



Universitat de Girona

# CONEXIMENTS DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA SOBRE PREVENCIÓ DEL CONSUM DE DROGUES

**Alícia BALTASAR BAGUÉ**

**Dipòsit legal: GI-891-2012**

<http://hdl.handle.net/10803/80901>

**ADVERTIMENT:** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.



Universitat de Girona

**Alícia BALTASAR BAGUÉ**

**CONEIXEMENTS DELS  
PROFESSIONALS DE LA SALUT  
DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA  
SOBRE PREVENCIÓ DEL  
CONSUM DE DROGUES**

**Tesi Doctoral**

**Dirigida per les Dres.**

**Maria Eugènia Gras Pérez i Sílvia Font-Mayolas**

**INSTITUT DE RECERCA SOBRE QUALITAT DE VIDA  
DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA  
UNIVERSITAT DE GIRONA**

**Octubre, 2011**





Universitat de Girona

**Alícia BALTASAR BAGUÉ**

**MEMÒRIA PRESENTADA PER OPTAR AL TÍTOL DE DOCTOR/A PER LA  
UNIVERSITAT DE GIRONA**

**CONEIXEMENTS DELS  
PROFESSIONALS DE LA SALUT  
DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA  
SOBRE PREVENCIÓ DEL  
CONSUM DE DROGUES**

**Tesi Doctoral**

**Dirigida per les Dres.**

**Maria Eugènia Gras Pérez i Sílvia Font-Mayolas**

**INSTITUT DE RECERCA SOBRE QUALITAT DE VIDA  
PROGRAMA DE DOCTORAT DE PSICOLOGIA I QUALITAT DE VIDA  
DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA  
UNIVERSITAT DE GIRONA**

**Octubre, 2011**

## AGRAÏMENTS

Voldria fer constar, en primer lloc, el meu agraïment envers les doctores Maria Eugènia Gras i Sílvia Font-Mayolas, directores d'aquesta tesi, per la confiança i el suport que m'han dispensat tothora. Totes dues han vetllat amb amabilitat i competència perquè aquesta empresa, inèdita per a mi, pogués arribar a una bona fi.

Cal recalcar, a més, que aquesta tesi no s'hauria pogut fer sense el concurs d'un bon nombre de professionals d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut de la Regió Sanitària de Girona, que van acceptar de participar en l'estudi. Per aquesta raó, els en dono també les gràcies, a ells i als directius que em van facilitar l'accés als centres d'atenció primària corresponents.

També vull esmentar l'ajut de Montse Jiménez en el processament de les dades; els suggeriments d'Anna Salamó en algunes seccions de l'estudi; el suport dels meus companys i col·legues, Carme Arpí, Bernat Carles-Serdà, Alme Domingo, Lluïsa Garcia, Fina Patiño i Miriam Ferrer; i el de tots aquells altres professionals i amics i amigues que s'han interessat per la meva feina i que han volgut compartir-ne els dubtes i els avenços. També he de fer constar que el departament d'Infermeria de l'aleshores Escola d'Infermeria de la Universitat de Girona em va concedir un ajut econòmic el curs 2008-2009.

Finalment, tampoc no puc oblidar la família de Verges, que sempre m'ha fet costat, ni els de casa, en Xavier i en Guim, que han tingut paciència i predisposició.

## ÍNDIX DE FIGURES

1.2.1	Regions Sanitàries de Catalunya	13
1.2.2	Sectors Sanitaris de Catalunya	14
1.2.3	ABS de la Regió Sanitària de Girona	15
2.1.1	Model epidemiològic per a l'anàlisi de polítiques de salut	21
2.4.1	Àrees Bàsiques de salut ABS per entitats gestores a la regió sanitària de Girona	29
3.3.1	Història natural de la malaltia	51
3.5.2.1	Model de consell breu	66
4.1.1.1	Model de Creences de Salut de Maiman i Becker (1974)	85
4.1.2.1	Model de Prevenció de la Malaltia de Bayés (1992)	88
4.1.3.1	Model Cognitiu Social (adaptat de Bandura, 1987)	89
4.1.4.1	Model Transtèoric de canvi de Prochaska, DiClemente i NorCross (1992)	96
8.1.1	Distribució dels participants segons el grup d'edat i el sexe	159
8.1.2	Distribució dels participants segons la professió	160
8.1.3	Distribució dels participants segons la professió i el sexe	161
8.1.4	Distribució dels participants segons la professió i el grup d'edat	161
8.1.5	Distribució dels participants segons la situació laboral i el sexe	162
8.1.6	Distribució dels participants segons la situació laboral i la professió	163
8.1.7	Distribució dels participants segons l'edat de la població que atenen habitualment	164
8.1.8	Distribució dels participants segons l'edat de la població que atenen habitualment i la professió	164
8.2.2.1	Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons el sexe	168
8.2.2.2	Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons cada grup d'edat.	169
8.2.2.3	Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons la professió	170
8.2.2.4	Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons la seva situació laboral	170
8.3.2.1	Percentatge de participants que han donat màxima importància als diferents indicadors pel que fa a la seva influència en la no realització de l'educació de la salut en atenció primària	189
8.4.1.1	Distribució de participants segons la freqüència d'ús dels programes d'activitats preventives i de promoció de la salut en relació al consum de tabac i el sexe	195
8.4.1.2	Distribució de participants segons la freqüència d'ús del test de Richmond i la professió	196
8.4.1.3	Distribució de participants segons la freqüència de participació en accions legislatives dirigides a la vida sense fum i professió	197

8.4.1.4	Distribució de participants segons la freqüència amb què els participants impulsen programes comunitaris coordinats i la seva situació laboral	198
8.4.2.1	Distribució de participants segons la freqüència de realització de seguiment i visites periòdiques i el sexe	200
8.4.2.2	Distribució dels participants segons la freqüència d'aplicació del qüestionari Audit i el grup d'edat	201
8.4.2.3	Distribució dels participants segons la freqüència d'aplicació del qüestionari Malt i el grup d'edat	202
8.4.2.4	Distribució dels participants segons la freqüència amb què ofereixen consell adreçat a la deshabitació i al tractament específic de l'alcohol i el grup d'edat	203
8.4.2.5	Distribució dels participants segons la freqüència amb què ofereixen consell i ajuda per deixar de beure alcohol i el grup d'edat	204
8.4.2.6	Distribució dels participants segons la freqüència amb què informen dels recursos assistencials per abandonar l'alcohol i el grup d'edat	204
8.4.2.7	Distribució dels participants segons la freqüència amb què realitzen seguiment dels pacients amb intenció de canvi en relació al consum d'alcohol i el grup d'edat	205
8.4.2.8	Distribució dels participants segons la freqüència amb què recolzen accions legislatives relacionades amb el consum d'alcohol i el grup d'edat	206
8.4.2.9	Distribució de participants segons la freqüència d'ús de programes d'activitats preventives i de promoció de la salut en relació a l'alcohol i professió	207
8.4.2.10	Distribució dels participants segons la freqüència amb què informen als pacients sobre els recursos assistencials per abandonar el consum d'alcohol i la situació laboral	208
8.4.2.11	Distribució dels participants segons la freqüència amb què programen visites periòdiques i la situació laboral	208
8.4.3.1	Distribució dels participants segons la freqüència amb què realitzen activitats informatives i de sensibilització sobre el consum de cànnabis i el sexe	211
8.4.3.2	Distribució en què els participants informen sobre procediments efectius per abandonar el consum de cànnabis i la professió	212
8.4.3.3	Distribució en què els participants informen sobre els recursos assistencial per abandonar el cànnabis i la professió	213
8.4.3.4	Distribució en què els participants realitzen seguiment als pacients amb intenció de canvi en relació al consum de cànnabis i la professió	213
8.5.1.1	Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis, segons la utilització o no de la Promoció de la Salut com eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies	232

## ÍNDIX DE TAULES

2.1.1	Factors condicionants de salut	20
2.2.1	Conclusions de la Declaració d'Alma-Ata	24
2.4.1	Equips d'Atenció Primària per proveïdors a la regió sanitària de Girona	29
3.2.1	Accions per a la millora de la salut proposades a la Carta d'Otawa	47
3.2.2	Propostes de les reunions de l'OMS quant a Promoció de la Salut (1986-2005)	49
3.3.1	Concepte, objectiu i exemples d'activitats preventives aplicades a l'àmbit del consum de substàncies segons el nivell de prevenció	52
3.3.2	Elements diferenciadors entre la Prevenció de la Malaltia i la Promoció de la Salut	54
4.1.1.1	Conceptes, definicions i intervencions del model de Creences de Salut	85
4.1.3.1	Conceptes, definicions i intervencions de la Teoria de la Cognició Social	92
4.1.4.1	Estratègies d'intervenció en les diferents fases del procés de canvi	97
4.1.4.2	Etaques de canvi i processos cognitius i conductuals	99
4.1.5.1	Conceptes, definicions i aplicacions del model d'organització comunitària	102
7.1.1.1	Comarca, ABS, CAP i professionals de la regió sanitària de Girona	146
7.2.1.1	Variables socio-demogràfiques	149
8.2.1.1	Estadístics descriptius de la valoració que els participants fan de la seva formació en educació per la salut rebuda a la carrera segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral	166
8.2.1.2	Estadístics descriptius de la valoració que els participants fan de la seva formació en prevenció del consum de substàncies pel treball que realitzen segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral	167
8.2.2.1	Percentatge de professionals que en els últims dos anys han realitzat algun tipus de formació sobre prevenció del consum de substàncies segons l'orientació del curs	171
8.2.2.2	Estadístics descriptius de la variable utilitat per al treball dels cursos sobre prevenció de consum de substàncies realitzats pels professionals de la salut segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral	172
8.2.2.3	Estadístics descriptius de la valoració que els participants fan de la formació sobre prevenció de consum de substàncies oferts en l'àmbit de treball en els darrers dos anys segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral	174
8.2.3.1	Percentatge de participants que consideren que caldria augmentar les diferents activitats formatives per millorar la formació i resultats de la prova de Mc Nemar	175
8.2.4.1	Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons el sexe i resultats de la prova t de comparació de mitjanes	176
8.2.4.2	Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons el grup d'edat i resultats de l'ANOVA	177
8.2.4.3	Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons la professió i resultats de la prova t de comparació de mitjanes	178
8.2.4.4	Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons la situació laboral i resultats de l'ANOVA	179



8.3.1.1	Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons el sexe i resultats de la prova t de comparació de mitjanes	180
8.3.1.2	Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons el grup d'edat i els resultats de l'ANOVA	181
8.3.1.3	Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons la professió i resultats de la prova t de comparació de mitjanes	182
8.3.1.4	Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons la situació laboral i resultats de l'ANOVA	183
8.3.1.5	Distribució dels professionals d'acord amb l'ús de l'educació de la salut com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació la laboral	185
8.3.2.1	Estadístics descriptius de la mesura en què els participants consideren que els diferents indicadors influeixen en la realització d'educació per la salut en Atenció Primària segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral i resultats de les proves t i ANOVA de comparació de mitjanes	187
8.3.3.1	Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies segons el sexe i resultats de la prova t de comparació de mitjanes	190
8.3.3.2	Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats dirigides a la prevenció del consum de substàncies segons el grup d'edat i resultats de l'ANOVA	191
8.3.3.3	Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies segons la professió i resultats de la prova t de comparació de mitjanes	192
8.3.3.4	Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies segons la situació laboral i resultats de l'ANOVA	193
8.4.1.1	Distribució de participants segons la freqüència amb què realitzen activitats preventives del consum de tabac	194
8.4.2.1	Distribució de participants segons la freqüència amb què realitzen activitats preventives del consum d'alcohol	198
8.4.3.1	Distribució de participants segons la freqüència amb què realitzen les activitats preventives del consum de cànnabis	210
8.4.4.1	Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons el sexe	215
8.4.4.2	Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons el grup d'edat	217
8.4.4.3	Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons la professió	218
8.4.4.4	Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons la situació laboral	220
8.4.4.5	Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons el sexe	222
8.4.4.6	Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons el grup d'edat	224

8.4.4.7	Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons la professió	225
8.4.4.8	Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons la situació laboral	227
8.4.4.9	Distribució dels participants en relació a la percepció de la importància de l'ús de l'educació per la salut en la consulta en l'Atenció Primària, segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació la laboral, i els resultats de les proves t i ANOVA de comparació de mitjanes	228
8.5.1.1	Estadístics descriptius de la valoració que els professionals fan de la formació rebuda relacionada amb la Educació per a la Salut, segons si utilitzen o no aquesta com a eina de treball habitual per la prevenció del consum de substàncies, i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes	230
8.5.1.2	Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per la prevenció del consum de substàncies, i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes	231
8.6.1.1	Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals algunes àrees de la salut relacionades amb el consum de substàncies, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per la prevenció del consum i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes	233
8.6.2.1	Estadístics descriptius de la mesura en què els participants consideren que els diferents indicadors influeixen en la no realització d'educació per la salut en Atenció Primària, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per a la prevenció del consum de substàncies i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes	234
8.6.2.2	Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per a la prevenció del consum de substàncies i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes	235
8.7.1	Resultats de la Regressió logística jeràrquica binària per predir l'ús de l'Educació per a la Salut com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies (n= 150)	237
8.7.2	Comparació entre els professionals que utilitzen l'EpS com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies i els que no ho fan, pel que fa a les variables introduïdes en el model de regressió logística	238

# ÍNDIX

RESUM .....	1
RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓ .....	5
1. EL SISTEMA SANITARI .....	11
1.1. El sistema sanitari de l'Estat espanyol .....	11
1.2. El sistema sanitari català .....	13
1.3. El pla de salut de Catalunya .....	16
2. L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT .....	19
2.1. Antecedents .....	19
2.2. Definició de l'Atenció Primària .....	22
2.3. L'Atenció Primària de Salut a Catalunya (APS) .....	27
2.4. L'Institut Català de la Salut (ICS) .....	28
2.5. Activitats preventives en l'atenció primària .....	30
2.6. Obstacles per a la implementació de programes de promoció de la salut .....	33
2.7. Prevenció en el consum de substàncies .....	37
3. LA PROMOCIÓ DE LA SALUT .....	43
3.1. Antecedents .....	43
3.2. El concepte de promoció de la salut .....	45
3.3. La prevenció de la malaltia .....	50
3.4. L'educació per a la salut .....	54
3.5. Estratègies de promoció de la salut i prevenció de la malaltia en el consum de substàncies psicoactives .....	59
3.5.1. Intervencions comunitàries .....	59
3.5.2. El consell sanitari .....	64
3.5.3. L'entrevista motivacional .....	66
3.6. La formació dels professionals de la salut .....	69

3.6.1.	Formació específica en promoció de la salut en l'àmbit de les drogodependències .....	72
3.6.2.	Obstacles per a realitzar formació continuada .....	76
4.	TEORIES I MODELS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DE LA MALALTIA: PROPOSTES TEÒRIQUES .....	79
4.1.	Models per a la promoció de la salut i prevenció de la malaltia .....	80
4.1.1.	El model de Creences de Salut .....	82
4.1.2.	El model de Prevenció de la Malaltia .....	86
4.1.3.	Teoria de la Cognició Social .....	89
4.1.4.	Model Transteòric de Canvi .....	93
4.1.5.	Models comunitaris .....	100
4.1.6.	Models, Teories i l'APS .....	105
5.	ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT I CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES .....	107
5.1.	Detecció del consum d'alcohol .....	109
5.1.1.	Anamnesi per a la detecció del consum excessiu d'alcohol .....	110
5.1.2.	Qüestionaris diagnòstics per a la detecció del consum d'alcohol .....	111
5.1.3.	Exploració física per a la detecció del consum d'alcohol .....	112
5.1.4.	Proves de laboratori. Marcadors biològics per a la detecció del consum d'alcohol .....	113
5.2.	Detecció del consum de tabac .....	115
5.2.1.	Anamnesi per a la detecció del consum de tabac .....	117
5.2.2.	Qüestionaris diagnòstics del consum de tabac .....	118
5.2.3.	Exploració física per a la detecció del consum de tabac .....	120
5.2.4.	Proves complementàries per a la detecció del consum de tabac .....	120
5.3.	Detecció del consum de cànnabis .....	121
5.3.1.	Anamnesi per a la detecció del consum de cànnabis .....	123
5.3.2.	Qüestionaris de valoració per a la detecció del consum de cànnabis .....	124
5.3.3.	Exploració física per a la detecció del consum de cànnabis.....	126
5.3.4.	Proves de laboratori. Marcadors biològics per a la detecció del consum de cànnabis .....	126
6.	OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ .....	129
6.1.	Objectiu general .....	129
6.2.	Objectius específics relacionats amb les activitats formatives .....	129
6.3.	Objectius específics relacionats amb les activitats preventives .....	133
6.4.	Objectius específics relacionats amb el consum de tabac, alcohol i cànnabis .....	136

6.5. Objectius específics relacionats amb l'ús de l'educació per a la salut com a eina de treball .....	141
6.6. Construcció d'un model predictiu de l'ús de l'educació per a la salut .....	143
7. METODOLOGIA .....	145
7.1. Mostra.....	145
7.2. Procediment per a l'elaboració de l'instrument.....	147
7.3. Estudi pilot .....	148
7.4. Descripció de l'instrument .....	149
7.4.1. Variables demogràfiques .....	149
7.4.2. Activitats formatives .....	150
7.4.3. Activitats preventives .....	155
7.4.4. Prevenció del consum de substàncies: tabac, alcohol i cànnabis .....	155
7.5. Procediment per la recollida de dades.....	156
7.6. Procediment per l'anàlisi de dades .....	157
8. RESULTATS .....	159
8.1. Variables demogràfiques .....	159
8.2. Activitats formatives .....	165
8.2.1. Valoració d'activitats formatives durant l'etapa universitària .....	165
8.2.2. Activitats formatives post-universitàries .....	167
8.2.3. Valoració de l'oferta formativa en prevenció del consum de substàncies .....	174
8.2.4. Dificultats per a la formació .....	175
8.3. Activitats preventives en educació per a la salut.....	180
8.3.1. Importància atorgada a les diferents àrees de promoció de la salut .....	180
8.3.2. Dificultats per a realitzar activitats de promoció de la salut i prevenció del consum de substàncies .....	185
8.3.3. Activitats de prevenció realitzades .....	189
8.4. Activitats preventives i consum de substàncies: tabac, alcohol i cànnabis .....	193
8.4.1. Prevenció del consum de tabac .....	193
8.4.2. Prevenció del consum d'alcohol .....	198
8.4.3. Prevenció del consum de cànnabis .....	209
8.4.4. Valoració de les activitats .....	214
8.5. Factors relacionats amb l'ús de l'educació per a la salut com a eina de treball .....	229
8.5.1. Relació amb activitats formatives .....	229

8.6. Importància atorgada a la promoció de la salut i dificultats percebudes en la seva aplicació .....	232
8.6.1. Importància atorgada a les àrees de promoció de la salut relacionades amb conductes addictives .....	232
8.6.2. Dificultats i obstacles percebuts .....	233
8.7. Elaboració d'un model predictiu de l'ús de l'educació per a la salut com a eina de treball .....	235
9. DISCUSSIÓ .....	239
9.1. Activitats formatives .....	239
9.2. Activitats preventives .....	244
9.3. Activitats preventives aplicades en el consum de tabac, alcohol i cànnabis .....	248
9.4. Factors relacionats amb l'ús de l'educació per a la salut .....	257
9.5. Model predictiu de l'ús de l'educació per a la salut .....	259
9.6. Limitacions de l'estudi .....	260
10. CONCLUSIONS .....	261
11. REFERÈNCIES .....	269
12. ANNEXOS .....	309
Annex 1. Sol·licitud de dades: Regió Sanitària de Girona .....	309
Annex 2. Sol·licitud de participació a l'estudi en els centres d'Atenció Primària de Salut .....	310
Annex 3. Qüestionari administrat als professionals de la salut .....	312
Annex 4. Interrogatori Sistematitzat de Consum d'Alcohol (ISCA) .....	320
Annex 5. Identificació de bevedors de risc: Test de screening per detectar el consum d'alcohol: Qüestionari CAGE .....	321
Annex 6. Detecció del consum de risc i perjudicial d'alcohol: Qüestionari AUDIT .....	322
Annex 7. Diagnòstic de la síndrome de dependència: Qüestionari MALT (Test Müncher Alkoholismustes) .....	323
Annex 8. Avaluació i quantificació del grau de dependència física a la nicotina: Qüestionari Test de Fagerstrom Breu .....	324
Annex 9. Identificació de la fase del procés de canvi: Model Transteòric de Canvi proposat per Prochaska i Diclemente .....	325
Annex 10. Avaluació del grau de motivació per intentar abandonar l'hàbit de fumar: Test de Motivació Richmond .....	326
Annex 11. Valoració de la dependència per diferents tipus de drogues .....	327
Annex 12. Identificació del consum de cànnabis: Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Versió espanyola) .....	328
Annex 13. Identificació del consum i la dependència de cànnabis: Cannabis Use Disorders Identification (CUDIT) .....	329



## RESUM

L'evidència que els estils de vida i el medi ambient són els factors que més poden contribuir a la reducció de la morbimortalitat de les persones ha originat nous enfocaments en la planificació i la gestió de les estructures sanitàries (Lalonde, 1974). Les millores en l'àmbit de la salut pública i els avenços científics i tècnics en el tractament de malalties agudes també han contribuït a modificar les causes de morbimortalitat de la població (Villa et al., 2006). Tot plegat ha tingut com a conseqüència que els organismes oficials d'àmbit internacional, nacional i local hagin orientat les seves polítiques sanitàries cap a un model centrat en la cura de la salut abans que no pas en la cura de la malaltia. Aquest canvi de model implica que les actuacions dels professionals han d'anar adreçades també cap a la prevenció de la malaltia i a la promoció de la salut mitjançant l'educació per a la salut. Lacroix i Assal (2005) assenyalen que l'objectiu de l'educació per a la salut és que les persones i els grups puguin adoptar comportaments i actituds favorables al desenvolupament i el control de la seva salut. L'objectiu d'aquesta tesi és conèixer la formació dels professionals sanitaris en matèria de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, i examinar com es concreta en les seves actuacions i intervencions en el cas de la prevenció del consum de tabac, alcohol i cànnabis. La mostra estudiada ha estat de 225 professionals –metges, infermeres i pediatres- que l'any 2009 treballaven a les àrees bàsiques de la salut (ABS) de la Regió Sanitària de Girona. L'estudi s'ha realitzat segons un disseny propi de la metodologia quantitativa (estudi d'enquesta). Dels resultats obtinguts destaquem: les limitacions formatives en educació per a la salut i en prevenció del consum de substàncies, i el fet que els professionals que han rebut formació específica en consum de substàncies utilitzen més l'educació per a la salut com a eina de prevenció en la seva activitat diària. També s'observa que el 80% dels professionals considera que hauria de millorar la seva formació en qualitat, i un 67% en quantitat, sempre sobre el consum de tabac, alcohol i cànnabis. En general, la manca de temps i la sobrecàrrega assistencial són esmentats com a factors que obstaculitzen les activitats d'educació per a la salut. Finalment, l'estudi posa de manifest que les activitats de prevenció secundària són les més realitzades, mentre que les intervencions comunitàries són poc utilitzades pels professionals.



