°. Temas xerais que se desenvolverán:

- ↪ Informar dos efectos do consumo de drogas legais e ilegais e as súas consecuencias sobre a saúde e o benestar de cada persoa.
- ↪ Cuestionar o estereotipo de “normalidade” no consumo e sinalar a súa influencia cultural.
- ↪ Explicar as diferenzas entre uso, abuso e dependencia.
- ↪ Informar sobre estratexias para manter un uso responsable do alcohol, só cando as mensaxes van dirixidas a poboacións que xa consomen.
- ↪ Ofrecer información sobre a rede de prevención e asistencia ás drogodependencias e dos servizos de saúde.

- ↪ Sinalar os factores que inflúen na toma de decisións: influencia do grupo de iguais, persoas significativas, os intereses económicos das empresas produtoras e distribuidoras de drogas etc.
- ↪ Ofrecer normas de actuación en caso de intoxicación, evitando posicións alarmistas.
- ↪ Desmitificar crenzas erróneas.

## e) Intervencións en prensa, radio e televisión

Esta estratexia resulta moi accesible para os concellos e pequenas asociacións que desexen intervir cos medios de comunicación social do seu contorno.

Presenta a vantaxe de que a prensa, televisión e radios locais tamén necesitan contidos cos que encher as súas franxas horarias.

As intervencións poden incluír:

- ◆ Unha aparición puntual.
- ◆ Inclusión dunha mensaxe radiofónica ou dun anuncio televisivo.
- ◆ Un espazo semanal, quincenal ou mensual de contidos específicos sobre drogodependencias.
- ◆ Colaboracións máis amplas que inclúan, a parte dos medios de comunicación social locais, centros educativos e concellos.



Abundando neste último punto, existen algunhas experiencias moi frutíferas de colaboración entre equipos de prevención, institutos de secundaria e profesionais da prensa, radio e televisión locais. O obxectivo é ter unha sección ou programa xuvenil feito integramente pola xente nova da zona para ser publicado ou emitido neses medios.

As mozas e os mozos deseñan desde o logotipo ata os escenarios onde se gravan os programas e, por suposto, os contidos, seguindo as indicacións do técnico de prevención. A información preventiva presentárase como artigo, entrevista, anuncio televisivo ou mensaxe radiofónica. Tamén se poden preparar reportaxes específicas sobre drogodependencias feitos polos propios participantes.

## f) Guías de información

Trátase de ofrecerlle á poboación destinataria recursos documentados que conteñen información contrastada e baseada na evidencia científica sobre as distintas substancias psicoactivas, as súas consecuencias, e os mitos existentes sobre cada unha delas. Esta información debe estar adaptada ás características culturais, de idade, xénero e outras circunstancias que definan a situación de cada grupo destinatario.

Por iso, a elaboración deste material require os seguintes pasos:

1. Definir os obxectivos relacionados cos contidos. Hai que responder a seguinte pregunta: ¿sobre que se quere informar?

2. Asegurar a relevancia dos contidos para a poboación destinataria. Dentro do ámbito comunitario os contidos deben ser relevantes para a poboación xeral ou para o grupo específico a que se queira chegar.
3. Coñecer a situación de partida en que se encontra a poboación destinataria. Este paso require unha análise exhaustiva da poboación:
  - ♦ Analizar o patrón de consumo na poboación obxectivo, así como factores de risco presentes.
  - ♦ Valorar a demanda da poboación e equilibrala cos obxectivos preventivos que se marcan no programa: por exemplo, ¿demándase un aumento da percepción de risco ou unha diminución do dano? ¿requírese conseguir un aumento da percepción de risco ou unha diminución do dano, ou os dous aspectos á vez?
  - ♦ Facer partícipes os receptores dos materiais do proceso de creación e selección de contidos, mediante grupos de discusión ou concursos de ideas.
  - ♦ Ter en conta a idade para adaptar a linguaxe e a estética ao grupo diana, así como ter en conta as diferenzas culturais.
4. Analizar outras variables. O material debe ser coherente cos obxectivos do programa, co modelo teórico adoptado, coa canle de transmisión, e coa duración do programa.



5. Ter en conta os temas xerais que se desenvolverán, entre outros:

- Consumo de drogas legais e ilegais e as súas consecuencias.
- Estereotipo de “normalidade” no consumo e que influencia ten.
- Diferenzas entre uso, abuso e dependencia.
- Estratexias para implantar un uso responsable no caso do alcohol, e sempre entre poboación consumidora.
- Consumo de drogas e outras condutas asociadas.
- Información sobre a rede de prevención e asistencia ás drogodependencias e dos servizos de saúde.
- Toma de decisións: influencia do grupo de iguais, persoas significativas e influencia da publicidade e outras estratexias de promoción.
- Normas de actuación en caso de intoxicación.
- Desmitificación de crenzas erróneas.

## g) Concursos e exposicións de carteis

Esta actividade é moi adecuada para ser desenvolvida no ámbito escolar. En colaboración cos educadores, e seguindo os criterios de presentación da información, pódense facer concursos de

carteis respecto ás drogas e ás drogodependencias, así como respecto ás condutas adictivas en xeral. Esta actividade permite a posterior exposición dos traballos presentados. É unha intervención sinxela, sen altos custos e que resulta interesante para os participantes.

Os riscos de que a actividade poida ser contrapreventiva son considerables, xa que case toda a actividade recae sobre mediadores (xeralmente mestres). Por iso, é importante insistir no estilo das mensaxes e en considerar as características da poboación receptora, tendo en conta os ciclos educativos e os contidos que se deben aplicar en cada etapa.

## 15. Bibliografía

- EUROPEAN COMMISSION (2003). Recommendations of the European Conference: Tobacco, Youth Prevention and Communication. Rome, 13-15 de November, 2003.
- EXPÓSITO, M. (1995). Campañas de marketing social en drogodependencias. Experiencias extranxeras. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- MARTÍNEZ, I. et al. (2000). Medios de comunicación y drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Ministerio del Interior.
- MYERS, D.G. (1991). Psicología Social. Madrid: Editorial Panamericana.

- PALMERÍN, A. (2003). Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- PALMGREEN, P. et al. (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: tests of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health*, 2001; 91(2):292–296.
- DGPNSD (1997). Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Ministerio del Interior.
- SOWDEN, A, ARBLASTER, L. e STEAD, L. (2000). Community interventions for preventing smoking in young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD001291. DOI: 10.1002/14651858.CD001291.

## ANEXO I: ORIENTACIONES PARA A REALIZACIÓN DUN PANEL INFORMATIVO

1. Cartel tipo: queda aberto a calquera tipo de deseño e formato.
2. No cartel plasmarase:
  - ♦ Organigrama do recurso.
  - ♦ Programas que se ofertan.
  - ♦ Área de influencia.
3. Utilizaranse cores fortes (excepto pratas, ouros e fosforitos) e perfís ben delimitados.
4. As mensaxes serán claras, breves e concisas.
5. O cartel contará co anagrama da consellería e co propio da entidade que o realiza.

## ANEXO II: FOLLA DE REXISTRO DE MATERIAL DISTRIBUÍDO

Nome do programa onde se insire a actividade:				
Nome do material:				
Tipo de material (*)	Nº exemplares	Poboación diana	Lugar de distribución	Cobertura (**) pob. atendida/ poboación total

(\*) Especificar: a) Material de prevención (tipo); ou b) Material de sinalización sobre previsións legislativas (especificar).

(\*\*) Cobertura. Poboación a que se chegou/poboación total. Por exemplo: 3.500/5.000



# Guía para a formación de mediadores sociais en prevención das drogodependencias



XUNTA DE GALICIA

## ¿Por que é tan relevante o papel dos mediadores sociais?

Os mediadores sociais son unha peza clave sobre a cal articular os programas de prevención das drogodependencias, de maneira especial daqueles que carácter comunitario. A proximidade dos mediadores coa comunidade sobre a que se vai intervir ou coas diferentes poboacións destinatarias dos programas convérteos nun instrumento ou ferramenta clave das intervencións preventivas.

Esta proximidade dos mediadores co contorno e coa poboación sobre a que se pretende intervir resulta fundamental polos seguintes motivos:

- a) Permite identificar as necesidades, intereses, actitudes e capacidades das persoas a que van dirixidos os programas de prevención, facilitando os procesos de avaliación de necesidades e de establecemento de prioridades na intervención.
- b) Comparten moitas das súas características socioculturais coa poboación destinataria, o que os converte en axentes de cambio dotados de credibilidade e recoñecemento.
- c) Fan posible integrar no quefacer cotián dos mediadores o desenvolvemento de actividades de carácter preventivo.
- d) Actúan como pontes de conexión entre as institucións que impulsan os programas de prevención e a comunidade.