## RESUMEN

La evidencia de que los estilos de vida y el medio ambiente son los factores que más y mejor pueden contribuir a la reducción de la morbimortalidad de las personas ha suscitado nuevos enfoques en la planificación y en la gestión de las estructuras sanitarias (Lalonde, 1974). Las mejoras en el ámbito de la salud pública, así como los avances científicos y técnicos en el tratamiento de las enfermedades agudas, también han contribuido a modificar las causas de morbimortalidad de las poblaciones (Vila et al., 2006). Todo ello ha inducido a los organismos oficiales de ámbito internacional, nacional y local a reorientar sus políticas sanitarias hacia un modelo centrado en el cuidado de la salud antes que en el tratamiento de la enfermedad. Dicho cambio implica que las actuaciones de los profesionales también deben ir dirigidas hacia la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante la educación para la salud. Lacroix y Assal (2005) señalan que el objetivo de la educación para la salud es que las personas y los grupos puedan adoptar comportamientos y actitudes favorables al desarrollo y al control de su propia salud. El objetivo de esta tesis es conocer la formación de los profesionales sanitarios en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como examinar cómo se plasma en las actuaciones e intervenciones en el caso de la prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis. La muestra estudiada incluye 225 profesionales –médicos, enfermeras y pediatras- que el año 2009 trabajaban en las áreas básicas de salud (ABS) de la Región Sanitaria de Gerona. El estudio se ha realizado mediante un diseño propio de la metodología cuantitativa (estudio de encuesta). Entre los resultados destacan las limitaciones formativas en educación para la salud y en prevención del consumo de sustancias, así como el hecho de que los profesionales que han recibido formación específica en el consumo de sustancias utilizan mucho más la educación para la salud como herramienta de prevención en su actividad diaria. También se observa que el 80% de los profesionales considera que debería mejorar su formación en calidad, y un 67% en cantidad, siempre en relación con el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. En general, la falta de tiempo y la sobrecarga asistencial se citan como factores que obstaculizan las actividades de educación para la salud. Finalmente, el estudio también pone de manifiesto que las actividades de prevención secundaria son las más realizadas, mientras que las intervenciones comunitarias son poco abordadas por los profesionales.

## ABSTRACT

The evidence that lifestyle and environmental factors can contribute to reduce more morbidity and mortality of people has brought new approaches to planning and management of health structures (Lalonde, 1974). Improvements at public health, and scientific and technical advances in the treatment of acute diseases, have also contributed to change the causes of morbidity and mortality of populations (Vila et al., 2006). This has led to international, national and local government agencies to redirect their health policies to a model focused on health care rather than treating disease. This change implies that professional actions should also be directed toward preventing disease and promoting health through health education. Lacroix and Assal (2005) note that the goal of health education is that individuals and groups could adopt behaviors and attitudes to the development and control of their own health. The objective of this thesis is to know the training of health professionals in health promotion and disease prevention, and to examine its manifestation among the actions and interventions for prevention of tobacco, alcohol or cannabis consumption. The sample includes 225 professionals -doctors, nurses and pediatricians, who worked in basic health areas (ABS) of the Health Region of Girona in 2009. The study used a self-made design of quantitative methodology (survey study). The most important results are: formative limitations in health education and prevention of substance use and the fact that professionals who have received specific training in substance use tap more health education as a prevention tool in their daily activities. It is also noted that 80% of professionals believe they should improve quality training, and 67% quantity, always in relation to the tobacco, alcohol and cannabis use. Generally, the lack of time and overload care are cited as factors preventing the health education activities. Finally, the study also shows that secondary prevention activities are the most used, while community interventions are underutilized by professionals.



## INTRODUCCIÓ

Aquesta tesi doctoral és un estudi sobre la formació dels professionals de la salut en matèria de Educació i Promoció de la salut i Prevenció de la malaltia en el consum de substàncies psicoactives, i com es concreta en les seves actuacions i intervencions en relació a la prevenció del consum de tabac, alcohol i cànnabis. El consum de drogues és a l'origen de patologies cròniques i problemes de salut com ara el càncer i les malalties cardiovasculars, a més de propiciar els accidents de trànsit i les malalties mentals. Moltes d'aquestes malalties i conseqüències, però, poden ser previngudes en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut mitjançant un seguit d'intervencions que afavoriran els canvis pertinents en els estils de vida de la població i la disminució o eradicació del consum de substàncies. Si, ara com ara, l'eficàcia d'aquestes intervencions és menor d'allò que fora desitjable o previsible, això no vol dir que no pugui augmentar en un futur immediat. Sobretot, si es millora –tal com s'argumenta en aquest treball- la formació dels professionals de l'APS en aquest àmbit o matèria.

Segons la darrera Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA, 2006), la prevalença del consum de tabac dels catalans és del 29,4% (34,5% dels homes i 24,4% de les dones). Pel que fa al consum de begudes alcohòliques, s'evidencia que un 4,5% de la població de més de 15 anys presenta un consum de risc; aquesta prevalença és més elevada en els homes (7,3%) que en les dones (1,7%). El 21,9% de les persones de 15 anys i més declara haver consumit derivats del cànnabis alguna vegada a la vida; i el 8,8% en els dotze mesos previs a l'entrevista (ESCA, 2006).

Els professionals de l'Atenció Primària de Salut (metges de família, pediatres i infermers, treballadors socials i professionals que col·laboren amb l'equip com ara psicòlegs, odontòlegs, ginecòlegs i llevadores) poden tenir una notable influència en la reducció del consum de substàncies i el millorament d'aquesta situació. El contacte directe amb la població fa que aquests professionals tinguin moltes més oportunitats per aconsellar, detectar, diagnosticar, tractar i ajudar les persones consumidores d'alguna mena de substància que no pas els professionals de la salut que actuen en altres àmbits assistencials i institucions hospitalàries, atès que l'Atenció Primària de Salut és l'àmbit de salut més freqüentat per la població. Segons el darrer informe del *Ministerio de*

*Sanidad y Política Social* del govern espanyol (2010), aquest nivell assistencial atén prop de 300 milions de consultes anuals; i més de 400 milions si es comptabilitzen les urgències fora d'horari i l'activitat d'infermeria. La freqüentació mitjana anual per habitant és de 6.0; amb un 6.1 en el cas de la medicina de família. D'aquestes consultes, sabem que entre un 15% i un 20% són atribuïbles al consum d'alcohol i altres drogues (llevat el tabac) (Segura et al., 2006). En el cas del tabac, aquest percentatge és de l'ordre del 35,7% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Torrecilla et al., 2001).

Molts estudis han demostrat l'eficàcia de les intervencions basades en les estratègies de prevenció de la malaltia i de promoció de la salut. Aquestes estratègies tenen un doble (o triple) vessant. D'una banda, actuen sobre els factors de risc i en la detecció de la malaltia. D'una altra, es combinen amb intervencions de caràcter comunitari que posen l'èmfasi en els factors positius de la salut, l'autonomia personal i la cohesió social. Però tampoc obliden, alhora, la preceptiva dimensió educativa de la salut, que es manifesta en la relació entre el personal mèdic o d'infermeria i els pacients (Generalitat de Catalunya, 2006).

Les intervencions preventives en els inicis del consum de substàncies psicoactives o en la progressió cap a l'abús i l'addicció, si volen ser eficaces, cal que prenguin en consideració els resultats assolits per les investigacions centrades en la identificació dels factors etiològics o associats al consum (factors de risc i de protecció) i pels estudis de caràcter epidemiològic sobre la prevalença i l'evolució del consum de les diferents substàncies. Si els darrers ens poden informar sobre les característiques del consum en un moment determinat, les recerques sobre els factors de risc i de prevenció de conductes relacionades amb el consum de drogues ajudaran a dissenyar programes i materials preventius que prenguin en consideració no solament la conducta que es vol prevenir (el consum de drogues), sinó també les variables microsocials (família, amics, escola) i macrosocials (cultura, valors) associades a les conductes de risc (Laespada, Iraurgi i Arostegi, 2004). Tal com diu MacKinnon (1994), els canvis relacionats amb la salut de les persones són el resultat del canvi en els mediadors dels comportaments.

Així, doncs, l'eficàcia de les intervencions preventives demana un abordatge metodològic rigorós, és a dir, un coneixement tant de les circumstàncies afavoridores

dels inicis del consum com de la pràctica clínica corresponent (detecció, diagnòstic, intervenció i tractament). Per aquesta raó, els professionals de la salut haurien de conèixer les bases teòriques i científiques que expliquen el fenomen del consum de substàncies (Lloret, Gázquez i García, 2006). L'any 1985, l'OMS ja valorava la necessitat de formació dels professionals en aquest àmbit, i recomanava que la formació en drogodependències fos integrada en els estudis universitaris corresponents i en els cursos de postgrau o especialització professional (OMS, 1985; c.f. Becoña, Llopis i Bobes, 2001).

En aquest treball es presenta un estudi sobre la formació dels professionals de la salut en matèria d'educació per la salut (EpS) i consum de substàncies. L'objectiu principal és conèixer quin és l'enfocament d'aquests professionals, i la seva actuació i intervenció, en la prevenció del consum de tabac, alcohol i/o cànnabis; si disposen de la formació, les eines i les estratègies adients; i si intervenen en funció de consideracions estrictament terapèutiques o si tenen en compte altres variables psicosocials del consum.

L'estudi s'estructura en 10 capítols. Al **capítol 1** es fa una presentació de l'actual Sistema de Salut a escala espanyola i catalana, que es basa en el dret a la salut recollit per la Constitució Espanyola de l'any 1976 i la Llei General de Sanitat de 1986. A més de recalcar el caràcter universal d'aquest sistema de salut, i la seva organització descentralitzada en Comunitats Autònomes (a Catalunya, regulada per la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya del 1990), també s'exposen aquells aspectes organitzatius més directament relacionats amb la problemàtica abordada, assenyaladament els diferents àmbits assistencials i l'estructura de l'APS.

Al **capítol 2** es fa una síntesi de les contribucions teòriques més rellevants que són a l'origen i desplegament del model d'atenció sanitària basat en l'Atenció Primària de Salut. S'hi analitza, en particular, la definició de l'APS proposada per l'OMS a la Conferència d'Alma Ata (1978). També s'exposen les característiques principals d'aquest model. Finalment, es descriuen els components de la Promoció de la Salut i la Prevenció de la Malaltia, les activitats assignades als professionals segons aquest model de salut, i els obstacles que en condicionen el desenvolupament.

En el **capítol 3** se sintetitzen les idees i els objectius principals del debat teòric i conceptual de la Promoció i Educació per a la Salut. També es recullen les conclusions de les diferents conferències internacionals de Promoció de la Salut. A continuació, es fa una breu consideració al voltant de la Prevenció de la Malaltia i els tres nivells de prevenció relacionats amb les diferents fases del desenvolupament de la malaltia i l'acció preventiva corresponent (primària, secundària i terciària). Finalment, es tracta l'Educació per a la Salut, tot remarcant la seva importància a l'hora d'assolir canvis de comportament.

Al **capítol 4** s'exposen diverses teories i models utilitzats en la prevenció de conductes de risc. Són models que proposen explicacions de les conductes individuals i que, en conseqüència, suggereixen pautes d'intervenció. Atès que la promoció i la prevenció del consum de drogues requereix una perspectiva multidimensional, s'han estudiat els següents: el model de creences de salut (Maiman i Becker, 1974); el model de prevenció de la malaltia (Bayés, 1989); la teoria de la cognició social o l'aprenentatge social (Bandura, 1984); i el model dels estadis del canvi o model Transteòric (Prochaska i DiClemente, 1994). En aquest capítol també s'analitzen tres marcs conceptuals per promoció de comportaments saludables: l'organització comunitària; la teoria de la difusió de les innovacions, i el canvi institucional o organitzatiu.

Al **capítol 5** es fa una revisió dels diferents programes, guies clíniques, i instruments per detectar i diagnosticar els consums de tabac, alcohol i cànnabis a l'Atenció Primària de Salut.

El **capítol 6** es dedica a formular els objectius generals i específics de l'estudi.

Al **capítol 7** es presenta la metodologia i els instruments emprats per a la recollida de la informació i el procediment de la recollida de dades.

Al **capítol 8** es mostren els resultats obtinguts analitzats amb metodologia qualitativa.

A continuació, al **capítol 9**, es discuteixen els resultats obtinguts, en funció dels objectius inicials de la recerca, i mitjançant la comparació amb altres estudis de la mateixa índole.

En el **capítol 10** es recullen les principals conclusions de l'estudi. A continuació, figuren les **referències** utilitzades en la recerca.

Finalment, a l'apartat d'**annexos** s'adjunta una còpia del qüestionari que ha servit de base a l'estudi, i les instruccions utilitzades en la seva administració. Alhora, s'adjunten alguns instruments de detecció i diagnòstic utilitzats en l'àmbit de l'APS per cada substància.





## 1. EL SISTEMA SANITARI

Un sistema sanitari és un conjunt organitzat d'elements interdependents i de natura variada. Inclou els serveis de salut, però també tots aquells altres factors que en fan possible la seva eficàcia, com ara els recursos humans i materials, la informació, els coneixements i la tecnologia (OMS, 2008).

Els sistemes sanitaris tenen dos objectius principals: d'una banda, millorar la salut de la població utilitzant els coneixements actuals sobre las causes de les malalties i el seu tractament; i d'una altra, disminuir les desigualtats entre els subgrups de població en l'accés als serveis de salut (Starfield, 2001).

### 1.1. EL SISTEMA SANITARI DE L'ESTAT ESPANYOL

La Constitució espanyola de l'any 1978, en l'article 43, estableix el dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària de tota la població, així com el deure de l'Estat de garantir i tutelar la salut pública mitjançant mesures preventives, prestacions i serveis. La Constitució atorga als ciutadans uns drets bàsics en matèria de salut, però la via per arribar a fer efectius aquests drets es regula per la Llei General de Sanitat, la qual defineix i precisa allò que cal entendre per dret a la salut i quines són les accions concretes per a garantir-lo (Temes i Gil, 1997).

La Llei General de Sanitat (L.G.S.) 14/1986 de 25 d'abril, crea un sistema sanitari públic: el Sistema Nacional de Salut (S.N.S.). El caràcter universal i solidari d'aquest sistema demana que la seva organització pugui garantir l'accés als serveis sanitaris a tota la població. Per aquest motiu el S.N.S. inclou tots els serveis de salut de l'administració de l'Estat i de les Comunitats Autònomes (CC.AA.) i integra totes les funcions i prestacions sanitàries que són responsabilitat dels poders públics segons els criteris següents (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

- **L'atenció sanitària és de finançament públic, té un caràcter universal, i és gratuïta en el moment de fer-ne ús.** El S.N.S. es finança amb els impostos dels contribuents i les quotes dels empresaris i els treballadors; l'assistència és per a

tothom (fins i tot aquells que no tenen una feina reconeguda) i l'usuari no contribueix al cost del servei en el moment de l'ús. Pel que fa a l'adquisició dels productes farmacèutics prescrits per un facultatiu, l'usuari en situació laboral activa aporta un 40% del preu del medicament, i en el cas de patir una malaltia crònica, igual com en els malalts de SIDA, la contribució és d'un 10% únicament. Les persones en una situació laboral de pensionista (vellesa, invalidesa) gaudeixen de la gratuïtat dels medicaments.

- **Ciudadans i poders públics tenen deures i obligacions en matèria de salut pública.** En l'article 11 de la L.G.S. s'especifiquen les obligacions i les responsabilitats dels ciutadans en el compliment de les prescripcions generals dels serveis sanitaris. Així, els ciutadans han de tenir cura de les instal·lacions sanitàries, responsabilitzar-se de les prestacions del sistema sanitari, i signar l'alta voluntària en cas de no voler acceptar un tractament determinat. Al seu torn, els poders públics han de vetllar per corregir les desigualtats sanitàries i garantir l'accés als serveis de salut en tot el territori de l'Estat espanyol.
- **Descentralització política de la sanitat a través de les Comunitats Autònomes.** La L.G.S., en el Títol III, fa referència a l'estructura del sistema sanitari públic. En els articles 49 i 50 es disposa que les CC.AA. hauran d'organitzar els serveis de salut d'acord amb els principis bàsics de la L.G.S., i que cada Comunitat haurà de constituir el seu propi Servei de Salut. En l'article 51.2 s'especifica que l'ordenació territorial dels serveis sanitaris serà competència de les CCAA. La gestió i el control dels respectius serveis de salut es reglamenta en l'article 52. L'article 55 regula l'organització, les funcions i l'assignació dels mitjans i recursos personals i materials del servei de salut, sempre en el marc de les respectives competències autonòmiques.
- **Prestació d'una atenció integral de salut.** En aquest apartat, la L.G.S. recull les polítiques de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia. També s'ocupa de les prestacions mèdiques i farmacèutiques.
- **Integració de les diferents estructures i serveis públics al servei de la salut en el Sistema Nacional de Salut.** La voluntat de la L.G.S. és crear un dispositiu únic per assegurar un sistema sanitari coherent, harmònic i eficaç.

## 1.2. EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària a Catalunya (LLOSC) és el marc de referència per a la realització de la política de salut a Catalunya. El seu articulat regula totes les accions que fan possible i efectiu el dret a la protecció de la salut de la població. La LLOSC s'adiu necessàriament amb la legislació general i en particular amb la L.G.S., però marca les especificitats pròpies de la Comunitat Autònoma.

El Sistema Sanitari Català s'organitza d'acord amb els principis establerts en el marc de la L.G.S. on es disposa que les **Regions Sanitàries** (Figura 1.2.1) siguin les estructures bàsiques del sistema sanitari. Les Regions Sanitàries són responsables de la gestió unitària dels centres, de les seves prestacions i dels programes que es desenvolupin en ells (Temes i Gil, 1997). A Catalunya, la LLOSC estructura set Regions Sanitàries (Alt Pirineu i Aran, Girona, Barcelona, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Lleida i Catalunya Central) delimitades segons uns criteris geogràfics, socio-econòmics, demogràfics i epidemiològics, entre d'altres (Generalitat de Catalunya, 2003; LLOSC, 1990; Temes i Gil, 1997).



**Figura 1.2.1. Regions Sanitàries de Catalunya.**

Font: Generalitat de Catalunya (2003).

Les Regions Sanitàries compten amb unes estructures descentralitzades de direcció, gestió i participació comunitària denominades **Sectors Sanitaris** (Figura 1.2.2). Al si

d'aquests Sectors Sanitaris es desenvolupen i coordinen les activitats de prevenció de la malaltia, promoció de la salut i de la salut pública, i assistència sanitària i socio-sanitària en tots els àmbits assistencials, és a dir, l'atenció primària, hospitalària i socio-sanitària (LLOSC, 1990).



Figura 1.2.2. Sectors Sanitaris de Catalunya.

Font: Generalitat de Catalunya (2003).

Cada Sector Sanitari està integrat per un conjunt d'**Àrees Bàsiques de Salut (ABS)** (Figura 1.2.3) el radi d'actuació de les quals ve delimitat per factors geogràfics, socials, epidemiològics i de vies de comunicació. Les ABS són les unitats territorials elementals on es presta l'atenció primària de salut. A cada ABS s'ubiquen els **Centres d'Atenció Primària de Salut (CAP)**. Els CAP són les estructures físiques i funcionals on es desenvolupen de forma integrada i mitjançant el treball en equip totes les activitats adreçades a la promoció de la salut i a la prevenció, la curació i la rehabilitació de la malaltia. Aquestes activitats es proporcionen a nivell individual i col·lectiu als habitants d'una ABS (Temes i Gil, 1997).



A la subxarxa de serveis socio-sanitaris o **tercer nivell** li pertoca d'atendre a les persones afectades per problemes de salut crònics, originats per l'envelliment o per malalties greus i degeneratives incurables, o que necessiten una rehabilitació de llarga durada per qualsevol motiu de salut i a qualsevol edat.

Finalment, el **quart nivell** fa referència a l'atenció dels problemes relacionats amb la salut mental. D'aquests problemes en té cura la xarxa de salut mental amb un àmbit d'actuació a nivell comunitari i hospitalari. Aquesta xarxa compta amb serveis específics per atendre problemes de salut mental relacionats amb la infància i l'adolescència, entre els quals hi ha la xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD). Aquest recurs té la funció d'atendre els problemes relacionats amb l'abús i dependència del consum de substàncies mitjançant tractaments especialitzats com són ara els programes lliures de drogues, els de manteniment amb metadona, i els de manteniment amb antagonistes per cadascuna de les substàncies. Els recursos de la XAD es poden proporcionar des de diferents àmbits assistencials, com ara els centres d'atenció primària amb especialitats, les consultes externes hospitalàries i els centres de salut mental. Pel que fa a la desintoxicació per consum de substàncies, el tractament de la síndrome d'abstinència es realitza en els hospitals d'aguts (Generalitat de Catalunya, 2003).

### 1.3. EL PLA DE SALUT DE CATALUNYA

La Llei General de Sanitat (LLOSC) va instaurar el Pla de Salut (PS) de Catalunya com l'instrument de planificació sanitària. El PS és el marc de referència per a les actuacions públiques en l'àmbit de la salut, i recull els objectius de política sanitària. Es basa en el coneixement de l'estat de salut de la població, i formula objectius a mig i llarg termini al voltant de tres eixos: activitats preventives i promoció de estils de vida saludables, la millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis; i la satisfacció de l'usuari (Brugulat et al., 2003).

L'objectiu del Pla de Salut és identificar els problemes de salut més prevalents i els seus condicionants, com ara: les característiques socio-demogràfiques de la població, els estils de vida, les característiques mediambientals i de l'entorn, i els serveis que donen atenció als problemes de salut (Generalitat de Catalunya, 2003).

D'ençà de l'any 1991, data de d'implantació del primer Pla de Salut de Catalunya, entre els objectius declarats, hi ha el de promoció de la salut per a la millora dels hàbits i els estils de vida de la població. Alguns dels principals problemes de salut i de l'atenció sanitària han estat l'hàbit tabàquic, el consum excessiu d'alcohol, i el consum de drogues (Generalitat de Catalunya, 2003).

L'actual Pla de Salut de Catalunya (2007-10) inclou entre els seus objectius les àrees relacionades amb els estils de vida com ara: el consum de tabac, alcohol i les drogues il·legals. Per cada un dels objectius marcats es defineixen les estratègies d'intervenció i les actuacions a realitzar pels professionals de la salut tant les que es realitzen a nivell individual com comunitari i intersectorial (Generalitat de Catalunya, 2009).

Pel que fa a les intervencions, les línies d'actuació prioritàries per aquest problemes són:

- **Mesures de prevenció primària:** relacionades amb activitats per a l'adquisició d'hàbits saludables a nivell individual i comunitari.
- **Mesures de prevenció secundària:** inclouen activitats preventives, proves diagnòstiques per a la detecció de problemes relacionats amb el consum de substàncies, ja siguin biològiques o psicosocials, i la identificació de factors de risc.
- **Mesures de prevenció terciària:** consistents en el tractament de les complicacions o seqüeles derivades del consum de substàncies.





## 2. L' ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Els progressos experimentats en matèria de salut durant els darrers cent anys han estat atribuïts tot sovint als avenços de la ciència mèdica i la seva aplicació a través d'un seguit de procediments clínics de caràcter tant preventiu com terapèutic. Segons aquesta interpretació, els avenços científics haurien acabat per eradicar moltes de les malalties d'origen infeccioses que han estat la causa de l'elevada mortalitat de les poblacions al llarg de la història. Tanmateix, alguns autors han criticat una explicació semblant, sobretot perquè no pren en consideració la incidència dels factors de caràcter socioeconòmic en el benestar dels individus. Són justament aquesta mena de factors, però, els que han inspirat la moderna noció d'atenció primària de salut.

### 2.1. ANTECEDENTS

Les insuficiències de la hipòtesi "mèdica" van ser exposades per Th. McKeown i C. R. Lowe el 1966 en el seu influent manual de medicina social, *An Introduction to Social Medicine*, (McKeown i Lowe, 1981). Segons aquests autors, el descens continuat de la taxa de mortalitat, i l'augment correlatiu de l'esperança de vida de la població a l'era contemporània, no es poden atribuir simplement als avenços mèdics, sinó que són més aviat el resultat d'una combinació de factors. Entre aquest factors destacarien: les millores ambientals; la immunització de les poblacions, mitjançant l'extensió dels serveis sanitaris, l'aplicació de mesures relacionades amb la prevenció i el tractament de les malalties; i el creixement econòmic, la qual cosa fa possible una millor alimentació dels individus. McKeown (1990) ha reiterat la influència dels determinants socials en la gènesi i l'evolució de les malalties. Els treballs de tots dos autors han impugnat la hipòtesi segons la qual les actuacions terapèutiques haurien contribuït a reduir la morbiditat i mortalitat de les poblacions, almenys abans de mitjan segle XX. L'estudi igualment clàssic de Cochrane (publicat el 1972), sobre el grau d'eficiència dels serveis de salut, arriba a la conclusió que els recursos econòmics i tècnics dels sistemes nacionals de salut basats en la curació no són suficients per obtenir millores eficaces en salut (Cochrane, 2000).

En el decurs dels anys setanta del segle XX aquesta mena de crítiques i consideracions es van multiplicar. Starfield (1973) considera que la salut humana està condicionada per uns determinants, com ara l'ambient físic i social, les característiques culturals, els comportaments individuals i col·lectius, i els serveis sanitaris. Tots aquest factors intervenen en la modificació dels components genètics.

Als anys setanta del segle passat Laframboise (1973, cf. Restrepo i Málaga, 2001) va formular el model de Camps de la Salut. Aquest model va ser utilitzat pel ministre de Salut de Canadà Marc Lalonde per explicar la salut dels canadencs i establir les bases de la política de salut del seu país. L'any 1974 Lalonde va presentar l'informe governamental, "Noves perspectives de salut dels canadencs", que examinava els factors determinants en matèria de salut, i que conclouia que els condicionants ambientals i els estils de vida són els aspectes més influents a l'hora de millorar la salut de les persones (Lopez i Aranda, 1993; Restrepo i Málaga 2001).

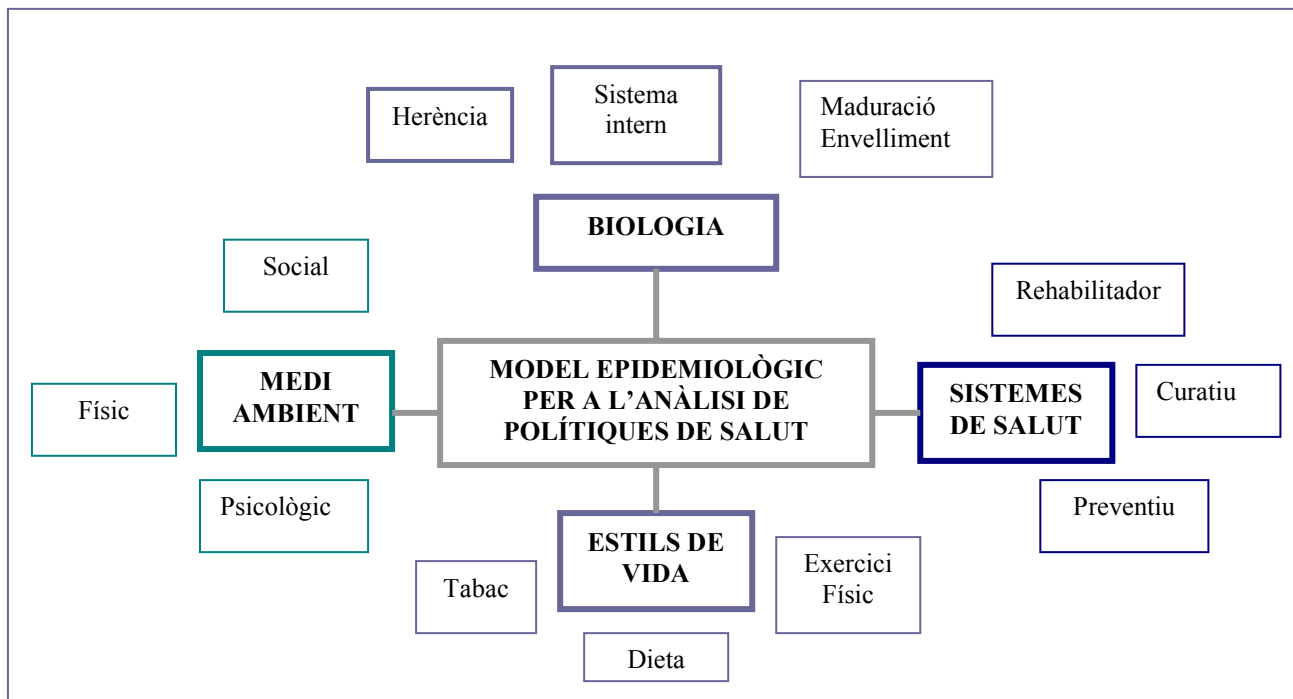
Segons Marc Lalonde, el nivell de salut està condicionat per una sèrie de factors o variables que es poden agrupar en quatre categories: **la biologia humana, el medi ambient, els estils de vida i el sistema sanitari** (Taula 2.1.1). La interacció d'aquestes quatre variables poden condicionar la salut i el benestar d'una persona o d'un col·lectiu. L'informe de Lalonde conclou que els condicionants ambientals i els estils de vida són els aspectes més influents a l'hora de millorar la salut de les persones (López i Aranda, 1993; Restrepo i Málaga, 2001).

**Taula 2.1.1. Factors condicionants de salut.**

CATEGORIES			
BIOLOGIA HUMANA	MEDI AMBIENT	ESTILS DE VIDA	SISTEMA SANITARI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genètica</li> <li>• Envel·liment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contaminació atmosfèrica i acústica</li> <li>• Control i distribució de l'aigua</li> <li>• Control dels aliments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaquisme</li> <li>• Consum excessiu d'alcohol</li> <li>• Alimentació</li> <li>• Exercici físic i descans</li> <li>• Consum de drogues</li> <li>• Consum de medicaments</li> </ul>	(No hi ha variables)
INSTRUMENTS DE TREBALL RELACIONATS AMB CADA UNA DE LES CATEGORIES			
MÈTODE CIENTÍFIC	LEGISLACIÓ	PERSUASIÓ	REORGANITZACIÓ

Font: Laframboise, 1973 c.f. Restrepo i Málaga, 2001.

Posteriorment Dever (1974) amplia el model de Laframboise i Lalonde detallant els components de cada categoria i l'anomena **model epidemiològic per a l'anàlisi de polítiques de salut** (Figura 2.1.1).



**Figura 2.1.1. Model epidemiològic per a l'anàlisi de polítiques de salut.**

Font: Dever, 1977 c.f. Restrepo i Malaga, 2001.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) en la seva “**estratègia de la salut per tots a l'any 2000**” va tenir en compte els determinants proposats en el model per establir els programes i les intervencions. En el cas concret d'Europa però, l'OMS posa l'èmfasi en **els estils de vida no saludables** com el principal determinant de la salut en els països desenvolupats (OMS, 1986).

L'any 1977 Engel va formular un model mèdic holístic, que va definir com a model biopsicosocial, i que va constituir una resposta al model biomèdic aleshores dominant en les societats industrialitzades. Engel (1977) argumentava que en la salut de les persones calia tenir en compte no sols els aspectes biològics, sinó també, i amb el mateix rang, els psicològics i els de caràcter social.

L'evolució de les malalties en les darreres dècades ha reforçat aquesta visió de la salut de les poblacions. Tot i que els avenços mèdics han estat efectivament considerables, i han

aconseguit l'eradicació d'algunes malalties infeccioses de llarga trajectòria, els patrons actuals de malaltia en els països occidentals (però també, i de manera accelerada, en els altres) han derivat cap a malalties de caràcter no transmissible o crònic. Així, segons Mazzáfero (1988), els factors vinculats a la conducta humana i als estils de vida poden estar relacionats amb aquesta nova mena de malalties dominants. En la mateixa línia, Kunst (1997) ha demostrat, a través dels indicadors de mortalitat en homes de 35 a 64 anys, que les diferències econòmiques i socials influeixen en els factors relacionats amb els estils de vida, com el tabaquisme i el consum d'alcohol.

Aquest és també l'enfocament de l'OMS, almenys d'ençà de la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut celebrada l'any 1978 a Alma-Ata (Kazajstán, antiga URSS) quan els experts van reconèixer la ineficiència del model d'atenció sanitària centrat en la malaltia, l'atenció individual hospitalària, i la tecnologia tal i com s'exposa en el següent apartat.

## 2.2. DEFINICIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

L'any 1978 l'OMS i el Fons de les Nacions Unides per a la Infància (UNICEF) van convocar la primera conferència internacional sobre Atenció Primària de Salut (APS) a Alma-Ata. En aquesta conferència, la salut va ser definida com un dret humà, i les organitzacions i els països participants es van comprometre a assolir l'objectiu de "Salut per tothom l'any 2000". En l'esmentada conferència internacional sobre APS a Alma-Ata, es va instar els governs de tot el món a dur a terme un seguit d'accions adreçades a la protecció i la promoció de la salut en el marc de l'APS, la qual va ser presentada com un model d'atenció idoni per satisfer de forma equitativa i eficaç les necessitats assistencials bàsiques de la població i per analitzar, alhora, les causes socials, polítiques i econòmiques que intervenen en les deficiències en salut (OMS, 1978, 22-24). L'APS es va definir com:

“L'assistència sanitària essencial basada en mètodes i tecnologia pràctics, científicament fonamentats i socialment acceptables, posada a l'abast de tots els individus i les famílies de la comunitat mitjançant la seva plena participació i amb uns costos que la comunitat i el país puguin suportar en totes i cadascuna

de les etapes del seu desenvolupament amb un esperit d'autorresponsabilitat i autodeterminació”.

L'APS, doncs, forma part tant del sistema nacional de salut, essent-ne la funció central i nucli principal, com del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat. Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema nacional de salut; porta el més a prop possible l'atenció de salut al lloc on resideixen i treballen les persones; i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària (OMS, 1978). A la Taula 2.2.1 es presenta un resum dels deu punts de la declaració d'Alma-Ata.

Aquesta definició enquadra les accions de salut pública que s'han de realitzar en un nivell d'assistència primària i local en benefici de la comunitat ja sigui des del diagnòstic, la prevenció, la curació o la rehabilitació.

**Taula 2.2.1. Conclusions de la Declaració d'Alma-Ata.**

- I. La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i és un dret humà fonamental. Assolir el nivell de salut més alt possible és un objectiu social prioritari a tot el món i que demana l'actuació de molts sectors.
- II. La desigualtat existent en la salut de les persones no és acceptable i involucra de forma comuna a tots els països del món.
- III. El desenvolupament econòmic i social és bàsic per poder assolir la salut per tothom, i la salut és bàsica per poder aconseguir el desenvolupament sostenible.
- IV. Les persones tenen el dret i el deure de participar en la planificació i la implementació de l'atenció sanitària.
- V. L'objectiu principal dels governs i de la comunitat internacional hauria de ser la promoció de la salut, per a tots els habitants del món, i perquè l'any 2000 es pugui assolir un nivell de salut que permeti poder portar una vida productiva socialment i econòmica. L'APS és la clau per aconseguir aquest objectiu.
- VI. L'APS es basa en la pràctica, en les proves científiques i en una metodologia i una tecnologia socialment acceptades, accessible universalment a través de la participació social, i amb uns costos que el país i la comunitat puguin suportar. És el nucli central del sistema sanitari i el primer nivell de contacte, perquè acosta l'atenció sanitària al lloc on les persones viuen i treballen.
- VII. L'APS és un reflex de les condicions del país i les seves comunitats, i s'adreça cap als principals problemes de salut de la comunitat. El model d'APS hauria de comportar una millora progressiva de l'atenció sanitària per tothom, i donant prioritat als més necessitats.
- VIII. Els governs haurien de formular polítiques i plans d'acció per tal d'establir l'APS com a part del Sistema Nacional de Salut integrat i coordinat amb d'altres sectors. Això requereix una voluntat política per mobilitzar tots els recursos, els interns i els externs.
- IX. Assolir un nivell de salut òptim de la població d'un país beneficia directament qualsevol altre país. Tots els països del món haurien de cooperar per assegurar l'APS a tot el món.
- X. Es pot aconseguir un nivell acceptable de salut per tot el món l'any 2000 amb una millor utilització dels recursos mundials.

Font: Tejada de Rivero (2003).

La definició de l'APS adoptada per l'OMS l'any 1978 ha estat objecte de diverses anàlisis i consideracions. Vuori (1983) afirma que aquesta definició és més aviat un llistat de característiques desitjables abans que no pas una realitat operativa, raó per la qual –al·legava– qualsevol definició de l'APS hauria de tenir en compte que:

1. **L'Atenció Primària de Salut pot ser entesa com un conjunt d'activitats**, que s'han d'oferir de manera universal i equitativament, com ara: educació sanitària sobre els problemes de salut i la seva prevenció, la provisió d'aliments i una nutrició adequada, la salubritat de l'aigua i el sanejament bàsic, cures materno-infantils, la immunització, la prevenció de les malalties endèmiques, el tractament adient dels problemes de salut, i el subministrament de medicaments essencials.
2. **L'Atenció Primària de Salut pot ser entesa com un nivell assistencial**, per atendre a les persones sanes i malaltes, i incidir en la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, tot potenciant l'autocura i la participació de la comunitat.
3. **L'Atenció Primària de Salut pot ser entesa com una estratègia organitzativa**, dels serveis de salut, accessibles d'acord amb les necessitats de salut de la població, funcionalment integrats, basats en la participació de la comunitat, el manteniment d'una correcta relació cost-efectivitat, i caracteritzada per la col·laboració intersectorial.
4. **L'Atenció Primària de Salut pot ser entesa com una filosofia**, és a dir, la manera de concebre la prestació dels serveis de salut segons un principi de solidaritat i equitat per tots els països i totes les persones de tot el món.

Segons Starfield (1992), l'atenció primària de salut, accessible a tota la població, és el nivell assistencial mitjançant el qual els sistemes de salut assoleixen dos dels seus objectius principals: optimització de la salut i equitat en la distribució dels recursos. D'una banda, l'APS atén els problemes més usuals de la comunitat mitjançant la prestació de **serveis preventius, curatius i de rehabilitació** per millorar la salut i el benestar de la població. D'una altra, l'APS és el nivell d'atenció que organitza i racionalitza el desplegament de tots els recursos, tant els bàsics com els especialitzats, per promoure, mantenir i millorar la salut. La mateixa autora, l'any 1998, definia l'APS com el primer nivell de contacte del pacient amb la atenció sanitària, la qual assumeix una responsabilitat de tipus longitudinal, és a dir, al llarg de la vida de les persones i



amb independència de la presència o absència de malaltia, i tenint cura dels aspectes biològics, psicològics i socials de la salut (Starfield, 2001).

Segons la *Canadian Medical Association* (1994; c.f. Starfield, 2001), l'APS és el primer nivell d'atenció del Sistema Sanitari, amb capacitat per resoldre qualsevol problema o necessitat de salut al llarg del temps; centrat en la persona abans que no pas en la malaltia; que ofereix atenció a la majoria de trastorns; i que coordina i integra l'atenció proporcionada en un altre àmbit o per uns altres professionals. L'APS té en compte els condicionants de la malaltia i pot influir en les respostes de les persones davant dels problemes de salut que pateixen. Finalment, l'APS contempla la prevenció i la promoció de la salut, raó per la qual les seves intervencions van adreçades a la persona, a la família i a la comunitat.

La *Charter for General practice/ Family Medicine in Europe* (1994; c.f. Starfield, 2001) defineix el paper de l'atenció primària com un sistema sanitari que té els següents objectius: assegurar la distribució equitativa dels recursos de salut; integrar i coordinar els serveis curatius, pal·liatius, preventius i de promoció de la salut; fer un ús racional dels medicaments i de la tecnologia de l'atenció secundària; i millorar la relació cost-effectivitat dels serveis mitjançant les 12 característiques següents:

1. **Atenció general:** No restringida a grups d'edat ni a determinats trastorns o problemes de salut.
2. **Atenció Accessible:** Accessibilitat temporal, geogràfica, econòmica i cultural.
3. **Atenció Integrada:** Guariment, rehabilitació, promoció de la salut i prevenció de la malaltia.
4. **Atenció Continuada:** Proporciona atenció al llarg de la vida de les persones.
5. **Constituïda per equips multidisciplinars:** Hi participen professionals sanitaris i no sanitaris (metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials).
6. **Atenció holística:** Es consideren els aspectes bio-psico-socials de les persones, la família i la comunitat.
7. **Atenció personalitzada:** Centrada més en la persona que no pas en la malaltia.
8. **Atenció orientada a la família:** Atenció dels problemes de salut en el context de la família i de la societat.

9. **Atenció orientada comunitària:** Estils de vida de la comunitat local, coneixement de les necessitats de salut de la comunitat, col·laboració amb d'altres sectors per iniciar canvis de salut positius.
10. **Atenció coordinada:** Coordinació de tots els consells i ajuts que rep la persona.
11. **Confidencialitat:** Preservació de la intimitat de les persones.
12. **Defensa del pacient:** Suport al pacient en tots els aspectes relacionats amb la salut i en relació a la resta de proveïdors de salut.

L'informe de l'*Institut of Medicine* dels Estats Units de 1988 defineix l'APS com “la provisió d'una atenció de salut integrada i accessible per part dels metges que són responsables d'atendre la gran majoria de necessitats de salut de la població, que estableixen una relació de continuïtat amb els pacients, i que treballen en l'àmbit familiar i comunitari” (Donaldson et al., 1996, 113).