Precisamente, son estas as funcións que habitualmente se pretende que os mediadores sociais desempeñen no contexto dos programas de prevención das drogodependencias (GARCÍA, A. et al. 2006):

- ◆ Estar moi próximo ou formar parte da realidade sobre a que desexa intervir.
- ◆ Saber efectuar unha análise da realidade coa que se propuxo emprender a acción preventiva (coñecer os factores de risco e de protección que inciden sobre unha determinada comunidade ou colectivo).
- ◆ Saber avaliar e optimizar os recursos cos que conta para desenvolver a acción.
- ◆ Actuar de forma dinámica coa poboación destinataria das súas accións en prevención.
- ◆ Coñecer de forma realista o fenómeno do consumo de drogas.
- ◆ Manexar eficazmente algúns conceptos básicos relacionados coa prevención.
- ◆ Crear correntes de opinión alternativas á cultura de consumo.
- ◆ Estar capacitado para conectar a realidade do contorno coa oferta institucional.

## A formación dos mediadores sociais

A formación de mediadores debe, consecuentemente, asegurar os obxectivos básicos. Por un

lado capacitar os mediadores para que poidan desenvolver todas estas funcións que lles foron encomendadas e, por outro, facer posible o recoñecemento como tal mediador por parte do contorno e os actores con que vai traballar (reforzar o seu recoñecemento social como mediador en prevención das drogodependencias).

As estratexias formativas baséanse no modelo de influencia social, segundo o cal o ambiente social pode marcar os límites do consumo adecuado ou inadecuado, dependendo da influencia exercida polos distintos contextos de socialización (familia, escola, iguais etc.). Estas estratexias integran un conxunto de procedementos orientados á formación integral do individuo, co obxecto de mellorar os seus recursos e habilidades para afrontar situacións da vida cotiá que promoven o uso de drogas, favorecendo a aprendizaxe de dous tipos de habilidades (XUNTA DE ANDALUCÍA, 2006):

- ▭ Específicas, dirixidas a rexeitar o ofrecemento das drogas, aumentando a resistencia á presión de grupo.
- ▭ Inespecíficas e xerais, destinadas a mellorar o desenvolvemento persoal e social das persoas destinatarias, aumentando a súa autoestima, asertividade, empatía, capacidade para a toma de decisións, habilidades interpersoais, comunicativas etc.

Estas intervencións formativas acostuman instrumentalizarse a través da mediación social. De fei-

to, a formación de mediadores sociais, categoría integrada por unha ampla e variada gama de axentes formais (profesionais da educación, a saúde, os servizos sociais etc.) e informais (voluntarios, membros de asociacións etc.) constitúe unha actividade central no desenvolvemento dos diferentes programas preventivos e, de maneira moi especial, daqueles cun carácter comunitario. Isto é así porque a posición de proximidade dos mediadores sociais á realidade da poboación destinataria dos programas, lles permite actuar como axentes sociais idóneos para a promoción de estilos de vida saudables, nos cales o uso e abuso de drogas non teña cabida ou, polo menos, se reduza de maneira drástica.

## ¿Que aprendizaxes se pretende transmitir aos mediadores sociais?

A formación de mediadores sociais debe ser capaz de xerar tres tipos de aprendizaxes diferenciadas e interrelacionadas entre si (DELORS, J. 1996):

- ▭ Os procesos relacionados co saber (conceptos e coñecementos sobre o que hai que facer e os motivos para facelo).
- ▭ Os procesos relacionados co saber facer (procedementos e actuacións prácticas, mecanismos de mediación concretos).
- ▭ Os procesos relacionados co saber ser

(actitudes necesarias para desenvolver de forma práctica as actuacións baseadas en coñecementos).

Este último tipo de aprendizaxe é sen dúbida fundamental, posto que os programas de formación de mediadores “deben recoller contidos destinados tanto á formación para o traballo preventivo, como a fomentar un cambio actitudinal destinado a transformar as prácticas educativas” (FAD, 1999).

Isto supón que a formación de mediadores sociais en prevención debe centrarse en polo menos catro dimensións, todas elas complementarias entre si:

#### a) As actitudes

Son predisposicións adquiridas/aprendidas, relativamente estables, a través das cales se valora a realidade ou un aspecto dela, que fan que actúemos en función delas.

#### b) A información

É a percepción ou observación dun feito de forma discreta e obxectiva, demostrable empiricamente e cun grao mínimo de ambigüidade.

#### c) As crenzas

Son os xuízos, valoracións ou conclusións baseados en observacións (información) que se adoitan traducir en atribucións causais e que se aplican á realidade de forma xeral, cunha función predictiva ou explicativa.

#### d) Os coñecementos instrumentais

Son o conxunto de técnicas e procedementos que permiten o adecuado exercicio ou desempeño dunha tarefa ou proceso.

## **Mediadores sociais susceptibles de recibir formación en prevención das drogodependencias**

Os mediadores sociais destinatarios das accións formativas en prevención das drogodependencias son todos aqueles que están presentes nos escenarios ou ámbitos nos cales se implementan os programas preventivos (escola, familia etc.) incluíndo o ámbito comunitario.

Pode ser calquera persoa que, polo seu papel activo na comunidade e o seu contacto directo coa poboación, derivado do seu rol profesional ou da súa implicación social, coñece as súas características, necesidades e recursos, que ten capacidade para chegar á poboación e é aceptada como un referente nela, que estean motivadas e dispostas a implicarse para facilitar o cambio, cunha actitude permanente de escoita, capaces de empatizar cos demais e con certas dotes resolutivas e de liderado.

Na ampla relación de mediadores sociais susceptibles de incorporarse a accións formativas en prevención, cabe establecer unha clasificación básica:



- ◆ Mediadores formais: son aqueles que se axustan a un perfil profesional e que desenvolven funcións no campo da educación, a saúde, os servizos sociais, a seguridade cidadá, os medios de comunicación etc.
- ◆ Mediadores non formais: son persoas que actúan como representantes de organizacións sociais ou cidadás, voluntarios ou sen un rol profesional predeterminado que actúan como mediadores dentro dunha comunidade determinada ou de certas organizacións e institucións.

Os grupos ou colectivos que, con carácter prioritario, se considera que deben ser incorporados a programas de formación en prevención de drogodependencias son os seguintes:

## **a) Profesionais da educación formal (profesores, titores, directores etc.).**

- ◆ Transmiten valores, actitudes, habilidades e aprendizaxes sobre condutas saudables entre suxeitos que se iniciaron ao consumo de drogas.
- ◆ Ensinan normas de convivencia.
- ◆ Permiten a conexión coa familia e coa comunidade.

## **b) Profesionais da saúde**

- ◆ Coñecen moi ben a situación de saúde da poboación con que traballan.

- ◆ Favorecen a instauración de hábitos saudables.

## **c) Profesionais dos servizos sociais**

- ◆ Coñecen moi ben os problemas sociais da comunidade e os grupos sociais sometidos a situacións de especial risco en relación coas drogodependencias.
- ◆ Teñen unha importante capacidade de mobilización.
- ◆ Son claves na difusión da información relativa aos recursos e iniciativas sociais existentes.

## **d) Pais e nais vinculados a ANPAS**

- ◆ Facilitan a instauración de estilos educativos de apoio, favorecedores da autonomía persoal dos fillos.
- ◆ Favorecen a implicación e participación doutros pais en actividades preventivas.

## **e) Monitores de ocio e tempo libre e líderes xuvenís**

- ◆ Coñecen ben a realidade da xuventude.
- ◆ Gozan dunha posición privilexiada entre a mocidade, que lles permite transmitir información, crear hábitos saudables, ensinar comportamentos sociais e resolución de problemas etc.
- ◆ Educan para o tempo libre: actividades, xogos, debates...

- ◆ Promoven valores, actitudes e hábitos saudables.

## f) Policía local

- ◆ Coñecen a realidade do problema.
- ◆ Poden informar sobre os riscos derivados do consumo de drogas e de recursos existentes para a prevención e atención das drogodependencias.
- ◆ Son claves no control da oferta de drogas legais, contribuíndo a reducir a tolerancia do seu consumo entre os menores.

## g) Outros mediadores:

- ◆ Mediadores laborais (membros dos comités de seguridade e saúde laboral, técnicos de prevención, profesionais dos servizos de saúde laboral, representantes sindicais etc.) que resultan claves para facilitar a implementación de programas de prevención no medio laboral.
- ◆ Profesionais dos medios de comunicación: son claves na conformación das actitudes sociais fronte ás drogas e nos valores sociais dominantes, na difusión de contidos informativos sobre o impacto sociosanitario das drogas e dos recursos e iniciativas existentes para a prevención e asistencia ás drogodependencias.
- ◆ Voluntarios: interesados en apoiar o desenvolvemento de programas e iniciativas pre-

ventivas e que requiren dunha formación básica que faga eficaz a súa colaboración.