Totes aquestes definicions, a desgrat de les seves modulacions, s'inspiren igualment en els principis acordats a la Conferència d'Alma-Ata de l'any 1978. Es tracta d'un model de salut integral i orientat cap a l'equitat, la democratització i la racionalitat, és a dir, que contempla l'ésser humà des d'una perspectiva bio-psico-social (Frías, 2000). Cal recordar que la salut és també un procés social i polític, i que, com a tal, requereix la presa de decisions polítiques (Tejada de Rivero, 2003). Es pot dir, doncs, que la Conferència d'Alma-Ata va contribuir a fer de l'Atenció Primària de Salut l'eix i la base del sistema sanitari.

### 2.3. L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT A CATALUNYA (APS)

La transformació del sistema sanitari espanyol segons el model d'Atenció Primària de Salut recomanat per l'OMS ha implicat un seguit de canvis en el model d'atenció sanitària i en els objectius, els continguts i l'organització mateixa (Martín i Cano, 2005). L'APS, entesa com a nivell bàsic d'atenció i com a porta d'entrada del sistema sanitari, constitueix l'àmbit assistencial on s'atenen i es resolen la major part de problemes de salut que presenta la població (Gené, 1999). És l'àmbit assistencial en el qual es desenvolupen accions de promoció de la salut adreçades a afavorir que la població i la comunitat de referència siguin capaces d'assolir els determinants positius per la salut (Pasarín, Miller i Segura, 2008).

A l'Estat espanyol, la reforma de l'APS es va iniciar l'any 1984, arran de la promulgació del Real Decreto 137/1984 sobre "Estructures Bàsiques de Salut". En aquest decret es posen les bases de l'actual xarxa de l'APS. Posteriorment, la Llei General de Sanitat (L.G.S.) de 1986 estableix el marc de les polítiques sanitàries que han de fer efectiu l'accés universal als serveis sanitaris. En el cas de Catalunya, la regulació del nou sistema es va fer mitjançant la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LLOSC). A començaments de l'any 2002 es va tancar el procés de transferència de la gestió dels serveis sanitaris a totes les Comunitats Autònomes. Actualment, totes elles han constituït els seus propis Serveis de Salut (Martín-Zurro i Cano, 2008).

La reforma de l'APS es basa en l'ordenació del territori en Àrees Bàsiques de Salut, cadascuna de les quals té atribuïdes unes activitats preventives i de promoció de la salut, juntament amb les activitats relacionades amb la curació i la rehabilitació de les malalties. Totes aquestes activitats es desenvolupen en els Centres d'Atenció Primària (CAP) i en altres centres o àmbits comunitaris, com ara escoles, llars de gent gran, i llocs de treball, a càrrec d'un equip multidisciplinar i integrat per metges de família, pediatres, odontòlegs, psicòlegs, diplomats d'infermeria, auxiliars d'infermeria i treballadors socials. Les activitats que es realitzen en els CAP són: visites mèdiques i d'infermeria, i activitats preventives, com ara vacunacions, detecció precoç de malalties o problemes de salut, i promoció i educació d'hàbits saludables mitjançant consells sanitaris i atenció continuada de 24h. Totes les accions i activitats realitzades pels professionals d'APS van adreçades tant a nivell individual com al conjunt d'habitants que configuren l'ABS (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

#### **2.4. L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS)**

L'Institut Català de la Salut és una empresa sanitària pública adscrita al Departament de Salut i és el proveïdor de serveis sanitaris més gran de Catalunya. Pel que fa a l'organització territorial i la gestió corresponent, l'ICS s'estructura en 9 àmbits: Lleida, Camp de Tarragona, Barcelona, Girona, Metropolitana Sud, Metropolitana Nord, Metropolitana Central, Alt Pirineu Aran i Terres de l'Ebre (Generalitat de Catalunya, 2010).

Actualment, hi ha en funcionament 470 Equips d'Atenció Primària (EAP). El 90,2% d'aquests equips estan gestionats per entitats públiques: un 78% pertanyen a l'ICS; un 22% pertanyen a d'altres entitats sanitàries; i el 9,8% restant estan gestionats per empreses públiques i consorcis contractats pel Departament de Salut o CatSalut. Hi ha també altres formes organitzatives i de gestió, com ara entitats de base associativa (EBA) i organitzacions privades o mixtes, com ara fundacions i mútues contractades pel Departament de Salut mitjançant concurs públic. A la Taula 2.4.1 es presenten els equips d'Atenció Primària de la Regió Sanitària de Girona per proveïdors, i a la Figura 2.4.1 es representen les ABS per entitats gestores.

L' ICS, a l'àmbit de l'Atenció Primària de la Regió Sanitària de Girona, ofereix atenció sanitària, en els Centres de Salut i alhora promou activitats de caràcter comunitari de forma conjunta amb l'Equip d'Atenció Primària (EAP), i les administracions locals, desenvolupant de manera integrada, actuacions relatives a la promoció de la salut, la prevenció, la curació i la rehabilitació, tant individual com col·lectiva.

**Taula 2.4.1. Equips d'Atenció Primària per proveïdors a la regió sanitària de Girona.**

PROVEIDORS	EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
Institut Català de la Salut (ICS) Equips: 23	Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Sarrià de Ter Arbúcies-Sant Hilari Sacalm, Santa Coloma de Farners, Sils-Vidreres-Maçanet de la Selva, Banyoles, Sant Feliu de Guíxols La Jonquera, Llançà, Roses, Besalú, Olot, Camprodon, Ripoll, Blanes Celrà, Figueres, Vilafant, Bàscara
Consorci Assistencial del Baix Empordà (CABE) Equips: 4	Torroella de Montgrí, Palamós, La Bisbal d'Empordà, Palafrugell
Consorci de Salut del Maresme i la Selva (CSMS) Equips: 1	Lloret de Mar
Institut d'Assistència Sanitària (IAS) Equips: 3	Breda-Hostalric, Anglès, Cassà de la Selva
Fundació Hospital d'Olot (FHO) Equips: 2	Sant Joan les Fonts, La Vall d'en Bas
Fundació Hospital de Campdevànol (FHC) Equips : 1	Ribes de Freser-Campdevànol
Fundació Salut Empordà Equips : 1	L'Escala
Albera Salut SL Equips : 1	Peralada
Total 36	

Font: Departament de Salut. Servei Català de la Salut (2009).



**Figura 2.4.1. Àrees Bàsiques de salut ABS per entitats gestores a la regió sanitària de Girona.**

Font: Generalitat de Catalunya (2009).

## 2.5. ACTIVITATS PREVENTIVES EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Les activitats preventives i de promoció de la salut en l'àmbit de l'Atenció Primària s'han anat desenvolupant fins convertir-se en un dels elements centrals del sistema sanitari. La prevenció és un dels components de l'APS que ha demostrat tenir un impacte més gran en la salut de la població (Sans et al., 2006).

Els actuals plans directoris del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya consideren l'Atenció Primària de Salut com l'àmbit assistencial idoni per incorporar activitats preventives i de promoció de la salut. L'any 1993, l'esmentat Departament va editar el llibre blanc *Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial*, la finalitat del qual era fomentar el desenvolupament d'aquestes activitats en el Sistema de Salut Català (Generalitat de Catalunya, 1993). Altrament, diferents institucions sanitàries i alguns grups d'experts d'àmbit nacional i internacional han recomanat que els professionals d'APS duguin a terme intervencions i activitats preventives en el consum de substàncies. D'ençà de l'any 1988, la *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* desenvolupa un Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la salut (PAPPS), orientat a la prevenció de múltiples problemes de salut a

l'Atenció Primària, i que inclou la detecció del consum de substàncies. També la *US Service Task Force*, la *Canadian Task Force*, i l'*Agency for Health Care Policy and Research* han realitzat recomanacions en el mateix sentit (Martín, 2003).

El *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: Proyecto AP-21, 2007-2012* (2008) remarca que les activitats de prevenció i promoció de la salut s'han de desenvolupar d'acord amb els programes de salut establerts i relacionats amb les necessitats de salut de la població. Les activitats preventives inclouen tasques de promoció de la salut adreçades a modificar o potenciar hàbits i actituds que condueixin a formes de vida saludables i, alhora, a promoure el canvi de conductes relacionades amb aquells factors de risc vinculats amb problemes de salut específics. L'aplicació d'activitats preventives ha de prendre en consideració els següents factors: a) l'efectivitat de la pràctica preventiva, b) garantir la continuïtat de l'atenció de les persones sotmeses a proves de cribatge, i c) disposar de mitjans per confirmar el diagnòstic i establir el tractament i el seguiment dels malalts detectats. L'informe també contempla les següents activitats preventives que han de realitzar els professionals: administració de vacunes; detecció de factors de risc modificables, com ara tensió arterial i colesterol elevats; aconsellar als pacients sobre hàbits de vida saludables, com ara abandonar el consum de tabac, reduir el consum d'alcohol, realitzar una alimentació adequada o practicar exercici físic; sol·licitar proves de cribatge per detectar precoçment algunes malalties, com ara el càncer de cèrvix; identificar la població que presenta un major risc de patir una malaltia; i finalment, oferir seguiment i vigilància per qualsevol procés de malaltia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Per quantificar el grau de compliment de les activitats preventives recomanades en el programa PAPPS es va realitzar un estudi amb 32 equips d'Atenció Primària (metges i infermeres) de Toledo, i una mostra de 273 professionals, un 56% dels quals eren metges i el 55,2% infermeres. Algunes de les activitats examinades eren: l'aplicació de vacunes, la determinació de glucosa i de colesterol, la mesura de la tensió arterial, i el consell sobre l'exercici físic i el consum de tabac i alcohol. Els resultats van mostrar un elevat grau de compliment en les activitats preventives relacionades amb els factors de risc cardiovascular (mesura de la glucosa: 73,6%, colesterol: 96,2%, tensió arterial: 84,4%, i consum de tabac: 85%) (Cano-Martín, Berrocoso-Martínez, Aguilar-Blanco i González-González, 2005).

En un altre estudi realitzat per analitzar si els residents de medicina familiar i comunitària de dos centres de salut de Còrdova efectuaven activitats preventives durant la seva estada formativa, amb una mostra de 40 metges residents i 384 pacients, els resultats van ser que el 72,1% de les persones que acudien a la consulta no van ser objecte de cap activitat de prevenció primària, i que les activitats preventives realitzades estaven relacionades sobretot amb la prevenció secundària (70,1%); en particular, la mesura de la pressió arterial, que era la més practicada (8,1%). L'estudi també va verificar que la realització de les activitats preventives realitzades pels metges residents en les consultes d'atenció primària era molt escassa (Paniagua, Pérula, Ruiz i Gavilán, 2010).

Silagy et al. (1992) van estudiar les activitats preventives realitzades en cinc consultes de medicina general del Regne Unit a partir d'una mostra de 4.941 persones d'edats compreses entre 35-64 anys que havien consultat un metge o una infermera. Els resultats d'aquest estudi mostraren que el 27% dels fumadors van rebre consell antitabac; un 4,5% va rebre assessorament sobre els beneficis de l'exercici físic; un 12% va rebre consell per la dieta; i només un 3% en va rebre sobre el consum d'alcohol. Les persones amb un perfil de comportament poc saludable o amb risc cardiovascular van rebre més consell que les altres: per exemple, el 47% dels fumadors amb antecedents de malaltia cardiovascular van rebre consell sobre el tabac. Pel que fa al gènere, els homes van rebre més consell que les dones en el cas de l'exercici físic (11% i 4%, respectivament) i el consum d'alcohol (10% i 4%), mentre que les dones van rebre més consell sobre el pes (17% i 23%). El tipus d'assessorament rebut no es va veure afectat per l'edat, l'estat civil o la classe social.

Segons l'estudi de Coleman i Wilson (1996), el 97% dels professionals d'APS del comtat de Leicestershire (Anglaterra) pensava que l'eficàcia de les activitats preventives relacionades amb el consum de tabac era més elevada en el cas d'aquells pacients que presentaven símptomes relacionats amb el consum d'aquesta substància, i el 65% creia que el consell per abandonar el consum de tabac era més efectiu quan els pacients presentaven una patologia associada. En una enquesta realitzada en una mostra de metges de família d'Itàlia, sobre el consell per a l'abandonament del tabaquisme, el 90% dels entrevistats afirmava que gairebé sempre realitzaven una recomanació explícita per deixar de fumar si els pacients presentaven problemes de salut, com ara malaltia

pulmonar i bronquial, les malalties del cor, i també en el cas d'embaràs; En canvi, només el 44% dels entrevistats afirmava que gairebé sempre realitzava la recomanació d'abandonament del tabac als pacients que no presentaven trastorns o problemes associats al seu consum (Fiore, Cavallini, Lenassi i Pilati, 2003).

A l'Estat espanyol, els estudis que han avaluat de manera sistemàtica la integració de les activitats preventives en Atenció Primària són escassos. Cal destacar, però, els estudis d'avaluació realitzats pel Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS), els quals mostren que el 32,8% de fumadors reben consell per abandonar el consum de tabac, mentre que el consell per reduir el consum excessiu d'alcohol es fa en el 44,7% de bevedors de risc (Subias, García-Mata, Perula i Grupo de Evaluación del PAPPS, 2000).

Córdoba i Nebot (2005) han analitzat diversos estudis realitzats a l'Atenció Primària de Salut, tant d'àmbit nacional com internacional, i han pogut constatar que els professionals de la salut no realitzen les recomanacions preventives sobre hàbits de vida amb la freqüència esperada. Les raons adduïdes pels professionals són: desconeixement o infravaloració de l'eficàcia del seu consell; una escassa formació en tècniques eficaces de comunicació i consell; la creença que els pacients no desitgen rebre consells sobre estils de vida saludables quan són atesos per altres problemes; i l'escassa disponibilitat de temps per realitzar activitats preventives. Altrament, els professionals creuen que els tres principals factors de risc cardiovascular (hipertensió, colesterol i tabaquisme) són essencialment modificables, però la percepció que tenen de l'efectivitat en les intervencions és mínima. En general, es consideren més capaços de controlar la hipertensió que no pas d'influir en el tabaquisme. La manca de formació específica en prevenció i promoció de la salut és un altre factor que explica el poc interès i la baixa motivació dels professionals per realitzar aquestes activitats.

## **2.6. OBSTACLES PER A LA IMPLANTACIÓ DE PROGRAMES DE PROMOCIÓ DE LA SALUT**

Un estudi realitzat per Hutchinson, Abelson, Woodward i Norman (1996) a Ontario (Canadà) arriba a la conclusió que en la introducció i implementació d'activitats



preventives i de promoció de la salut en els centres d'APS es detecten una sèrie d'**obstacles**:

1. Manca de temps, atesa la càrrega de treball i la dotació de recursos.
2. Manca de formació o de coneixements, ja sigui en l'àmbit de la prevenció en general o davant problemes específics. Entre els problemes més destacats es fa referència a la manca de formació en intervencions educatives i en els canvis d'estils de vida.
3. Falta de confiança en els resultats de les activitats preventives, sobretot per la manca d'evidència científica en els resultats obtinguts.
4. Poc reconeixement (incentius econòmics i professionals) per part de les organitzacions sanitàries i de la mateixa població.
5. Poc desenvolupament dels sistemes de registre i record de les activitats preventives en els sistemes de citació i registres clínics.
6. Manca de material específic, tant pel que fa a instruments com a l'accessibilitat als recursos. Sovint el material de suport resulta desfasat (tríptics, cartells).
7. Existència de recomanacions o guies que contenen diferents tipus de informació, a vegades contradictòries o poc clares.
8. Les intervencions de promoció de la salut i el consell sanitari es fan amb menys freqüència que el cribatge.
9. Demanda limitada per part de la població.
10. Estil de treball dels propis professionals, centrat en la solució de problemes, i amb poca capacitat per coordinar-se amb altres serveis o professionals.

Altres autors (Hensrud, 2000 i Wender, 1993; cf. Wouldes, 2009) analitzen l'aplicació de les activitats preventives en la pràctica clínica i coincideixen en identificar tres tipus de factors que obstaculitzen la recomanació d'intervencions de prevenció:

1. **Els relacionats amb els professionals:** Com poden ser la manca de temps, l'interès per altres problemes de salut, la manca d'experiència, i el desacord amb les recomanacions.
2. **Els relacionats amb els pacients:** Falta de confiança.
3. **Els relacionats amb els sistema sanitari:** Derivats del funcionament i l'organització del propi sistema sanitari.

Un estudi realitzat a Suïssa per Cornuz, Ghali, Carlantonio, Pécoud i Paccaud (2000) va analitzar vuit variables relacionades amb les actituds dels professionals i les activitats de prevenció. Els resultats són força concordants, i mostren que el 41% dels professionals considera la falta de temps i la manca d'interès dels pacients com els dos obstacles més importants per realitzar activitats de prevenció. El 44% destaca, a més, que la manca d'habilitats i de formació en el consell sobre el consum d'alcohol i la nutrició són també obstacles importants.

Un treball realitzat per Trembla, Cournoyer i O'Loughlin (2007) en una mostra de metges del Canadà identifica els següents obstacles en la prevenció del consum de tabac:

1. La manca de temps.
2. La resistència a l'assistència per part dels pacients.
3. La dificultat per fer el seguiment.
4. La manca de compliment entre els pacients.
5. La manca d'interès dels pacients.
6. La manca de recursos comunitaris perquè els pacients puguin ser derivats.
7. El cost dels medicaments per a la deshabitació tabàquica.
8. La manca d'impacte en l'orientació en pacients.
9. La manca de coneixement sobre el cessament d'assessorament.
10. La manca de coneixement sobre els medicaments de cessament.
11. La dificultat en l'avaluació dels pacients i la preparació per deixar de fumar.
12. La manca de material educatiu.

Els resultats d'un estudi realitzat per analitzar els coneixements i les actituds en l'aplicació d'activitats de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia en Atenció Primària, amb la participació de 2.082 professionals de la salut d'onze països europeus, mostren que més de la meitat (56,2%) consideren que els obstacles més importants per realitzar aquestes activitats són la càrrega de treball i la manca de temps (Sociedad Espanyola de Medicina Familiar y Comunitaria , 2007).

Martín-Zurro i Cano (2008) defineixen les següents barreres en relació a les activitats preventives i de promoció de la salut:

1. Una relació metge-pacient inadequada i sense prou continuïtat temporal.
2. La manca de temps, tot sovint per una dotació insuficient de recursos humans o materials.
3. Les deficiències importants en els sistemes de registre i citacions, així com en la documentació clínica.
4. La falta d'instrumental i altres materials precisos per a la realització de les activitats programades.
5. La falta de valoració pels professionals i la població de la importància del problema a prevenir.
6. L'absència de col·laboració o coordinació amb altres sectors relacionats amb la salut i amb els mitjans de comunicació social.
7. L'existència de recomanacions diverses sobre la pertinència, periodicitat o forma de realització de determinades activitats preventives.
8. Les llacunes formatives dels professionals sanitaris en el camp de la prevenció i promoció de la salut, i el seu escepticisme sobre la seva efectivitat.
9. L'absència o escassetat d'incentius personals i col·lectius, inclosos els econòmics, relacionats amb el grau d'implantació i compliment d'activitats preventives i de promoció de la salut.

En un altre estudi realitzat amb una mostra de 129 professionals d'Atenció Primària de Catalunya (metges, professionals d'infermeria, tècnics i responsables de gestió) es van analitzar les activitats preventives i els obstacles percebuts per realitzar-les. Els resultats van mostrar que les activitats de prevenció i promoció de la salut que es realitzen a l'APS corresponen als hàbits tòxics, inclosos el consum de tabac, alcohol i drogues il·legals (26,3%), als problemes de salut cardiovascular (21,3%) i als estils de vida, assenyaladament, l'alimentació i l'exercici físic (19,1%). Altrament, els principals problemes esmentats pels professionals de cares a la prevenció en la pràctica clínica van ser: manca de temps, manca de formació, i les pròpies actituds dels professionals cap a la prevenció. Per millorar la implementació de la prevenció en la pràctica clínica, els professionals suggereixen una millor formació en habilitats de comunicació (24,4%) i en la metodologia del consell (16,4%), i la utilització simultània de guies de pràctica clínica (16,4%). D'altra banda, es detecta la necessitat de millorar les actituds dels mateixos professionals cap a la prevenció (Nebot et al., 2007).

Pel que fa a la detecció del consum d'alcohol, els principals obstacles percebuts pels professionals de l'APS són (Colom, Gual i Segura, 2004):

1. La manca de temps per realitzar activitats preventives.
2. La manca de formació.
3. Les reticències sobre l'eficàcia de les estratègies de detecció precoç i intervenció breu.
4. La por a la sobresaturació que el programa preventiu pugi ocasionar.
5. La confusió de conceptes (alcoholisme, consum de risc, etc.).
6. El temor a rebre poc suport per part de les autoritats sanitàries.
7. Les resistències al canvi per part dels pacients.

Segons aquest autors, existeixen diferències en les barreres percebudes pels professionals de medicina i d'infermeria a l'hora d'implementar un programa de prevenció del consum d'alcohol: el 40,9% dels metges consultats consideren la manca de temps com el principal obstacle, i el 16,7% del personal infermer, el fet de no tenir una formació suficient (Colom, Gual i Segura, 2004).

## 2.7. PREVENCIÓ EN EL CONSUM DE SUBSTÀNCIES

A partir de l'informe *Nicotine Addiction* de l'*US Surgeon General* s'estableixen les bases per considerar el tabac com un producte que genera dependència. Segons l'OMS, el tractament de la dependència a aquesta substància ha d'incloure una o varies intervencions relacionades amb el comportament (educació, assessorament breu, consell i suport intensiu) i l'ajuda farmacològica per reduir o superar la dependència del tabac individual i en la població en general (OMS, 2001).

Detectar i diagnosticar les persones fumadores és el primer pas en la prevenció del consum de tabac en l'àmbit assistencial. Registrar sistemàticament l'avaluació del consum en la història clínica (HC) i el consell oportú per al seu abandonament haurien de constituir una pràctica generalitzada en l'àmbit de l'APS. D'altra banda, les mesures de promoció de la salut de base comunitària i al voltant d'accions concretes, com ara el Dia Mundial Sense Tabac, i accions legislatives, com ara espais sense fum, sobretot en espais d'ús comú, poden incrementar l'abandonament del consum de tabac (Generalitat

de Catalunya, 2009). Alhora, l'OMS (2004) assenyala que per aconseguir una reducció significativa de la morbiditat i mortalitat per consum de tabac en els pròxims 30-50 anys, les mesures de prevenció i control hauran d'anar acompanyades d'una política assistencial eficaç i congruent amb les mesures comunitàries.

Els resultats d'un estudi realitzat en l'àmbit espanyol d'Atenció Primària amb una mostra de 1.228 pacients fumadors mostren que el 70% dels que acudeixen a la consulta més de tres vegades a l'any reben consell per abandonar el consum. El 78,3% dels pacients que reben consell van a la consulta per un motiu relacionat amb el consum de tabac; el 20,1% per un motiu que no té relació amb el tabac; i el 1,6% no recorda haver rebut consell. Segons els entrevistats, el consell que han rebut ha estat proporcionat pel metge en un 76,7% de casos; en un 9,3% per infermeria; i en un 12,4% per tots dos professionals (Lumbreras et al., 2002).

Per conèixer les activitats d'assessorament en la cessació del consum de tabac realitzades pels metges es va realitzar un estudi amb una mostra de 440 de professionals de la salut de Montreal. Els resultats van mostrar que el 84,6% dels enquestats estaven totalment d'acord o d'acord amb el fet que els metges de família havien d'aconsellar deixar de fumar als pacients; però només el 32,7% creia tenir les habilitats necessàries per ajudar els pacients més joves a no iniciar-se en el consum. Els professionals, tot i tenir actituds favorables a la pràctica del consell, no sempre actuaven en conseqüència: només el 10,5% de la mostra realitzava aquesta activitat. El 49,8% dels metges participants oferia visites de seguiment; el 42,5%, material educatiu; i el 20% realitzava activitats a la comunitat. El 26,1% dels metges coneixia el model de les etapes de canvi de comportament, i el 45,7% estava informat dels recursos de la comunitat per ajudar els pacients a deixar de fumar (Makni et al., 2002).

Humair i Ward (1998), en analitzar les estratègies utilitzades pels professionals de la salut a Sydney en l'abandonament del consum de tabac en un total de 157 consultes d'APS, van comprovar que només es van identificar i diagnosticar el 32% de fumadors, i que tan sols es va proporcionar assessorament en el 29% d'aquests casos. La quantificació del consum a partir del Test de Fagerström es va realitzar entre el 46% i el 54% dels fumadors, i tots ells van rebre informació sobre el risc de fumar tabac. L'avaluació de la motivació per abandonar el consum de tabac, i el consell

individualitzat, els consells pràctics i el material de suport escrit només es van proporcionar en un terç o menys de les intervencions. El consell per abandonar el consum, i l'ajuda farmacològica de substitució de la nicotina, no es van proposar mai.

Lancaster i Stead (2005), a partir d'una revisió de la Col·laboració Cochrane, per determinar els efectes de l'assessorament individual realitzat per professionals en l'abandonament del consum de tabac mostren que els materials d'autoajuda o de suport poden contribuir a promoure l'abandonament del consum, encara que el seu efecte sigui molt reduït. Els resultats tampoc no són gaire més significatius si aquestes mesures van acompanyades de tractament substitutiu de la nicotina (TSC). No obstant això, quan el disseny de materials d'autoajuda es personalitza i s'enfoca cap a les característiques de grup en funció de l'edat i el sexe s'observa una major efectivitat enfront dels materials estàndard.

En una enquesta realitzada pel Col·legi de Metges del Quebec per conèixer les intervencions realitzades en el consell del tabac i els factors associats a aquestes intervencions, amb una mostra de 500 metges, es va poder comprovar que la majoria dels participants informaven als fumadors dels efectes del consum de tabac i dels beneficis que comportava l'abandonament del consum, però que eren pocs els metges que oferien, alhora, material d'autoajuda o una informació específica per preparar l'abandonament. El 84% dels metges donava consell a fumadors sense intenció de canvi o abandonament; i només el 23% oferia material educatiu i informatiu. En el cas dels fumadors preparats per deixar de fumar, el 92% dels metges preguntaven sobre el nombre de cigarretes consumides al dia; el 70% informava de les estratègies per abandonar el consum; el 65% també informava dels símptomes d'abstinència; el 38% oferia material educatiu; i el 74% oferia o prescrivia una teràpia de reemplaçament de nicotina, com ara xiclets, pegats, inhaladors o medicació (O'Loughlin, Cournoyer i Tremblay, 2007).

En relació al consum d'alcohol l'any 1981 l'OMS va iniciar una estratègia encaminada a potenciar les intervencions i les activitats relacionades amb la detecció precoç de consum d'alcohol en tots els àmbits de la salut, emfasitzant el paper protagonista de l'Atenció Primària. Hi ha estudis que demostren que el consum d'alcohol disminueix quan s'apliquen mesures informatives i d'educació (Varela, Rodríguez i López, 2003).

Altres estudis han evidenciat que el suport dels professionals de la salut ajuda a reduir i fins i tot a suprimir el consum d'alcohol, malgrat que molts professionals d'APS es resisteixen a cribar i donar consell als seus pacients sobre el consum d'aquesta substància (Segura-García, Gual i Colom, 2005). D'altra banda, el 95% dels professionals considera que el cribatge de consum d'alcohol és una activitat pròpia de l'APS (Segura, Gual, Montserrat, Bueno i Colom, 2006).

El consum de risc de begudes alcohòliques ha estat definit per l'OMS com una ingesta mitjana habitual entre 20 i 40 grams de consum diari en el cas de les dones, i entre 40 i 60 grams en el cas dels homes. Aquest és un patró de consum que, sense presentar dependència, augmenta les probabilitats de patir malalties i trastorns físics o psíquics en el futur, juntament amb una major accidentalitat. A Catalunya, s'estima que un 7,5% de la població presenta un consum de risc de alcohol, i que els danys associats a aquest consum genera un 3,4% de les consultes ambulatories en Atenció Primària. En l'avaluació del programa Beveu Menys, impulsat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, es va detectar un 18,3% de bevedors de risc en la població atesa en l'Atenció Primària de Salut (APS). D'aquests, un 23,9% són homes i un 15,3% són dones (Séculi et al., 2003).

Molts professionals afirmen realitzar el cribatge de consum d'alcohol de manera sistemàtica. Ara bé, quan es realitzen revisions de les històries clíniques (HC) s'observa que els percentatges detectats en l'assistència primària són baixos i que només en el 25% de les HC es troba registrat el consum tal i com mostra l'estudi de Brontons, Iglesias, Martín, Martín i Gene (1998). Aquest autors van analitzar un total de 21.631 HC de pacients seleccionats mitjançant un mostreig sistemàtic en 166 centres d'atenció primària de tot el territori espanyol. En la mateixa línia, un estudi multicèntric realitzat a l'APS de Catalunya coincideix amb els resultats anteriors i comprova que el consum d'alcohol està registrat únicament en el 24,8% de les HC; i que només el 2,8% dels registrats aconsegueix els criteris de diagnòstic de consum de risc (Escobar, Espí i Canteras, 1993). En un altre treball realitzat en 28 Àrees Bàsiques de Salut de Catalunya seleccionades aleatòriament, i que va comptar amb la participació de 973 pacients i 80 professionals, es van revisar 852 HC. El resultat va ser que el cribatge de consum de risc de begudes alcohòliques registrat en la HC era del 26,4%, tot i que un 46,7% de

professionals afirmaven haver-lo realitzat i que el 49,9% de pacients deien o recordaven haver rebut consell (Colom, Contel, Segura i Gual, 2002).

Un estudi realitzat en un centre de salut de Pamplona per saber si els professionals preguntaven als pacients sobre el consum d'alcohol, en base a 318 històries clíniques, va tenir com a resultat que el consum d'alcohol estava registrat d'acord amb les indicacions del protocol en 225 casos; que en 21 HC s'havia registrat amb mancances; i que en 42 HC no constava aquesta informació (Teruel, Martínez, Baleztena, Fuertes i García, 2003).

En una auditoria d'HC realitzada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2000) es va posar en evidència que el cribatge de consum d'alcohol estava registrat en el 32,2% de les HC, i que el consum de risc estava recollit en el 6,7% de les HC, únicament. El programa d'activitats preventives (PAPPS, 2001) va comprovar que el cribatge estava registrat només en el 5,4% de les HC (Segura, Gual, Montserrat, Bueno i Colom, 2006).

Un estudi realitzat per conèixer la detecció i intervenció sobre el consum excessiu d'alcohol, elaborat pels metges de família de tres centres de salut de Catalunya, va trobar que en un 70% de les HC revisades hi constava el registre de consum d'alcohol: el 31,1% dels pacients eren consumidors d'alcohol i el 68,9% manifestava no consumir alcohol. Entre aquells que declaraven consumir alcohol es va quantificar el consum en el 63,1% de casos, però en la resta de les HC 36,9% no hi constava la quantitat consumida. El 25% dels pacients amb un consum quantificat presentava un consum de risc, i en el 46% d'aquests casos es va realitzar algun tipus d'intervenció per modificar o disminuir el consum (Barrera, Rodríguez, Blasco i Córdoba, 2005).

En un altre treball realitzat amb una mostra de 80 professionals (metges i infermeres) d'Atenció Primària de Salut de Catalunya el 14,5% no emprava cap mètode estandarditzat o protocol·litzat per diagnosticar el consum d'alcohol; el 48,7% utilitzava la impressió clínica per fer el diagnòstic; un 7,9% feia servir el qüestionari AUDIT; i el 28,9% restant utilitzava altres instruments diagnòstics no especificats (Segura, Gual, Mestre, Bueno i Colom, 2006).



Spandofar, Israel i Turner (1999) van realitzar un estudi amb 210 metges internistes i metges de família dels Estats Units per avaluar la detecció del consum d'alcohol i els mètodes de cribatge utilitzats. Els resultats van ser que el 64,9% dels metges afirmaven realitzar el cribatge per detectar l'abús o la dependència de l'alcohol en la visita inicial en un 80% dels seus pacients. Gairebé tots els participants (95%) van informar que sempre o freqüentment preguntaven per la quantitat de consum d'alcohol als pacients per detectar-ne l'abús d'alcohol, però només el 35% utilitzava sempre o amb freqüència el qüestionari CAGE.

Per conèixer la prevalença del consum de cànnabis es va realitzar un estudi en una Àrea Bàsica de Girona amb una mostra de 467 persones d'edats compreses entre els 17 i 35 anys. Els resultats van mostrar que el 21% dels enquestats havia consumit cànnabis en alguna ocasió. El consum era més gran entre els adults joves amb una mitjana d'edat de 26 anys, i era més elevat en els homes respecte les dones (32% i 13,2% respectivament). En les conclusions de l'estudi es remarcava la necessitat que els professionals de l'Atenció Primària realitzin a la consulta activitats de cribatge per aquesta substància d'una manera sistemàtica (Macau et al., 2006).

Sobre el cribatge del consum de cànnabis en l'àmbit de l'Atenció Primària no s'han localitzat estudis. En part, cal pensar, per la manca d'un programa o protocol específic que pugui facilitar el cribatge al professional. Però també per les característiques especials del consum d'aquesta substància, que fa recomanable una intervenció en altres àmbits, com ara l'escola, amb programes com Salut i Escola. En qualsevol cas, no hem trobat estudis que hagin avaluat el grau d'eficàcia d'aquesta mena d'intervencions. Les principals bases de dades de Guies de Pràctica Clínica (*National Guideline Clearinghouse, Canadian Medical Association, Guidelines International Network, National Library of Guides del NHS, Fisterra, Guiasalud*) no inclouen documents específics sobre el cànnabis. Només hi ha una revisió Cochrane que inclou el cànnabis com a droga d'abús, però els autors mateixos de la revisió assenyalen l'escàs nombre d'estudis que avaluen l'eficàcia de la detecció del consum per aquesta substància (Caudevila i Cabrera, 2009).

### 3. LA PROMOCIÓ DE LA SALUT

Els estudis sobre els problemes de salut característics de les societats occidentals, com ara malalties cròniques, discapacitats, malalties mentals, accidents i toxicomanies, mostren que es tracta de processos complexos en els quals intervenen determinants d'origen biològic però també condicionants i comportaments socials, raó per la qual els medicaments i els procediments diagnòstics i terapèutics tenen poca eficàcia des d'un punt de vista preventiu (Villa, Ruiz i Ferrer, 2006). Per aquest motiu, la promoció de la salut (PS) ha esdevingut un instrument de primera magnitud a l'hora de millorar la salut de les poblacions.

Un dels principis bàsics de la PS és que molts determinants de la salut estan fora del context de l'atenció mèdica i de l'àmbit de la salut. En conseqüència, la PS proposa una construcció social de la salut, mitjançant estratègies que impliquen múltiples sectors, inclòs el sector de la salut.

D'aquesta manera, la PS es presenta com una **estratègia** que permet reduir la inequitat, incrementar la prevenció, i augmentar la capacitat de les persones per fer front als seus problemes de salut. El seu objectiu és habilitar les persones per al millorament i/o control de la seva salut mitjançant l'enfortiment de l'autocura, les xarxes de suport social, la capacitat d'escollir les maneres més saludables de viure, i la creació d'un ambient favorable a la salut (Nutbeam, 1996).

La PS es relaciona també amb la prevenció de la malaltia (PM) i amb l'Educació per a la Salut (EpS). En aquest capítol s'explica, en primer lloc, la gènesi i la definició d'aquests conceptes, distints i alhora complementaris. A continuació, es presenta la seva inserció en l'àmbit específic de la prevenció del consum de substàncies.

#### 3.1. ANTECEDENTS

L'interès per millorar l'estat de salut de la població no és un fenomen recent. N'hi ha indicis, si més no, d'ençà del segle XIX. En aquesta època, els avenços científics en el camp de la medicina clínica, la microbiologia, la patologia, la fisiologia i la medicina

preventiva van ser molt destacats, i tots ells van contribuir als inicis de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, sobretot en relacionar la salut i les condicions de vida com a determinants de la malaltia (Restrepo i Málaga, 2001).

Tanmateix, la construcció teòrica i pràctica de la PS arrenca de la segona meitat del segle XX, tot just acabada la II Guerra Mundial. El primer referent teòric procedeix del camp de les ciències socials i de l'obra de Henry Sigerist a l'any 1945. Segons aquest autor, la medicina té quatre funcions: **la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, la curació dels malalts i la rehabilitació**. Sigerist és el primer autor que utilitza la terminologia de la PS per referir-se a les accions basades en la educació sanitària i a les accions de l'Estat per millorar les condicions de vida. El programa de salut proposat per l'autor inclou: educació de la població (compresa l'educació per a la salut); millorament de les seves condicions de vida i de treball; millorament dels mitjans de lleure i descans; un sistema de salut a l'abast de tothom, i centres mèdics d'investigació (Restrepo i Málaga, 2001; Terris, 1999).

L'any 1974 suposa un moment clau en el desenvolupament de la PS, arran de l'anomenat "Informe Lalonde" del Govern de Canadà. En aquest document es remarca que l'estat de salut d'una població depèn d'un seguit de factors que són conseqüència de les relacions entre la biologia, el medi ambient, l'estil de vida i l'atenció a la salut (Restrepo, 1995). El mateix informe posa de relleu que el principal instrument per intervenir en aquest factors és la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia (López, 1984).

L'Informe Lalonde va ser un referent per a altres estudis similars sobre els determinants de salut. Així, l'any 1976, el govern dels EE.UU. va realitzar l'estudi "De Dever", els resultats del qual mostraven que un 43% de la mortalitat s'havia d'atribuir als hàbits i estils de vida de la població; un 19%, al medi ambient; un 27%, a la biologia humana, i un 11% al sistema d'assistència sanitària o als seus dèficits d'atenció. En d'altres paraules, actuar (i invertir) sobre els estils de vida podria reduir la primera de les causes de mortalitat, i amb l'afegit de mesures ambientals favorables a la salut, la reducció de la mortalitat podria ser de l'ordre de més de la meitat (Piédrola, 2008).

D'ençà d'aleshores, la PS ha estat l'eix d'un debat socio-sanitari força fecund, les principals fites del qual es resumeixen en l'apartat següent.

### 3.2. EL CONCEPTE DE PROMOCIÓ DE LA SALUT

La PS és un concepte que va lligat a la definició de salut proposada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1946 segons la qual la salut es concebeix com: **“L'estat de complet benestar físic, mental i social de les persones i no només l'absència de la malaltia”** (OMS, 1946 p.100). Aquesta manera d'entendre la salut implica conèixer no sols els determinants biològics de la salut dels individus, sinó també els socials. Alguns determinants socials són controlats pel propi individu, com ara les conductes orientades a protegir la salut i l'ús dels serveis sanitaris. Altres, en canvi, tenen relació amb les condicions socials, econòmiques i de l'entorn, i amb la prestació dels serveis sanitaris (Colomer i Dardet, 2000). En conseqüència, els elements clau de la PS són aquelles accions que donen suport a les persones per a poder adoptar i mantenir estils de vida saludables, però també aquells altres que garanteixen un entorn saludable (Nutbeam, 2000).

Hi ha diferents definicions de la PS. A l'Informe Lalonde (1974) la PS es presentava com una **estratègia de salut**, la qual té com a finalitat informar, influir i assistir a les persones i organitzacions per a que acceptin més responsabilitat i siguin més actius en els problemes que afecten la seva salut mental i física. Tannahill (1985) considera la PS com un **procés multifactorial** que actua en les persones i en les comunitats a través de l'educació, la prevenció i les mesures de protecció. Segons Nutbeam (1986), la PS és una forma de **capacitar** les persones perquè puguin augmentar el control sobre els determinants de la salut i millorar-la. O'Donnel (1989) defineix la PS com la **ciència i l'art** d'ajudar a les persones a escollir els estils de vida adients per assolir un estat de salut òptim. Green i Kreuter (1991) posen l'èmfasi en la **planificació** amb suport normatiu, organitzat, polític i educatiu de les accions i condicions de vida. Labonté i Litte (1992) descriuen la PS com una **activitat o programa** per millorar les condicions de vida socials i ambientals de manera que pugui augmentar la percepció de benestar de les persones.

L'Associació Nord-americana d'Educació per a la Salut (2000) coincideix amb Green i Kreuter que la PS és la planificació combinada de mecanismes educatius, polítics, ambientals, reguladors i organitzatius que tenen com a objectiu donar suport a les accions i les condicions de vida que siguin favorables a la salut de les persones, els grups i les comunitats. Downie, Tannahill i Tannahill (2000) **interrelacionen l'educació per a la salut, la prevenció de la malaltia i la protecció de la salut**, i estableixen que la PS inclou els esforços per augmentar la salut positiva (qualitat de vida, benestar general) i reduir els riscos de la mala salut (malaltia o dolences). Les conferències internacionals de l'OMS reconeixen la PS com una **corrent innovadora** en l'àmbit de la salut i en remarquen la seva importància en el sector sanitari (Eslava, 2006).

A desgrat de les diferències d'èmfasi, les diverses definicions de la PS coincideixen en tres aspectes, distints i alhora complementaris (Eslava, 2006):

1. La PS és una orientació de política sanitària a nivell internacional, que busca intervenir sobre l'entorn, i modificar els estils de vida individuals, tot facilitant que les opcions més saludables siguin més fàcils d'escollir.
2. La PS és un conjunt d'accions i processos encaminats a que les comunitats i els individus estiguin en condicions d'exercir un major control sobre els determinants de la salut i d'aquesta manera puguin mantenir o millorar el seu estat de salut.
3. La PS és una dimensió de treball en salut que pren com a eix la salut en un sentit positiu i no la malaltia, i que té com a objectiu mantenir les condicions de salut i garantir les condicions de benestar dels individus i de les poblacions.

La PS s'institucionalitzà arran de la celebració, l'any 1986, de la primera Conferència Internacional de Promoció de la Salut, organitzada per l'OMS, i realitzada a Ottawa (Canadà). En aquesta conferència es va elaborar l'anomenada "Carta d'Ottawa", on es definia el concepte de promoció de la salut, encara avui vigent, com *"El procés que permet a les persones i a la comunitat exercir el control sobre els determinants de la salut i, per tant, millorar-la"* (OMS, 1986, pp 2). L'objectiu d'aquest procés consisteix en reforçar les capacitats i les habilitats de les persones per tal de poder emprendre una

acció, i que els grups i les comunitats puguin actuar col·lectivament a favor de la salut i els seus determinants.

Per tal d'assolir aquest objectius, la Conferència va establir cinc accions susceptibles de millorar el control sobre els determinants de la salut: 1) establir polítiques públiques saludables, 2) crear entorns favorables a la salut, 3) afavorir la participació comunitària, 4) desenvolupar les habilitats de les persones, i 5) reorientar els serveis de salut (OMS, 1986). A la Taula 3.2.1 es detallen aquestes accions.

**Taula 3.2.1. Accions per a la millora de la salut proposades a la Carta d'Otawa.**

1. Desenvolupar estratègies públiques saludables basades en el foment i la coordinació de polítiques del sector públic de manera que totes cooperin vers l'objectiu d'una salut universal.
2. Crear entorns saludables que contribueixin a la salut.
3. Reforçar l'acció comunitària a través de la participació de la població i el suport a les accions col·lectives.
4. Desenvolupar habilitats personals per l'autocura de la salut i fomentar l'ajuda mútua.
5. Orientar els serveis de salut cap a la comunitat.