## Formación en prevención das drogodependencias para profesionais da educación

As actuacións formativas con profesorado deben programarse de forma coordinada cos centros de formación e recursos da Consellería de Educación e Ordenación Universitaria, para efectos de evitar duplicidades e facilitar a tramitación de homologación.

### Poboación destinataria

Mestres de educación infantil e primaria e profesores de educación secundaria obrigatoria e bacharelato.

### Obxectivos operacionais

1) Coñecer e avaliar os coñecementos sobre drogas e drogodependencias nos educadores.

Para iso, cómpre utilizar un cuestionario que permita medir a situación inicial dunha serie de indicadores relevantes e o cambio experimentado nestes indicadores tras a aplicación do programa (por exemplo, os cambios observables en: condutas, crenzas e actitudes dos educadores en relación coas drogas e coas drogodependencias, coñecementos sobre actuacións preventivas eficaces e modelos de intervención educativa etc.).

2) Ofertar formación sobre aspectos básicos das drogas, as drogodependencias, así como sobre as estratexias eficaces para a súa prevención.

Para iso, cómpre:

- ▭ Achegar información realista sobre aspectos etiolóxicos, teóricos e metodolóxicos relacionados coa prevención de drogas.
- ▭ Avaliar antes e despois da intervención os cambios observables en indicadores relevantes previamente seleccionados: coñecementos adquiridos; actitudes e condutas fronte ás drogas; etc.

3) Diseñar ou poñer en práctica un programa educativo de calidade en prevención:

Para iso, é necesario:

- ▭ Proporcionar coñecementos sobre planificación e avaliación de programas; trátase de asegurar que os profesionais participantes, terminan o curso coa capacitación necesaria para desenvolver un programa de calidade de intervención na aula, afondar no estudo dos temas mencionados anteriormente e introducir no curriculum os conceptos aprendidos.
- ▭ Proporcionar o adestramento necesario para a utilización de métodos e técnicas preventivas, así como as habilidades educativas necesarias para desenvolver programas eficaces de educación sobre drogas (por exemplo: aprender o manexo de técnicas de dinámica de grupos).

4) Practicar o traballo en equipo.

Para iso é necesario proporcionar adestramento no deseño e establecemento de obxectivos comúns e tamén compartir actitudes e normas.

### Método

O método de formación, en consonancia cos contidos formativos que se van impartir, estará baseado nos principios da pedagogía activa e participativa. Haberá breves exposicións teóricas combinadas con técnicas como *role playing*.

Farase uso de medios audiovisuais combinados con materiais de apoio. Realizaranse exercicios de autoavaliación.

Unha sesión tipo estaría estruturada na forma que anteriormente se comentou, con carácter xeral.

### Fases

O desenvolvemento do programa formativo comprenderá as seguintes fases:

#### a) Fase 1. Exposición do curso nos centros educativos.

- ▭ Exposición dos obxectivos, método e contidos do curso para adecualos ás demandas que ten cada centro.
- ▭ Preparación da homologación do curso pola Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.
- ▭ Avaliación da situación inicial do profesorado que debe recibir o curso (valorara-

se a situación de partida dos indicadores seleccionados para medir a consecución dos obxectivos finais).

## b) Fase 2. Execución do curso.

- ▭ Execución do curso nos dous puntos previstos: contidos teóricos e traballo práctico.

## c) Fase 3. Análise de resultados e avaliación final do curso.

- ▭ Recollida e análise dos traballos prácticos realizados polos alumnos.
- ▭ Análise dos resultados da avaliación: comparación de indicadores elixidos entre a avaliación previa ao curso e a avaliación final.

### Contidos:

O curso terá unha parte teórica composta por 10 temas e unha parte práctica que se materializará no compromiso de aplicación dos programas preventivos do PGD.

A parte teórica serán seis sesións, con duración variable segundo o tema (menor para o tema 1 e progresivamente maior para os seguintes temas):

- ◆ **Tema 1: Drogodependencias.** Definicións, aspectos básicos, características xerais do consumo de drogas en Europa, España e Galicia.

- ◆ **Tema 2: Prevención baseada na evidencia.** Conceptos xerais, niveis e modelos de intervención.
- ◆ **Tema 3: Planificación:** deseño, elaboración e avaliación dun proxecto de prevención.
- ◆ **Tema 4: Introducción á dinámica de pequenos grupos.** Técnicas grupais.
- ◆ **Tema 5: Intervención preventiva na escola.** Técnicas de intervención na aula.
- ◆ **Tema 6: Os programas de prevención escolar en Galicia.**

A parte práctica ten como obxectivo a aplicación dos programas de prevención escolar oficiais da Xunta de Galicia. Tamén se poderán elaborar outras actuacións preventivas conxuntas cos servizos de prevención do PGD.