Font: OMS (1986).

En conseqüència, la PS busca la modificació de la conducta individual mitjançant intervencions adreçades al conjunt de la comunitat, sigui a través d'estratègies polítiques (com ara la prohibició de fumar en llocs públics) o dels mitjans de comunicació (amb la prohibició, per exemple, de la publicitat del tabac i de l'alcohol) (Celentano, 1996; Villalbí, 2001).

D'altra banda la PS es concebeix com un procés que vol incidir en les condicions socials, ambientals i econòmiques, amb l'objectiu de disminuir l'efecte que aquests factors puguin tenir en l'àmbit públic i individual de la salut. La PS, doncs, requereix el suport de processos polítics, com ara l'assignació de recursos, la legislació i regulació adient, i el desenvolupament d'accions de caràcter intersectorial que puguin articular els esforços i les iniciatives públiques i privades orientades a assolir el benestar de la població. Tal com es remarca en l'informe del govern canadenc, *Stratégie de Promotion en Santé* (2007, pp 9), "*L'action intersectorielle permet d'unir les forces, les connaissances et les moyens nécessaires pour comprendre et solutionner des questions*

*complexes pour lesquelles les solutions sont au-delà des capacités et de la responsabilité d'un seul secteur”.*

Però la PS demana igualment que la població pugui percebre la salut no pas com una tasca exclusivament mèdica, sinó com un bé públic, és a dir, com un projecte social amb responsabilitats polítiques. Així, doncs, promoure la salut requereix de condicionants que transcendeixen els serveis de salut i els seus professionals perquè la PS demana la participació i col·laboració intersectorial de tota la població i de totes les organitzacions (Colomer i Dardet, 2000).

D'ençà de la promulgació, l'any 1986, de la Carta d'Otawa (OMS, 1986), l'OMS ha celebrat periòdicament conferències internacionals sobre promoció de la salut. En les seves successives recomanacions reitera la necessitat de reorientar els serveis sanitaris cap a la promoció de la salut, el reforçament de l'acció comunitària, i el desenvolupament de les aptituds personals dels ciutadans.

Paral·lelament, l'OMS ha desenvolupat i implantat diversos programes de promoció de la salut amb la finalitat de materialitzar-ne els conceptes i les estratègies subseqüents. Es poden citar, a tall d'il·lustració, els projectes de Ciutats, Pobles, Municipis i Illes Saludables (OMS, 1986), les xarxes d'Escoles Promotores de la Salut (1998) i d'Hospitals Promotors de la Salut (1992) i els Llocs de Treball Promotors de la Salut. Altres iniciatives de l'OMS s'han centrat en l'acció sobre el tabac i l'alcohol, la vida activa i l'envelliment saludable. A la Taula 3.2.2 s'ha elaborat un resum de les propostes finals de les reunions des de la inicial l'any 1986 fins a la darrera l'any 2005.

Taula 3.2.2. Propostes de les reunions de l'OMS quant a Promoció de la Salut (1986-2005).

<p>1<sup>a</sup>. <b>CONFERÈNCIA</b>  <b>OTTAWA, 1986</b></p>	<p><u>Identifica els camps d'acció:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polítiques públiques saludables</li> <li>• Ambients favorables a la salut</li> <li>• Acció comunitària</li> <li>• Habilitats personals</li> <li>• Reorientació del sistema de salut</li> </ul>
<p>2<sup>a</sup>. <b>CONFERÈNCIA</b>  <b>ADELAIDA, 1988</b></p>	<p><u>Polítiques Públiques Saludables</u></p> <p><u>Identifica quatre àrees prioritàries</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salut de la dona</li> <li>• Alimentació i nutrició</li> <li>• Tabac i alcohol</li> <li>• Creació d'ambients favorables</li> </ul>
<p>3<sup>a</sup>. <b>CONFERÈNCIA</b>  <b>SUNDSVALL, 1991</b></p>	<p><u>Ambients Saludables</u></p> <p><u>Destaca la interdependència entre la salut i el medi ambient en quatre dimensions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Físic</li> <li>• Cultural</li> <li>• Econòmic</li> <li>• Polític</li> </ul>
<p>4<sup>a</sup>. <b>CONFERÈNCIA</b>  <b>YAKARTA, 1997</b></p>	<p><u>Acció Comunitària</u></p> <p><u>Prioritats per la Promoció de la Salut al s. XXI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoure la responsabilitat social per a la salut</li> <li>• Augmentar les inversions en el desenvolupament sanitari</li> <li>• Consolidar i ampliar les associacions en pro de la salut</li> <li>• Ampliar les capacitats de les comunitats i dotar d'habilitats a l'individu</li> <li>• Consolidar la infraestructura necessària per a la Promoció de la Salut</li> </ul>
<p>5<sup>a</sup>. <b>CONFERÈNCIA</b>  <b>MÉXIC, 2000</b></p>	<p><u>Increment de la capacitat comunitària i d'habilitats de les comunitats</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situar la promoció de la salut en les polítiques i programes de salut</li> <li>• Assegurar la participació de tots els sectors implicats en la salut i la comunitat</li> <li>• Donar suport a la preparació dels plans d'acció</li> <li>• Establir xarxes nacionals i internacionals</li> </ul>
<p>6<sup>a</sup>. <b>CONFERÈNCIA</b>  <b>BANGKOK, 2005</b></p>	<p><u>Quatre compromisos en relació a la promoció de la salut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un component primordial de l'agenda de desenvolupament mundial</li> <li>• Una responsabilitat essencial de tots els nivells de govern</li> <li>• Un objectiu fonamental de les comunitats i la societat civil</li> <li>• Un requisit de les bones pràctiques empresarials</li> </ul>

Font: Elaboració pròpia.

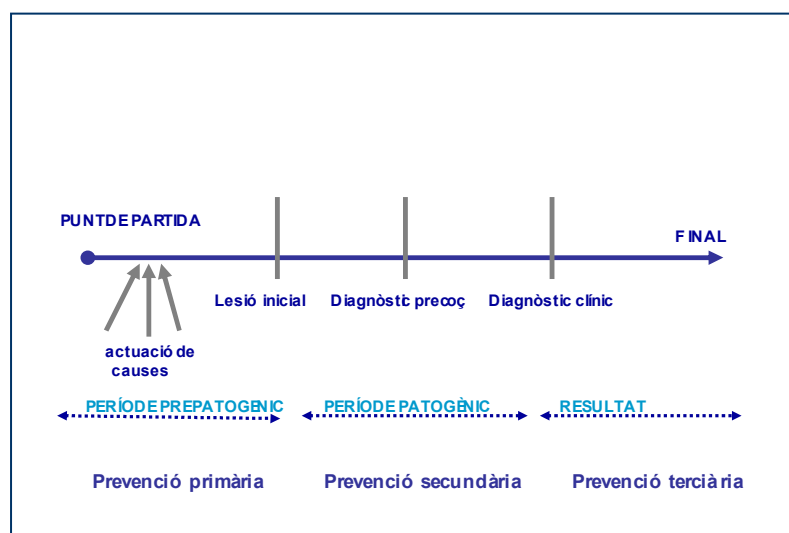


### 3.3. LA PREVENCIÓ DE LA MALALTIA

Si la Promoció de la Salut (PS) posa l'èmfasi en allò saludable, la Prevenció de la Malaltia (PM) se centra en la malaltia i en els riscos d'emmalaltir (Restrepo i Málaga, 2001). Es tracta de conceptes diferents, amb praxis distintes, però que convergeixen en un mateix objectiu: la salut de la població i la seva protecció. Segons l'OMS (1998), la PM és un conjunt de mesures adreçades a prevenir l'aparició de la malaltia, reduint-ne els factors de risc, aturant-la i atenuant-ne les conseqüències una vegada s'ha establert.

El desenvolupament d'una malaltia és un procés condicionat per factors biològics, ambientals i socioeconòmics que influeixen o predisposen a l'aparició de malalties. Molts d'aquests factors són susceptibles de ser intervinguts i modificats en els diferents moments del seu desenvolupament. Quant abans s'apliquen les mesures d'intervenció, millor pot ser el resultat en la prevenció de la malaltia.

La història natural de la malaltia és el resultat d'un procés dinàmic en el qual els agents causals o els factors de risc interaccionen amb l'hoste i condicionen el desenvolupament d'una malaltia. L'any 1958 Leavell i Clark van proposar un esquema descriptiu de l'evolució de la malaltia segons una seqüència constituïda per tres períodes: *a)* prepatogènic o de susceptibilitat; *b)* patogènic, que alhora es subdivideix en presimptomàtic i en malaltia clínica o simptomàtica, i *c)* període de resolució en el qual es manifesten les conseqüències finals de la evolució natural de la malaltia donant lloc a la recuperació o la cronicitat de la malaltia i aquesta pot donar lloc a la incapacitat, la invalidesa o mort (vegeu Figura 3.3.1). Aquest model permet dissenyar i aplicar mesures preventives en cadascun dels tres períodes (Mazzáfero, 1988; Piedrola, 2008; Viñes, 1989)



**Figura 3.3.1. Història natural de la malaltia.**

Font: Leavell i Clark (1958).

L'epidemiologia identifica tres fases en el desenvolupament de les malalties i assenyalava aquelles accions i activitats preventives que poden ser efectives en cadascuna d'elles a l'hora d'atenuar o aturar la malaltia (Figura 3.3.1). Les activitats preventives es classifiquen en tres nivells:

1. **Prevenció primària:** Actua sobre les causes de malaltia i l'adaptabilitat de les persones a les condicions del medi mitjançant intervencions concretes aplicades per l'equip assistencial en el marc de l'atenció primària i altres sectors, com ara l'escola i l'àmbit laboral. Actualment es distingeixen dos tipus d'activitats de prevenció primària: les de protecció de la salut, realitzades en el medi ambient, i les de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, dirigides a les persones.
2. **Prevenció secundària:** Actua sobre el diagnòstic precoç i períodes inicials de la malaltia. Una vegada han actuat les causes o els factors desencadenants de la malaltia, la prevenció consisteix en aturar o alentir la progressió de l'afecció mitjançant la detecció i el tractament precoç i oportú de la malaltia, amb l'objectiu d'assolir el seu guariment o evitar el pas a la cronicitat i l'aparició de seqüeles i invalideses. La premissa bàsica de la prevenció secundària és que el diagnòstic i el tractament precoç milloren el pronòstic de les malalties i permeten el seu control. Aquests aspectes pertanyen al camp dels professionals de la salut, mèdics i d'infermeria.

3. **Prevenció terciària:** Actua evitant la cronificació i les invalideses pròpies de les malalties i intervé quan les lesions són irreversibles o la malaltia està establerta i s'ha cronificat, amb l'aparició o no de seqüeles (limitació funcional somàtica o psíquica).

A la Taula 3.3.1 s'especifica el concepte, els objectius i l'aplicació de les activitats preventives.

**Taula 3.3.1. Concepte, objectiu i exemples d'activitats preventives aplicades a l'àmbit del consum de substàncies segons el nivell de prevenció.**

NIVELLS DE PREVENCIÓ			
	PRIMÀRIA	SECUNDÀRIA	TERCIÀRIA
<b>CONCEPTE</b>	Mesures adreçades a evitar l'aparició d'una malaltia o problema de salut, mitjançant el control dels agents causals o factors de risc	Mesures adreçades a aturar o retardar la progressió d'una malaltia o problema de salut present en l'individu	Mesures adreçades a evitar, retardar o reduir la aparició de seqüeles d'una malaltia o problema de salut.
<b>ETAPES DE LA HISTÒRIA NATURAL DE LA MALALTIA</b>	<b>PREPATOGENIC</b>	<b>PATOGENIC</b>	<b>RESULTATS</b>
<b>OBJECTIU</b>	Disminuir la incidència de la malaltia	Reduir la prevalença de la malaltia	Millorar la qualitat de vida de les persones malaltes
<b>ACTIVITATS</b>	Prevenció de la salut adreçada a les persones NO usuàries de substàncies, per prevenir la iniciació	Detecció o cribatge de consumidors de substàncies	Intervencions adreçades a tractar i rehabilitar els usuaris de substàncies
<b>EXEMPLES</b>	Intervencions per evitar el consum de drogues i actuar sobre els factors de risc	Identificar el consum i intervenir per evitar les conseqüències adverses	Mesures adreçades a minimitzar i pal·liar les conseqüències del consum i evitar complicacions

Font: : Leavell i Clark, 1958 c.f. Piedrola, 2008.

En el cas del consum de drogues, segons Caplan (1964), la prevenció **primària** té com a objectiu evitar el consum de substàncies psicoactives, neutralitzant els factors de risc i desenvolupant factors de protecció. La prevenció **secundària** es planteja identificar amb

la màxima celeritat el consum inicial de drogues i intervenir per evitar-ne les conseqüències. La prevenció **terciària** està centrada en el tractament i la rehabilitació de les drogodependències. Gordon (1986), però, ha desenvolupat una terminologia alternativa, que diferencia la prevenció en els tres tipus següents: universal, selectiva i indicada. La prevenció **universal** va adreçada a tot un grup diana sense distinció i actua en l'àmbit dels valors i les habilitats. La prevenció **selectiva** va adreçada a grups més específics i que tenen un risc més gran de consum; raó per la qual la intervenció és de més intensitat i duració. La prevenció **indicada** també s'adreça a subgrups, però que acostumen a ser de consumidors o amb problemes de comportament.

La Prevenció de la Malaltia (PM) és una acció que es realitza en l'àmbit sanitari i que s'adreça als individus i persones concretes, sovint en un entorn clínic, com ara la consulta. L'objectiu de la PM és la modificació de la conducta individual a fi de reduir el risc de malaltia o millorar la seva evolució.

La PM no es pot separar, però, de la PS: totes dues formen una línia continua indispensable. La PM s'adreça a les persones segons un pla individual i sanitari centrat en la detecció i la intervenció sobre els factors de risc causants de malaltia. També emfasitza l'educació mitjançant la relació que s'estableix entre el personal mèdic, d'infermeria i els pacients. La PS s'orienta a la comunitat, i posa l'accent en aquells factors positius de la salut que permeten enfortir la salut, l'autonomia personal i la cohesió social mitjançant la comunicació social. Les seves estratègies inclouen l'educació, la facilitació, la mobilització social i la defensa dels principis bàsics de l'acció en salut. A la Taula 3.3.2 es presenten els elements diferenciadors de les dues activitats, tot i que, tots dos models permeten enfocar el treball preventiu a l'àmbit poblacional, atès que tots dos parteixen de la idea que una prevenció eficaç demana treballar simultàniament sobre diferents factors de caràcter social econòmic, educatiu i sanitari (Generalitat de Catalunya, 2008).

**Taula 3.3.2. Elements diferenciadors entre la Prevenció de la Malaltia i la Promoció de la Salut.**

ELEMENTS	PREVENCIÓ	PROMOCIÓ
<b>OBJECTIUS D'INTERVENCIÓ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduir els factors de risc de les malalties</li> <li>• Protegir a les persones i grups contra riscos específics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuar sobre els determinants de la salut, facilitant opcions saludables</li> </ul>
<b>A QUI S'ADRECEN LES ACCIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenció I: persones i grups en risc de emmalaltir per alguna causa</li> <li>• Prevenció II: persones, grups de risc i malalts sub-clínic</li> <li>• Prevenció III: persones malaltes en les quals es vol prevenir les complicacions i la mort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Població general</li> <li>• Grups especials</li> <li>• Condicions relacionades amb la salut (processos socials, econòmics, polítics, culturals, etc.)</li> </ul>
<b>MODEL D'ATENCIÓ EN EL QUAL ES DESENVOLUPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenció I: Medicina Preventiva (factors de risc)</li> <li>• Prevenció II: Salut pública, "screening" o detecció precoç en poblacions de risc. Pràctiques clíniques preventives</li> <li>• Prevenció III: Pràctiques clíniques preventives basades en la rehabilitació</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Model socio-polític, ecològic i socio-cultural</li> </ul>
<b>ESTRATÈGIES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenció I: Educació para la salut</li> <li>• Prevenció II: Proves de captació en programes poblacionals de detecció; diagnòstic precoç</li> <li>• Prevenció III: Maneig clínic adequat i eficaç, tractament, readaptació i rehabilitació</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromís i suport polític (advocacia)</li> <li>• Acció política</li> <li>• Educació i Comunicació per la salut</li> <li>• Potenciar i capacitar a les persones i grups (<b>empoderament</b>)</li> <li>• Participació ciutadana</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar l'aparició, progressió de la malaltia i minimitzar les conseqüències derivades de la malaltia en les persones i la població en risc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir al benestar i la qualitat de vida de la població.</li> </ul>

Font: Elaboració pròpia.

### 3.4. L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

La Promoció de la Salut (PS) demana també la creació d'una "cultura de la salut". Un desenvolupament personal i social saludable només és possible si els individus i la societat en general assoleixen un major control sobre els determinants de salut. La PS, per la via de l'Educació per la Salut (EpS), ofereix als individus i a la societat en general un seguit de recursos que poden fer augmentar la seva consciència, responsabilitat i

habilitats a l'hora de prendre decisions saludables i beneficioses per al seu benestar (Serrano, 2002).

L'EpS també està estretament lligada a la Prevenció de la Malaltia, sobretot com un mitjà per modificar aquells comportaments i actituds identificats com a factors de risc de determinades malalties (Salleras, 1988). Les mesures per millorar els estils de vida inclouen programes d'educació adreçats als individus i a les organitzacions (Terris, 1984).

Igual com passa amb altres conceptes, la definició de l'EpS tampoc no està exempta de matisos. Segons Modolo (1979), l'EpS és un instrument que ajuda l'individu a adquirir un coneixement científic sobre problemes i comportaments útils per assolir l'objectiu de salut. Nutbeam (1996) considera l'EpS com una activitat educativa dissenyada per ampliar el coneixement de la població en relació a la salut i desenvolupar la comprensió i les habilitats personals que la promoguin. Greene i Simons-Morton (1984) defineixen l'EpS com un instrument utilitzat en la intervenció terapèutica i preventiva en diversos problemes de salut. El mateixos autors, però, proposen una definició de mínims o de consens, segons la qual l'EpS és qualsevol combinació d'experiències d'aprenentatge planificades, sobre coneixements, actituds i habilitats, i destinades a facilitar l'adopció voluntària de comportaments amb la finalitat que l'individu pugui definir i assolir els seus propis objectius en salut, dissenyats per a predisposar, capacitar i reforçar l'adopció voluntària de comportaments saludables. Igual com en la PS, l'objectiu de l'EpS és generar canvis de conducta en relació a la salut.

Per l'OMS (1954), l'EpS té tres objectius:

1. Procurar que el concepte de salut es relacioni amb els valors reconeguts per la comunitat.
2. Oferir a la població coneixements i capacitats pràctiques suficients per resoldre els problemes de salut.
3. Afavorir el desenvolupament dels serveis sanitaris.

El Projecte AP21 *Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España* (2008) defineix els objectius de la EpS de la manera següent:

1. Promoure la reflexió i l'anàlisi sobre tots els factors mediambientals, polítics, socioculturals, físics i psíquics que intervenen en els comportaments de les persones.
2. Desenvolupar o reforçar comportaments saludables. Involucrar les persones per a que facin eleccions encertades en els seus estils de vida.
3. Prevenir malalties i conductes de risc.
4. Proporcionar recursos i habilitats bàsiques per a l'autocura, la competència personal i social, la resolució dels problemes de salut, i el foment de comportaments saludables i canvis d'hàbits socials.
5. Introduir aspectes individuals com ara l'autoestima per fer un aprenentatge saludable i incentivar el treball en la comunitat.

Segons el mateix projecte, les intervencions que es realitzen actualment en promoció i EpS a l'APS són les següents:

1. Consell i assessorament: Adreçat a persones que van a una consulta professional per plantejar una demanda concreta o buscar una solució a determinats problemes. És una intervenció breu, i realitzada, habitualment, tot aprofitant una oportunitat en l'atenció individual.
2. Educació per a la salut individual: És una sèrie organitzada de consultes educatives programades que es pacten entre el professional i l'usuari.
3. Educació per a la salut grupal i/o col·lectiva: Són intervencions programades i adreçades a un grup homogeni de pacients i/o usuaris amb la finalitat de millorar la seva competència per abordar un determinat problema o aspecte de salut. També es contempen les intervencions adreçades a col·lectius de la comunitat mitjançant la realització de tallers, cursos o sessions per augmentar la seva consciència sobre els factors socials, polítics i ambientals que influeixen sobre la salut.
4. Informació i comunicació: Inclou l'elaboració i utilització de diferents instruments d'informació (fulletons, cartells, murals, còmics, enregistraments, calendaris...) i la participació en els mitjans de comunicació (premsa, ràdio, TV, Internet), especialment de caràcter local.

5. Acció i dinamització social: Són iniciatives encaminades al desenvolupament comunitari, la modificació de normes socials i el foment del treball cooperatiu en xarxes, aliances i plataformes amb associacions i grups de diferents tipus.
6. Mesures d'advocacia per la salut en la promoció de salut local: la seva finalitat és el desenvolupament d'estratègies intersectorials, modificacions organitzatives dels serveis, i posada en marxa de mesures legislatives, econòmiques i/o tècnico-administratives.

L'EpS és una tasca de totes aquelles persones i organismes de la comunitat que poden contribuir a l'adopció de patrons positius de salut per part dels individus i dels grups, assenyaladament els professionals de l'ensenyament, els mitjans de comunicació i els professionals sanitaris, sobretot els d'atenció primària. En l'àmbit clínic assistencial, els responsables de la seva aplicació són els professionals sanitaris (metges, infermers, psicòlegs, odontòlegs i farmacèutics) els quals, a més de tenir un paper educatiu actiu, com a responsables que són de l'execució del consell mèdic, també tenen un paper educatiu passiu no pas menys important o exemplar, com a models a seguir o a imitar en relació amb l'adquisició i el manteniment d'alguns dels hàbits més estesos de la població, com ara el tabaquisme (Piédrola, 2008; Salleras, Bertrán i Prat, 1994; Salleras, Prat, Garrido i Domínguez, 2007). Molts autors remarquen, a més, el paper dels professionals d'infermeria en l'educació per la salut, sobretot en atenció primària i en matèria d'assessorament (Isla, López i Caja, 2000).

Fins a quin punt l'EpS aconsegueix el seu objectiu? L'avaluació dels resultats és ambivalent. Segons Green i cols. (1980), l'EpS, quan s'acompanya dels procediments adients –o “científicament argumentats i estructurats”– es mostra efectiva. Els estudis basats en la identificació dels determinants del comportament causants de malalties mostren que el fet d'informar a la població sobre el risc d'emmalaltir pot incrementar el coneixement de l'afectat, però que rarament influeix sobre la conducta. La raó és que el comportament està interrelacionat amb l'ambient físic i social de les persones (Puska et al., 1996). L'informe de la Unió Internacional de Promoció i Educació per la Salut de la Comissió Europea (1999) reconeix que el sector sanitari, per ell mateix, no pot aportar grans canvis a les conductes orientades a la salut, i que, per tant, cal una acció coordinada amb altres sectors.



L'EpS impartida mitjançant el consell mèdic en l'àmbit assistencial corresponent és la via o l'instrument que presenta un més gran potencial en la medicina clínica preventiva. Segons Green, Kreuter, Deeds i Partridge (1980), el consell mèdic s'ha de orientar cap a l'adopció de canvis voluntaris en la conducta i amb un impacte positiu en la salut. Els professionals de la salut constitueixen arreu el col·lectiu amb una capacitat més gran a l'hora d'incidir positivament o negativament en els coneixements, les actituds i les conductes de salut dels individus, grups o comunitats (Díaz, 2001; Salleras, Bertrán i Prat, 1994). Precisament l'objectiu de l'EpS és modificar en un sentit positiu els coneixements, les actituds i les conductes saludables amb el consegüent millorament o manteniment de la salut.

Els programes d'EpS que presenten una efectivitat més gran són aquells que incorporen intervencions en tots els nivells. L'educació grupal presenta alguns problemes, com ara la definició poc adequada o imprecisa dels objectius educatius, les dificultats d'avaluació dels resultats i fins i tot l'assistència variable dels pacients i l'obtenció d'un grup prou homogeni. Cal, a més, mantenir la motivació, el rigor i la intensitat, no sols entre els pacients, sinó també entre el personal sanitari, la qual cosa no sempre és fàcil a llarg termini (Generalitat de Catalunya, 2008). Tot i així, quan l'EpS incorpora l'educació grupal, la seva eficiència augmenta sensiblement, tal com es pot comprovar en la deshabitació del consum d'alcohol (Pérez-Poza, Corbera i Borruel, 2005). El grup facilita l'acceptació de la malaltia, ofereix un entorn comprensiu, afavoreix l'autonomia del pacient i el prepara per afrontar situacions de risc. La intervenció grupal propicia la comunicació multidireccional, l'intercanvi d'experiències, el recolzament dels altres i la recerca d'alternatives. Tot plegat contribueix al canvi d'actituds i d'hàbits. Amb aquesta tècnica s'assoleix una remissió estable del consum d'alcohol fins deu anys després de l'inici del tractament. Uns avantatges idèntics es poden observar igualment en la teràpia anti-tabàquica: els percentatges d'èxit són més elevats i el cost del pacient menor (Córdoba i Nebot, 2005).

En aquest cas, però, alguns estudis han matisat o rebaixat el grau d'efectivitat de la intervenció grupal, almenys per comparació amb les intervencions individuals de consell mèdic breu i sobretot si prenen en consideració determinats criteris d'eficàcia, com ara el de Lando, segons el qual el límit hauria de ser superior al 20% de casos (Camarelles et al., 2002). Altres estudis sobre la deshabitació tabàquica arriben a

conclusions similars, però admeten que la intervenció grupal és més efectiva si es combina amb tècniques farmacològiques i psicològiques i amb programes multicomponents per tractar la recaiguda (Stead i Lancaster, 2000). Finalment, en casos com ara malalties cròniques tipus diabetis mellitus i malalties reumàtiques, hi ha força consens en el fet que la intervenció grupal redueix els costos sanitaris en hospitalitzacions, consultes mèdiques i consum de fàrmacs (Generalitat de Catalunya, 2008).

### **3.5. ESTRATÈGIES DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DE LA MALALTIA EN EL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES**

Segons Grandes et al. (2008), les estratègies d'intervenció a l'hora de fomentar hàbits i estils de vida saludables es poden classificar en:

- **Estratègies centrades en les variables ambientals i comunitàries**
- **Estratègies centrades en l'individu** i la modificació de la seva actitud, motivació i planificació, com ara el **consell sanitari** i l'**entrevista motivacional**

#### **3.5.1. Intervencions Comunitàries**

Les aproximacions al context comunitari i els seus condicionants es fonamenten en diverses bases teòriques i conceptuals, però els models d'intervenció comunitària, com ara l'APOC (atenció primària orientada a la comunitat), són aquells que s'adiuen més amb la nostra recerca, perquè posen l'èmfasi en les estructures i les activitats d'atenció primària de salut. Qualsevol aproximació comunitària haurà de tenir en compte les variables del context local: localització geogràfica, població, recursos i necessitats. L'APOC és una sistematització d'aquesta mena de dades i de les activitats subsequents. S'inicia amb la constitució d'un grup interdisciplinari d'institucions, organismes i representants de la comunitat implicats en la salut de dita comunitat. A continuació es fa una valoració de les necessitats de la comunitat, tenint en compte variables i informacions d'índole demogràfica, socio-econòmica, dades de salut, dotació de serveis i informacions qualitatives pertinents. Com a resultat d'aquesta recopilació, les parts implicades identifiquen per consens els problemes prioritaris. El pas següent és la

determinació de les activitats i els programes més adients, a partir dels recursos disponibles a la comunitat i en funció de l'evidència sobre l'efectivitat de les intervencions relacionades amb el problema abordat (Grandes et al., 2008).

La tipologia d'activitats comunitàries és molt variada i es pot agrupar en: òrgans de participació comunitària, EpS amb grups, plans o processos comunitaris, i treball amb xarxes socials. Tot i que no hi ha informació sistematitzada, ni estatal ni autonòmica, sobre la tipologia d'activitats i programes comunitaris que s'estan realitzant a l'APS, alguns estudis de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP) estableixen la següent distribució i gradació d'activitats: treball amb grups de la comunitat (80%), promoció de la salut general (74%), promoció de la salut individual (34%), actuacions sobre malalties específiques (29%), acció intersectorial (27%), prevenció de conductes de risc individuals (23%), activitats organitzatives per millorar i acreditar els centres (7%), i prevenció dels riscos mediambientals (1%). D'altra banda, alguns estudis realitzats a les Comunitats de Madrid i Andalusia mostren que la majoria de les activitats es limiten a uns pocs programes: embaràs, part i puerperi (27%), educació escolar (22%), prevenció de les toxicomanies (18%) i tercera edat (9%) (Ministerio de Sanidad, 2008).

Els programes i les intervencions comunitàries per abordar el tabaquisme es basen en el reconeixement de la importància dels components socials de la dependència i la motivació. Entre les seves activitats s'inclouen múltiples estratègies d'intervenció, assenyaladament els missatges favorables a no iniciar i/o abandonar el consum de tabac en mitjans de comunicació (TV, ràdio, premsa), amb la participació de líders socials, polítics i sanitaris, juntament amb el proveïment de recursos, generalment d'autoajuda, per fomentar i aconseguir l'abstinència, com ara fulletons, programes en empreses, oferta de suport sanitari, premis, etc. (Secker-Walker, 2006).

A l'Estat Espanyol s'han desenvolupat iniciatives com les de suport per correu (Becoña i Vázquez, 1998) o el Programa *Quit and Win*, implantat en alguns països europeus i en diverses comunitats autònomes espanyoles. Encara que no hi hagi estudis experimentals d'avaluació, els resultats de les valoracions realitzades indiquen que, en general, aquests programes tenen un efecte escàs sobre fumadors intensos i altament dependents, i un

efecte moderat sobre fumadors lleugers i poc dependents, però com que es tracta de programes que arriben a tota la població, poden aconseguir una taxa rellevant d'abstinència a un baix cost (Moragues, Nebot, Ballestín i Saltó, 1999).

La *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (semFYC), mitjançant el *Grupo de Abordaje del Tabaquismo* (GAT), porta a terme dues iniciatives de caràcter comunitari:

**La setmana sense fum.** Aquesta iniciativa, desenvolupada des de fa 7 anys a tot Espanya, inclou un conjunt d'activitats d'informació a la població, oferta terapèutica i activitats comunitàries (escoles, centres cívics, etc.) amb la participació de 2.000 centres de salut.

**Programa d'Atenció Primària Sense Fum.** Aquest programa proposa activitats de sensibilització i formació entre els professionals i actuacions dirigides a l'individu, a la comunitat i als propis professionals fumadors. Té antecedents en el Programa d'Atenció Primària Sense Fum, desenvolupat a Catalunya d'ençà de l'any 2002. Actualment hi participen més de 340 centres de tot Espanya.

El Programa Salut i Escola (PSiE), que impulsen conjuntament el Departament de Salut i el d'Educació de la Generalitat de Catalunya, té per objectius millorar la salut dels i les adolescents mitjançant la realització d'accions d'educació i promoció de la salut, la detecció precoç de problemes relacionats amb la salut, i la prevenció de situacions de risc, potenciant la col·laboració entre els centres i serveis educatius i els serveis de salut comunitària presents al territori.

El programa Salut i Escola preveu dues línies bàsiques d'actuació:

1. Potenciar el desenvolupament d'activitats d'educació i promoció de la salut en els àmbits prioritaris d'intervenció del programa de Salut i Escola: salut alimentària, salut emocional, salut afectiva i sexual, consum de drogues, tabac i alcohol.
2. Facilitar l'accés dels joves a la informació i l'assessorament en temes relacionats amb la salut mitjançant la consulta oberta.

Fora de l'àmbit estrictament sanitari, a Catalunya es desenvolupen, d'ençà de finals dels anys noranta, diverses intervencions fonamentades en l'educació entre iguals per difondre missatges de sensibilització sobre els riscos del consum i les conductes de risc associades. Aquestes activitats s'adrecen a estudiants universitaris. Cal destacar el programa "En plenes facultats", desenvolupat per la Fundació Salut i Comunitat en col·laboració amb del Departament de Salut i aplicat a la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universitat Politècnica de Catalunya de Terrassa, la Universitat de Vic, la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, la Universitat de Girona i la Universitat de Barcelona. Aquesta intervenció ha estat valorada molt positivament pels universitaris.

En aquesta mateixa línia, "Alcohol, agafa el teu punt" és un programa de prevenció del consum abusiu d'alcohol entre estudiants universitaris aplicat a la Universitat de Barcelona, i té com a finalitat proporcionar informació als estudiants sobre els riscos derivats del consum excessiu d'alcohol i suggerir estratègies d'autocontrol i reducció de riscos. Consisteix en la distribució de punts de llibre, la divulgació d'un web, l'oferta d'un servei de consulta per correu electrònic, i la difusió de missatges a la premsa i la ràdio universitàries. L'avaluació provisional ha indicat que ha tingut un grau d'acceptació elevat entre la població diana (Duran-Vinyeta, Larriba, Montull, Suelves i Joanich, 2002; c.f. Generalitat de Catalunya, 2008).

En els darrers anys, els programes extraescolars liderats per iguals han experimentat un augment de popularitat pel que fa a la prevenció del consum de drogues. Tot i que són ben acceptats pels joves, i que les avaluacions inicials suggereixen que alguns resulten altament efectius per prevenir el consum de drogues en aquesta població, no s'han dut a terme avaluacions rigoroses per determinar-ne l'efectivitat. Tot sembla indicar, però, que el grau d'efectivitat varia segons el disseny del programa i els indicadors que s'utilitzen per a l'avaluació (Cuijpers, 2002; Shiner, 2000; Tresidder i McDonald, 2005; Education and Drug Prevention, 2006 c.f. Generalitat de Catalunya, 2008).

Els programes comunitaris de prevenció del consum de drogues també s'han incorporat en l'àmbit laboral, tot aprofitant l'estructura d'altres intervencions de caràcter més general que ja existien a l'empresa, com ara programes de promoció de la salut. Les intervencions varien d'acord amb el risc de cada treballador. Per aquells que ja han adoptat un estil de vida saludable, les activitats se centren en campanyes educatives que

habitualment inclouen la família. Per aquells altres que presenten un consum de drogues o alcohol problemàtic, les activitats s'enfoquen cap a l'oferiment d'un ajut específic per assolir canvis de conducta, i en el cas dels treballadors que presenten signes d'addicció es recomana tractament (Generalitat de Catalunya, 2008).

Calen, però, programes específics en relació al consum d'alcohol i altres substàncies; la salut mental; i l'ambient social. Pel que fa a la prevenció del consum de drogues, cal remarcar un seguit d'intervencions que s'han dut a terme des de l'APS, adreçades a nens i adolescents, amb la implicació de les famílies i de l'escola, i que posen l'èmfasi tant en la informació sobre el consum i les seves conseqüències com sobre les alternatives al consum, com ara la música i la lectura (Zarco, Caudevilla, López, Apolinar i Martínez, 2007).

Les característiques que determinen l'eficàcia de les intervencions comunitàries són: la intersectorialitat; la no imposició de pautes i conductes; i, sobretot, la capacitació i participació de la comunitat. Tanmateix, es fa difícil demostrar l'eficàcia de l'aproximació comunitària com a estratègia de promoció de salut. En part, perquè els conceptes i les variables implicats són complexos i no fàcilment traduïbles en forma d'indicadors estadístics i per la poca tradició d'avaluar les intervencions dels programes preventius de les drogodependències. Però també perquè els resultats no són pas immediats, sinó a mig i a llarg termini, la qual cosa dificulta el seguiment dels casos individuals i el manteniment de les intervencions (Font-Mayolas, Gras i Planes, 2008).

Els estudis disponibles mostren resultats contradictoris, tot i que les discrepàncies poden ser una conseqüència de les dificultats d'avaluació o comparació de les intervencions, sovint força variades, abans que no pas d'una manca d'eficàcia de les mateixes (Grandes et al., 2008). Per contra, un estudi realitzat a Carèlia del Nord (Finlàndia) ha demostrat que les intervencions poblacionals (individuals, grupals, comunitàries i polítiques) adreçades als factors de risc causants de les malalties cardiovasculars són efectives. Els resultats obtinguts al llarg de 25 anys d'aquestes intervencions mostren una reducció del 36% en el consum de tabac; de l'11% en el cas del colesterol; i d'un 5% en el cas de la tensió arterial entre els homes, amb una reducció global del 65% de la mortalitat per malalties cardiovasculars (Puska et al., 1996). En qualsevol cas, els estudis disponibles fan recomanables les següents intervencions:

- **Promoció de l'activitat física:** Campanyes comunitàries sostingudes, amb publicitat i organització d'esdeveniments esportius, igual com l'esport escolar, han mostrat un grau d'eficàcia notable.
- **Iniciatives legislatives:** Accions legals encaminades a reduir i retardar el consum de substàncies, com ara el tabac.
- **Millora dels hàbits alimentaris:** Campanyes específiques i adreçades a grups de població combinades amb el control i millorament de l'oferta alimentària, la qual cosa demana també una legislació susceptible de fomentar la producció i comercialització d'aliments saludables.

### 3.5.2. El consell sanitari

En el consum de substàncies psicoactives, una de les estratègies d'intervenció més efectives en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut (APS) és **el consell sanitari**. Igual com en altres casos, l'estratègia del consell cerca la modificació del comportament individual, i ajuda al pacient a abandonar o reduir el consum de drogues (principalment alcohol, tabac i cànnabis) mitjançant l'elaboració de **programes concrets** (per reduir o abandonar el consum) que prenen l'individu com a subjecte (Cabezas, 2004).

Hi ha força consens al voltant del grau d'efectivitat d'aquesta estratègia. Russell (1979) va demostrar l'eficàcia del consell mèdic en l'àmbit de l'atenció primària per a l'abandonament de l'hàbit tabàquic. L'estudi, realitzat amb una població de 2.138 fumadors de cigarretes atesos per professionals de la salut, mostra com el 5,1% dels participants que havia rebut consell educatiu i informació sobre com deixar de fumar havia abandonat efectivament l'hàbit i mantingut l'abstinència. L'abandonament de l'hàbit tabàquic en el grup que no va rebre la intervenció (consell i informació) va representar només un 0,3%.

L'estudi de Lancaster i Stead (2005) sobre l'efectivitat del consell breu per part dels professionals de l'APS mostra que la utilització d'aquesta estratègia augmenta la probabilitat de abandonament del consum de tabac i que l'abstinència es manté durant 12 mesos més tard. L'assessorament breu també influeix en les taxes de abstinència, que són entre el 5 i el 10% anual (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; Cabezas, 2004 ; Fiore et al., 2000).

En el cas de l'alcohol, segons Wallace, Cuttler i Haines (1988), l'efectivitat d'una intervenció breu per reduir el consum en pacients bevedors de risc va ser de l'ordre del 25%. Un informe del Nuffield Institute for Health (1993) arriba a la mateixa conclusió. Per la seva banda, Silagy i Ketteridge (1998) van demostrar que les intervencions breus no selectives destinades al tractament de la dependència de l'alcohol i del tabac que es realitzen en l'àmbit de l'APS i per professionals de la salut són molt eficaces: les taxes d'abandonament que presenten les persones que reben consell són un 3% superior en relació als controls. L'excepció, si de cas, fóra l'estudi de Nilsen, Aalto, Bendtsen i Seppa (2006), segons el qual l'efectivitat de les intervencions breus en l'àmbit de l'APS i pel que fa al consum problemàtic d'alcohol (concentrat en cap de setmana) és més aviat modesta.

El consell cal que sigui ferm, seriós i personalitzat, i millor de 5-10 minuts de durada que no pas inferior, tal com mostren Lancaster i cols. (2000). Les intervencions d'uns 15 minuts de durada són més efectives si es quantifica el grau de consum del pacient; si se li fa saber els límits d'un consum saludable, i si s'arriba a un acord de consum amb la persona interessada (Altisent et al., 1997; Bertholet et al., 2005; Córdoba et al., 1998).

Pel que fa al consum de cànnabis, segons Anderson (2000), l'ús del consell sanitari, ha demostrat reduir amb eficàcia els perjudicis que produeix el consum d'aquesta substància. Així mateix McCambridge i Strang (2004) en un estudi realitzat en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut mostren una disminució de la freqüència de consum de cànnabis en els grups que són objecte d'una intervenció breu: passant d'un consum de 15,7 vegades a la setmana a 5,4.

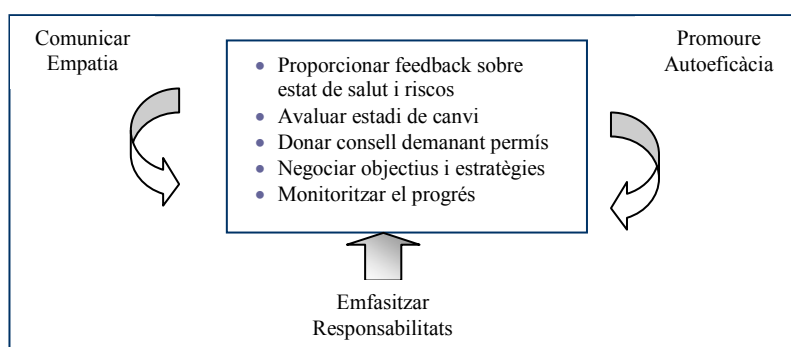
No obstant, la classificació de la *Canadian Preventive Service Task Force* (2005) utilitzada per mesurar la qualitat de l'evidència, i la força d'una recomanació o consell, informa que hi ha una evidència feble respecte a l'efectivitat del consell breu sobre el consum de drogues no institucionalitzades a l'hora de reduir els problemes associats al seu ús.

En general, doncs, hi ha un cert consens a l'hora d'afirmar que la detecció precoç i el consell sanitari tenen una efectivitat superior a altres activitats preventives més habituals (Ballesteros et al., 2007; Rodríguez-Martos, 1994). Les revisions de la



Biblioteca Cochrane més recents també ratifiquen la utilitat del consell, en demostrar un increment significatiu en la *odds ratio* d'abandonament del consum de substàncies del consell davant el no-consell (Gates et al., 2008). En la mateixa línia un estudi de la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (semFYC, 2007), que inclou més de 600 centres de salut de tot el territori espanyol, constata que el 10% dels fumadors, i el 20% dels bevedors abusius d'alcohol, van abandonar els seus hàbits arran del consell del metge de família.

L'estratègia del consell és encara més efectiva quan es fa amb la col·laboració de la infermeria, segons demostren Rice i Stead (2001). Silagy i Stead (2002) remarquen igualment que el consell del professional d'infermeria unit al del metge incrementa l'eficàcia. A la Figura 3.5.2.1 es presenta el model de consell breu utilitzat pels professionals de la salut d'acord amb les recomanacions realitzades per grups de treball experts.