### Recursos materiais e humanos

Cómpre contar cunha aula equipada con mobiliario móbil (mesas e cadeiras), unha lousa, medios audiovisuais e dispoñibilidade previa do material do curso.

## Temporalización

As horas de duración do curso poden verse no seguinte cadro:

	Nº de sesións	Nº horas
Coñecementos teóricos.	3	10
Traballo práctico	3	30
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>40</b>

## Cronograma:

Meses	M1	M2				M3			
	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Exposición do curso.									
2. Contidos teóricos									
3. Traballo práctico									
4. Avaliación final									

## Contidos teóricos dos cursos de formación en prevención dirixidos a outros mediadores sociais

### a) Contidos da formación dirixida a policía locais

**Tema 1.** Drogodependencias. Definicións. Aspectos básicos.

**Tema 2.** Características xerais do consumo de drogas en España e Galicia.

**Tema 3.** Prevención baseada na evidencia. Conceptos xerais.

**Tema 4.** Aspectos xurídicos das drogodependencias.

**Tema 5.** Consumo de drogas e seguridade viaria.

**Tema 6.** Deseño e elaboración dun protocolo de actuacións locais.

**Tema 7.** Recursos en drogodependencias e coordinación coa policía local.

### b) Contidos da formación dirixida a traballadores dos servizos sociais

**Tema 1.** Drogodependencias. Definicións. Aspectos básicos.

**Tema 2.** Características xerais do consumo de drogas en España e Galicia.

**Tema 3.** Prevención e incorporación social en drogodependencias. Conceptos xerais.

**Tema 4.** Prevención do consumo de drogas desde os servizos sociais.

**Tema 5.** Atención ás persoas con problemas de drogas desde os servizos sociais. Coordinación co PGD.

**Tema 6.** O Programa de incorporación personalizado (PIP).

### c) Contidos da formación dirixida aos profesionais de atención primaria de saúde

Observaranse os contidos dos manuais:

- *Screening e intervención breve para los problemas relacionados con el consumo de alcohol en atención primaria.*
- *DAP: programa de formación y consulta drogas y atención primaria.* (MEGÍAS, E. e JÚDEZ, J. 2003).

Existen diversos manuais con orientacións precisas onde se pode obter información (WHO, 1990, DE LLAMA, B, et al., 2003, BABOR, TF. e HIGGINS, JC. 2005).

Ademais, incluírse un módulo de prevención cos seguintes temas:

- Prevención das drogodependencias. Conceptos xerais e base na evidencia.
- A prevención do consumo de drogas desde a atención primaria de saúde.

### d) Contidos da formación dirixida a mediadores comunitarios

**Tema 1.** Drogodependencias. Definicións. Aspectos básicos.

**Tema 2.** Características xerais do consumo de drogas en España e Galicia.

**Tema 3.** Prevención baseada na evidencia. Conceptos xerais.

**Tema 4.** Os plans comunitarios. Conceptos xerais.

**Tema 5.** Método de traballo en prevención comunitaria.

**Tema 6.** Planificación: proceso de deseño e aplicación dun programa de prevención comunitaria.

**Tema 7.** Deseño e elaboración dun protocolo de actuación comunitaria.

## e) Contidos da formación dirixida a mediadores xuvenís

**Tema 1.** Drogodependencias. Definicións. Aspectos básicos.

**Tema 2.** Características xerais do consumo de drogas en España e Galicia.

**Tema 3.** Prevención baseada na evidencia. Conceptos xerais. Actitudes e condutas dos mediadores xuvenís: impacto preventivo.

**Tema 4.** Método de traballo en prevención con poboación xuvenil.

**Tema 5.** O alcohol. O tabaco. Conceptos xerais.

**Tema 6.** Cannabis e drogas de síntese. Outras drogas: cocaína, heroína e outras.

**Tema 7.** Deseño e elaboración dun protocolo de actuación con mozos.

## Cronograma

Unha vez valorado o período do ano máis adecuado para a realización das actividades de formación, suxírese a seguinte distribución temporal para cada actividade concreta:

- **Exposición do curso:** un mes -como mínimo- para planificalo, expolo aos participantes, e realizar a análise de necesidades formativas percibidas polos destinatarios. Antes de iniciar o curso pasarase un cuestionario de avaliación inicial dos participantes (coñecementos, actitudes, condutas, e outros indicadores que se queiran avaliar).
- **Aplicación dos contidos teóricos:** a duración desta fase dependerá das horas teóricas de formación previstas e de cantas horas se establezan para cada sesión.
- **Supervisión do traballo práctico:** pode comezar no mesmo momento que comeza o curso e estenderse ata un mes despois.
- **Análise de resultados:** realizarase ao finalizar a fase de exposición dos contidos teóricos e á entrega dos traballos prácticos.
- **Avaliación final:** terminará coa entrega de certificados acreditativos de ter participado na actividade e a análise do cuestionario de avaliación final.

Meses	M1				M2				M3				
Semana	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Exposición do curso													
2. Contidos teóricos													
3. Supervisión do traballo													
4. Traballo práctico													
5. Análise de resultados													
6. Avaliación final													

## Bibliografía

- BABOR, TF. e HIGGINS-BIDDLE, JC. (2005). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. Ed.: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias e Consejería de Bienestar Social [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/BImannualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImannualSpanish.pdf) (08.04.2005).
- DELORS, J. (1996): “La educación o la utopía necesaria”. En Delors, J: La educación encierra un tesoro: Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana.
- DE LLAMA, B. et al. (2003). Adicción al alcohol: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Médicos de Familia Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia e Comunitaria, 2003; 3 (5) decembro 2003: 35-45.
- FADE (1999): Dossier “Metodología de prevención educativa sobre drogas”. Reunión Iberoamericana, 1-5 febreiro de 1999. En revista Intercambio, nº 4 (Separata). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- GARCÍA, A. et al. (2006). Manual de formación de mediadores sociales. Madrid. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2006). Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía. Sevilla: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
- MEGÍAS, E. e JÚDEZ, J. (2003). DAP: programa de formación y consulta Drogas y Atención Primaria. Madrid: FADE e Fundación Ciencias de la Salud, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1990). Screening, case identification and assessment. En: Management of drinking problems. WHO Regional publications. European Series. Ginebra: WHO, 1990; n 32.



# Evidencias científicas disponibles en relación cos programas de prevención das drogodependencias



XUNTA DE GALICIA

## ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

SLOBODA, Z. DAVID, S.L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

DGPNSD (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

GARDNER, SE. et al. (2001 a). *Guide to science-based practices 2. Promising and proven substance abuse prevention programs*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

GARDNER, SE. et al. (2001 b). *Guide to science-based practices 3. Principles of substance abuse prevention*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

### A) EVIDENCIAS RELATIVAS AOS FACTORES DE RISCO E PROTECCIÓN

1. Os factores de risco exercen unha maior influencia que os factores de protección na modulación dos consumos de drogas.
2. Entre os factores de risco con maior capacidade preditora dos consumos inclúense algúns relacionados co ámbito familiar (malas relacións

familiares e abuso de drogas na familia) e de carácter social (presenza de consumidores no contorno social e facilidade de acceso ás drogas), xunto cos persoais e laborais.

3. As percepcións dos adolescentes sobre os riscos e beneficios do alcohol e outras drogas correlaciónanse coa probabilidade do inicio do seu consumo.
4. As actitudes sociais favorables ou tolerantes cara a certas drogas e a publicidade do alcohol ou o tabaco correlaciónanse co uso de drogas entre os adolescentes.
5. O consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas por parte dos pais e as súas actitudes cara aos consumos correlaciónanse cos niveis de uso e coas actitudes cara ás drogas dos adolescentes.
6. As deficientes habilidades educativas e prácticas dos pais no manexo familiar correlaciónanse co uso de drogas por parte dos fillos adolescentes.
7. Os niveis de cohesión e apego familiar correlaciónanse co uso de drogas por parte dos fillos. As débiles relacións pais-fillos, a falta de comunicación e apoio emocional dos pais aos fillos incrementan o risco de que aparezan condutas de abuso das drogas.
8. O baixo rendemento escolar, o absentismo e o fracaso escolar tenden a correlacionarse coa presenza de condutas de uso e/ou abuso temperán de drogas por parte dos adolescentes.