**Figura 3.5.2.1. Model de consell breu.**

Font: Generalitat de Catalunya: Llibre Blanc (2005).

### 3.5.3. L'entrevista motivacional

La prevenció del consum de substàncies en l'àmbit de l'APS es realitza mitjançant intervencions adreçades a la població adolescent i jove amb factors de risc potencials i a les persones adultes amb consum de substàncies de risc. En tots els casos, un instrument que ha demostrat la seva eficàcia per generar canvis en les persones és l'entrevista motivacional (EM).

L'any 1999 Miller i Rollnick van definir l'EM com un estil de consell directiu, centrat en la persona, orientat al canvi de conducta, i que pot ajudar-la a explorar i resoldre la seva ambivalència. Cinc anys més tard els mateixos autors van revisar aquesta definició i van descriure l'EM com un estil de consell centrat en la persona i la finalitat del qual fóra augmentar la motivació intrínseca del canvi mitjançant la identificació i resolució de l'ambivalència. L'ambivalència, al seu torn, es definia com un conflicte entre el desig d'un canvi i el manteniment de la conducta que no el fa possible. Es tracta, doncs, d'una situació en la qual la/les conducta/es es repeteix/en tot i provocar conseqüències negatives (Graves, 2007). Per aquesta raó, l'objectiu de l'EM és la promoció d'estils de vida més saludables i l'activació del desig de canvi (Bosch, Cebrià, Massons i Casals, 1994; Hettema, Steele i Miller, 2008; Rivera, Villouta i Labaca, 2008 ).

L'EM és un procés de reciprocitat entre el professional de la salut i el pacient amb la intenció d'aconseguir un canvi de comportament, la disminució dels riscos per la salut, i el millorament del seu benestar. L'EM es basa en el respecte al pacient, a les seves creences i escala de valors, i posa l'èmfasi en els punts de vista del pacient i la seva llibertat a l'hora d'escollir (Zarco, Caudevilla, López, Apolinar i Martínez, 2007).

L'aplicació de l'EM per part dels professionals de la salut ha de tenir en compte els següents elements (Zarco et al., 2007):

- **La motivació intrínseca:** La capacitat de canvi es troba a l'interior de cada persona i és pràcticament impossible imposar-la des de l'exterior.
- **L'elecció i control propis:** La motivació per al canvi es basa en les decisions del propi pacient i no en les que venen prescrites per un professional.
- **L'autoconvenciment:** El pacient ha d'utilitzar els seus propis arguments per iniciar el canvi.
- **L'autoconfiança:** Si el pacient mostra confiança en poder canviar, serà més fàcil assolir el canvi.
- **L'ambivalència:** En gairebé totes les situacions de canvi es produeix una contradicció entre la conducta que es desitja canviar i la que es vol renunciar.
- **L'adequació a cada persona:** No hi ha receptes universals, cal escoltar i comprendre les vivències de cada persona davant una situació de canvi.

- **El respecte a la persona:** S'han de respectar les decisions de la persona que vol iniciar un canvi i evitar la imposició de la conducta per part del professional de la salut.

Lizarra i Ayarra (2007) consideren que per utilitzar aquesta tècnica els professionals de la salut han de estar preparats i formats en els següents aspectes:

- **Empatia:** Acceptar i respectar el pacient, sense aprovar necessàriament la seva conducta.
- **Desenvolupament de la discrepància:** Aconseguir que el pacient sàpiga identificar la distància entre el lloc on es troba i aquell altre a on vol arribar.
- **Evitar argumentar i discutir amb el pacient:** Els arguments directes i els intents per convèncer propicien les resistències.
- **Treballar las resistències:** Tot evitant, però, aquelles actituds del personal sanitari que puguin reforçar-les, com ara renyar el pacient o apel·lar al seu "bé".
- **Fomentar el sentit d'autoeficàcia:** Creure en la capacitat de canviar és un factor motivacional força important i que té una influència directa en la iniciació de la nova conducta i el seu manteniment.

En qualsevol cas, el canvi és sempre una decisió del pacient, i no pas del professional d'ajuda. La funció dels professionals consisteix en facilitar a la persona l'exploració i la resolució de la seva ambivalència, és a dir, els motius i les preocupacions per al canvi, però també de les resistències o les raons per no canviar (Lizarra i Ayarra, 2007). Així, les persones consumidores d'alcohol poden defensar la seva conducta tot argumentant que quan beuen se senten més sociables o són més ben acceptades pels altres. Tot i que, a vegades, també poden reconèixer que no sempre és així, no s'estan tampoc d'expressar el temor que l'abandó de l'hàbit pugui provocar un rebuig o l'aïllament del seu entorn. De manera semblant, al fumador li poden preocupar les conseqüències que pot tenir aquesta conducta per a la seva salut, però, tot i voler deixar l'hàbit, pot tenir por d'una altra mena de conseqüències, com ara guanyar pes. Al seu torn, els adolescents que consumeixen alcohol i drogues solen experimentar sentiments contradictoris -positius i negatius- sobre el seu consum de substàncies (Levy, Brigid, Vaughan i Knight, 2002). En aquest sentit la tasca dels professionals consisteix en

decantar el pacient cap al canvi tot afavorint la identificació o expressió de la seva actitud i valorant els pros i els contres de les alternatives (Hetteema, et al., 2008).

La motivació a l'hora d'iniciar un canvi és un dels aspectes més destacats de l'EM, i s'incrementa a mesura que les persones prenen consciència del problema. Tanmateix, a tenor dels estudis disponibles, el grau d'efectivitat de l'EM en els factors de risc, i en particular en l'àmbit de l'Atenció Primària de la Salut (APS), no sempre és conclouent. D'una banda, aquesta pràctica clínica sembla obtenir uns bons resultats en la dependència i abús de substàncies. En un estudi realitzat per Mc Cambridge i Strang (2004), amb una mostra de joves d'edats compreses entre 16 i 20 anys, s'exploraven les seves percepcions relacionades amb el consum de drogues mitjançant una intervenció motivacional d'una hora de durada. Els resultats mostren una efectivitat clara en la disminució del consum de tabac, alcohol i cànnabis, tot i que l'abstinència no va augmentar en cap de les substàncies analitzades.

El projecte MATCH, que va evaluar la teràpia motivacional com a teràpia única enfront de la teràpia cognitivo-conductual i la facilitadora, va demostrar l'efectivitat de l'EM, sobretot en pacients que es resistien a rebre tractament. Altres estudis, que compararen l'EM amb l'absència de tractament, també donaren uns resultats positius, sobretot en els tres primers mesos de seguiment excepte entre els bevedors amb dependència (Mercado, Villouta i Ilabaca, 2008). Per contra, pel que fa al tabaquisme, els resultats són més aviat pobres (Grandes et al., 2008).

### **3.6. LA FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT**

L'objectiu 18 de l'informe "Salut 21" (Ministerio de Sanidad y Consumo, Unió Internacional de Promoció de la Salut y de Educació para la Salut (IUHPE, 2000), que fa referència al desenvolupament dels recursos humans per a la salut, declara que l'any 2010 tots els estats membres de la UIPES hauran de garantir que els professionals sanitaris i d'altres sectors de salut tinguin els coneixements, les actituds, i les qualificacions necessaris per protegir i promoure la salut.

L'informe tècnic presentat a la quinta Conferència Mundial de Promoció de Salut celebrada a Mèxic l'any 2000 organitzada per l'OMS, l'Organizació Panamericana de la

Salut (OPS/AMRO) i la Secretaria de Salut de Mèxic, afirma que una de les estratègies per reorientar els serveis sanitaris amb criteris de promoció de salut consisteix en enfortir el component de promoció de salut en els programes de formació de recursos humans, tant a les institucions d'ensenyament com en la formació contínua dels professionals de la salut (López-Acuña, Pittman, Gómez, Machado i López-Fernández, 2000).

El desenvolupament professional en promoció de salut, prevenció de la malaltia i educació per a la salut fa necessària l'adquisició de coneixements, habilitats i pràctiques per part de tots els professionals de la salut i especialment els ubicats en l'APS.

El moment i les circumstàncies en què s'adquireix la formació determinen els continguts de la mateixa (currículums formatius) i les institucions responsables del seu desenvolupament. D'aquesta manera es poden establir 3 nivells de formació:

1. **Formació inicial o grau:** és aquella que correspon a l'obtenció del títol corresponent (llicenciatura o diplomatura) que faculta per a l'exercici professional. En aquest cas, els currículums universitaris i els itineraris formatius han de ser congruents amb el desenvolupament del paper professional posterior. La formació de grau és competència de la Universitat.
2. **Formació de postgrau:** és aquella que correspon amb els estudis posteriors a la llicenciatura o diplomatura inicial, i la seva finalitat és adquirir un cert nivell d'especialització en una determinada matèria o àrea de treball. La formació de postgrau és de caràcter acadèmic i orientada a la consecució d'una titulació. És competència de la Universitat i de les Escoles de Salut Pública.
3. **Formació continuada:** és aquella formació que segueix un professional després de finalitzar la seva formació bàsica i/o especialitzada i que no té com a finalitat única o principal l'obtenció d'un títol o diploma, sinó el manteniment o increment de la competència professional. La formació continuada és una part de la política de recursos humans dels serveis públics. Habitualment, les activitats de formació continuada recauen en les estructures de docència de les institucions públiques, societats científiques i col·legis professionals entre

d'altres. Una part dels pressupostos de la sanitat pública tenen com a objectiu la Formació Continuada dels professionals sanitaris. A Catalunya, l'any 2004 l'Institut Català de Salut (ICS) va invertir 3.051.748,9 € en la formació continuada dels professionals de la salut. D'aquests diners, 1.685.017,7 € van ser destinats a l'Atenció Primària (Generalitat de Catalunya, 2004).

Springett (1998) considera que per a realitzar una intervenció de qualitat en promoció de salut calen tres requisits:

1. Disposar de recursos apropiats.
2. Formar als professionals implicats.
3. Fomentar la cultura de millora de la qualitat en l'organització promotora de la iniciativa.

Les investigacions realitzades sobre necessitats de formació dels professionals de la salut assenyalen l'escàs coneixement teòric i la poca identificació de les activitats de promoció i educació per la salut en el treball diari dels professionals (Molina, 1998). Els resultats d'un estudi realitzat amb una mostra de 420 metges d'Atenció primària de Salut de Galícia mostren que el 64% dels metges consideren deficient la seva formació en educació per la salut, mentre que el 35,8% estima que la seva formació teòrica i en les tècniques per desenvolupar l'EpS és adequada. Tot i així, el 85% dels professionals de la mostra voldria rebre més formació en aquesta matèria. Aquests estudis també indiquen que els professionals que han rebut més formació en EpS són aquells que han realitzat l'especialitat en medicina de família (Díaz, 2001).

Un altre treball realitzat amb una mostra de 299 metges d'Atenció Primària de Salut de Lugo (Varela, Rodríguez i López, 2003) assenyalava que el 84,2% de metges d'APS considera insuficient la formació rebuda en EpS als estudis de grau, mentre que el 66,5% manifesta satisfacció en la formació rebuda en aquesta matèria en la formació de postgrau.

L'estudi realitzat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias* d'Extremadura (2006) mostra que el 48,3% dels professionals de la salut consideren que la formació en EpS per al treball que realitzen és adequada;

un 5,8% assenyalen que és molt adequada; i un 2,5%, per contra, la consideren poc adequada. Pel que fa a la formació continuada en EpS, el 39,8% de la mostra creu que és molt important, i un 22% la considera imprescindible; un 34,4% opina que és convenient, el 2,1% la considera poc important i només un 0,4% afirma que és irrellevant. Segons la mateixa enquesta, la formació en EpS que s'ha ofert en l'àmbit laboral en els dos anys previs és considerada poc adequada per un 44,9% dels participants, adequada per un 27,5%, i poc adequada per un 16,9%. El 85% dels participants creu que les activitats formatives en EpS han d'incrementar-se en quantitat i qualitat des de les Administracions Autòniques. El 64% dels participants no havia assistit a cap activitat formativa de promoció i EpS. Les activitats formatives en EpS a las que van assistir més participants (21,1 %) tenien una duració inferior a 30 hores lectives, mentre que només un 2,2 % havia assistit a activitats formatives de més de 100 hores lectives.

Un altre estudi de caràcter més general, dedicat a analitzar les activitats de formació continuada en les professions sanitàries a la Comunitat Autònoma de Madrid, mostra que el 71,4% de les activitats realitzades pels professionals són cursos, i la resta, tallers. L'àrea temàtica més sol·licitada està relacionada amb la pràctica clínica (77,5%), seguida, a molta distància, de la de gestió/qualitat (9,4%), salut pública (5,9%), investigació (4%) i docència (1,7%). Hi predominen les activitats que tenen menys de 21 hores (68,1%), seguides de les de la banda entre 21 i 40 hores (31,9%). S'observa, a més, que la majoria de les activitats de formació van adreçades als metges (60,6%) i a les infermeres (40,4%) seguit dels farmacèutics (13,4%) i odontòlegs/estomatòlegs (7,9%). No obstant això, l'estudi mostra que existeix un augment de les activitats adreçades a tots els professionals, indistintament de la professió. S'observa, a més, una tendència a la disminució d'activitats adreçades a una sola professió i un augment correlatiu de les activitats multidisciplinars (Castejón, Curieses i Pérez, 2007).

### **3.6.1. Formació específica en promoció de la salut en l'àmbit de les drogodependències**

Tradicionalment, al nostre país, la formació dels professionals en drogodependències a l'Estat Espanyol comprèn tres etapes (García-Rodríguez, 1990):

- La primera inclou els anys 70 i les primeres dècades dels anys 80, quan la formació, amb un enfocament exclusivament sanitari, i adreçada als professionals de la salut (psiquiatres, metges i infermeres d'atenció primària) tenia com a objectiu donar una resposta immediata als problemes derivats del consum. La formació es reduïa a cursos de curta durada, jornades, seminaris, sessions clíniques o conferències.
- La segona etapa, entre els anys 80 i fins a finals dels anys 90, es caracteritza per la necessitat d'estructurar i sistematitzar la formació dels professionals. Els responsables polítics del Govern Estatal i de les Comunitats Autònomes, els Organismes Internacionals i altres organitzacions no Governamentals van influir perquè les universitats planifiquessin aquesta formació de manera gradual, coherent i continuada. D'aquesta manera es van incorporar continguts sobre drogues en els currículums acadèmics de les diferents titulacions de medicina, psicologia, infermeria, magisteri, pedagogia, etc. Alhora, també es va iniciar la formació de postgrau específica en drogodependències, adreçada als professionals a través dels programes Postgrau, Màster i Expert. En aquesta etapa, la formació sobre la problemàtica de les drogues adoptava un punt de vista biològic, però també psicològic i social.
- La tercera etapa, que s'inicia a finals dels anys noranta i arriba fins a l'actualitat, es caracteritza per la consolidació de la formació reglada, però també per una davallada de l'oferta formativa de les universitats, almenys pel que fa a la formació de Postgrau, Màster o Expert en Drogodependències. En part, per l'aparició d'una nova oferta formativa a través d'altres organismes que han promogut la formació a distància, virtual i no presencial.

Actualment, la Subdirecció General de Drogodependències, juntament amb l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya (IES), ofereixen cursos de formació continuada sobre aquesta temàtica a tots els professionals sanitaris. Des de l'IES es registren les sol·licituds i adjudicacions de places per als alumnes i s'emeten els corresponents certificats d'assistència. Les activitats docents portades a terme durant l'any 2009 s'han concretat en 24 cursos, amb una participació de 540 alumnes i 307 hores de docència. En l'àmbit preventiu cal destacar el curs "El treball educatiu en joves consumidors de cànnabis", adreçat als professionals que treballen amb joves tant en



l'àmbit educatiu com en l'oci. Igualment notable és el seminari "Prevenció del consum de cocaïna", adreçat als professionals dels serveis d'urgències hospitalàries.

L'any 2009 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) i l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC) van signar un conveni de col·laboració on s'establia com a estratègia principal la formació de formadors a través d'iguals i la creació d'una xarxa de referents en alcohol (XaROH) a tot el territori. La XaROH està formada per dos professionals (un d'infermeria i un de medicina) de cada àrea bàsica de salut (ABS). Posteriorment, aquests referents han de formar els seus respectius equips. Aquesta estratègia de formació permet no solament dotar tots els professionals dels coneixements i instruments necessaris per fer la detecció precoç i la intervenció breu, sinó que, en fer-se entre iguals, s'aconsegueix, a més, un major compromís de tots els professionals. Durant l'any 2009 es van identificar 325 referents a tot Catalunya d'un total de 199 ABS (55%), i es van fer un total de 14 cursos de formació de formadors i 88 cursos als centres d'atenció primària.

Segons els resultats de l'estudi realitzat per Valera, Rodríguez i López (2003), el 84,2% dels professionals de la salut considera que la formació rebuda en el període de pregrau no va ser suficient en el consum d'alcohol, i el 66,5% estima que la formació postlicenciatura tampoc resulta suficient. Un 52,5% de metges creu que per millorar el diagnòstic i el maneig dels problemes relacionats amb l'alcohol (PRA) calen tres factors: formació, predisposició personal i temps. Sobre la formació de grau, Robledo (2005), en analitzar els coneixements i actituds sobre el tabaquisme en una mostra d'estudiants de Medicina de Saragossa, mostra que el 73% dels estudiants de quart curs i el 93% dels estudiants de sisè curs creien que caldria incrementar els coneixements sobre aquesta matèria durant el seu període de formació.

Estudis fets en altres països mostren uns resultats semblants. Aquest és el cas del que va portar a terme el Ministeri de Salut de Nova Zelanda (2010) per identificar les necessitats formatives dels professionals de la salut en matèria de consum d'alcohol, tabac i altres drogues, a partir d'una mostra de 241 professionals de la salut, metges i infermeres. Els resultats mostraren que la meitat dels participants 49% demanava més formació sobre els efectes de l'alcohol; el 74% informava que requeria més

coneixements sobre el cànnabis. No obstant, només una petita proporció de professionals de la salut va informar que no se sentia prou segur en l'assessorament sobre el consum d'alcohol (14%) i el consum de tabac (8%). Dos de cada tres participants, a més, tampoc no confiaven en la seva capacitat per assessorar sobre el consum d'altres substàncies.

Les dades d'un estudi de l'OMS realitzat l'any 2000 amb una mostra de 1.300 metges de capçalera de nou països europeus (c.f. Anderson et al., 2003) sobre la realització d'intervencions breus en el consum perjudicial i de risc d'alcohol mostra que dos de cada cinc professionals havien rebut quatre hores o més de formació sobre dependència de l'alcohol, i que poc més d'una quarta part considerava que l'entorn de treball li proporcionava el suport necessari per realitzar intervencions breus relacionades amb el consum d'aquesta substància. En aquest mateix estudi, quatre de cada cinc professionals informava sentir-se prou segur per realitzar aquest tipus d'intervencions, però només una mica més d'una quarta part se sentien compromesos a realitzar-les. Els professionals que havien rebut més formació en el consum i dependència de l'alcohol i que treballaven en un entorn laboral de suport se sentien més segurs i compromesos per aconsellar als pacients i tractar els problemes de salut relacionats amb el consum d'aquesta substància.

Rodríguez, Espí, Canteras i Gómez (2001) van realitzar una investigació amb 486 metges d'APS l'objectiu de la qual era estudiar els coneixements sobre el consum excessiu d'alcohol i els problemes subseqüents. Els resultats van ser que el 66,5% informava que tenia un nivell de coneixements apropiats, tot i que, alhora, valorava la formació rebuda sobre la dependència alcohòlica en els programes de formació continuada com a inadequada.

En un altre estudi realitzat amb una mostra de professionals de l'APS, sobre la formació per atendre a les persones que presenten problemes amb el consum d'alcohol i altres drogues, la majoria dels professionals declarava tenir una formació molt elemental en la matèria, i només un 39% dels metges considerava que tenia una formació suficient (Mejías et al., 2001).

Les conclusions d'un treball realitzat amb professionals de la salut de l'àmbit d'Atenció Primària de tretze comunitats autònomes evidencien que un de cada tres metges no ha rebut cap tipus de formació específica per al maneig de problemes relacionats amb l'alcohol i altres drogues. La majoria de professionals que havien rebut formació en aquesta matèria havia estat en els tres últims anys i gairebé sempre a través d'una activitat formativa de menys de 40 hores. Els professionals van realitzar aquesta formació fora de l'horari laboral, i el finançament de l'activitat va anar a càrrec de la pròpia institució sanitària. La valoració mitjana de les activitats formatives va ser de 6.75, en una escala de l'1 al 10, i un de cada tres participants considerava l'activitat com a regular o dolenta (Mejías et al., 2001).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2002) va realitzar un programa formatiu sobre tabaquisme l'objectiu del qual era incrementar els coneixements, les actituds i les habilitats dels professionals de la salut. El curs estava estructurat en 20h. lectives (15 teòriques i 5 pràctiques). Els resultats de l'avaluació del curs destaquen que el 60% dels assistents eren Diplomats en Infermeria. El 99,03% dels participants manifestaven que el curs els hi havia proporcionat més motivació per intervenir sobre la població fumadora. El curs va ser valorat pels participants amb una puntuació mitjana de 8,4 (en una escala d'1 a 10) pel que fa a coneixements sobre tabaquisme, i de 8,8 (en la mateixa escala) pel que fa a la capacitació d'habilitats per al desenvolupament de la tasca assistencial.

### **3.6.2. Obstacles per realitzar formació continuada**

L'estudi de Burguete i Fenollosa (1998), amb una mostra de 120 professionals, detecta que els principals obstacles per no assistir a cursos de formació continuada són de caire familiar (20,1%) seguit de la coincidència amb l'horari de treball (14%) i la coincidència horària de diferents