9. A ausencia de valores ético-morais ou o predominio de valores sociais de carácter hedonista ou presentista correlaciónase cos niveis de consumo de drogas.
10. O consumo de drogas no grupo de iguais ou a existencia de actitudes favorables cara a elas correlaciónase co inicio temperán ao uso de drogas e a aparición de condutas de abuso.
11. Os factores de risco asociados ao inicio do consumo de drogas difiren en función do sexo e entre os distintos grupos étnicos e culturais.
12. As políticas que inciden simultaneamente no control da oferta e a redución da demanda son máis efectivas que as que inciden só nun destes ámbitos.
13. O incremento da fiscalidade sobre o tabaco e o alcohol e as restricións cara ao seu uso correlaciónanse co atraso nas idades de inicio ao seu consumo e a redución das súas prevalencias de uso.

## **B) EVIDENCIAS RELATIVAS Á EFECTIVIDADE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN**

14. O adestramento de habilidades persoais, sociais e de resistencias á influencia negativa exercida polo grupo de iguais ou a publicidade son eficaces na redución das condutas de abuso de droga en adolescentes e mozos.
15. Os programas preventivos centrados na familia teñen maior impacto que as estratexias que inciden só nos pais ou nos fillos.

16. A escola ofrece a oportunidade de alcanzar a todos os adolescentes e é un lugar clave para traballar con subpoboacións específicas con maior risco de consumir drogas.

17. Os programas comunitarios que inclúen campañas en medios de comunicación e cambios de políticas son máis eficaces se van acompañados de intervencións nas familias e na escola.

## **C) ASPECTOS QUE HAI QUE TER EN CONSIDERACIÓN NO DESEÑO DAS POLÍTICAS E NOS PROGRAMAS DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE ACORDO COAS EVIDENCIAS DISPOÑIBLES**

- ◆ Os programas de prevención deben incidir simultaneamente no control e/ou a redución dos factores de risco e na potenciación dos factores de protección.
- ◆ O control da oferta de drogas, en especial das legais, debe constituír un pilar central das políticas preventivas posto que, ademais de reducir a dispoñibilidade das drogas, axuda a combater as actitudes sociais tolerantes fronte a certas substancias.
- ◆ Os programas preventivos deben ser deseñados a longo prazo, con intervencións repetidas periodicamente para reforzar as metas orixinais.
- ◆ Deben incluír todas as formas de consumo de drogas, en particular o tabaco, alcohol e cannabis, que actúan como substancias de inicio.

- ◆ Deben incorporar entre os seus obxectivos mellorar a percepción dos riscos asociados ao uso de drogas.
- ◆ Deben fortalecer as habilidades sociais e persoais dos adolescentes e mozos e incluír estratexias de habilidades para resistir o ofrecemento de drogas, reforzar o compromiso persoal e as actitudes contrarias contra o seu consumo.
- ◆ Canto maior sexa o risco da poboación obxectivo, máis intensivos deben ser os esforzos preventivos e máis cedo deberían comezar.
- ◆ Os programas preventivos deberían ser específicos para a idade dos destinatarios, apropiados para o seu desenvolvemento e sensibles para as diferentes culturas.
- ◆ Deben priorizar as actuacións dirixidas a reducir a presenza de factores de risco de carácter familiar, en especial os consumos de drogas por parte dos pais.
- ◆ Os programas familiares deben incluír a toda a familia, desenvolver habilidades de crianza, salientar o apego familiar e promover habilidades de comunicación na familia.
- ◆ Deben proporcionar alternativas para axudar os adolescentes que están en ambientes de alto risco a desenvolver habilidades persoais e sociais dun modo natural.
- ◆ Deben estruturarse actividades alternativas ao consumo de drogas que faciliten a interacción entre os iguais.
- ◆ Os programas comunitarios necesitan fortalecer as normas contra o consumo de drogas en todos os ámbitos, incluíndo a familia, a escola e a comunidade.
- ◆ Os programas escolares deben evitar confiar unicamente nas actuacións dirixidas a proporcionar información sobre os efectos negativos do consumo de drogas.
- ◆ Os programas preventivos deben adaptarse a cada comunidade para tratar a natureza específica do problema do abuso de drogas nela.
- ◆ Os programas comunitarios deben desenvolver a conciencia da comunidade e os medios de comunicación fronte ás drogas e difundir os perigos de certas substancias.
- ◆ Deben promover restricións ao consumo de tabaco en lugares públicos e centros de traballo.
- ◆ Deben reforzar a responsabilidade legal dos vendedores de bebidas alcohólicas.
- ◆ Deben procurar incrementar o prezo do alcohol e o tabaco a través dos impostos.
- ◆ Deben promover políticas de disuasión para condutores negligentes.



Servizo Galego  
de Saúde



Subdirección Xeral de Saúde Mental e  
Drogodependencias

Guías

07

D



**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



**SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE**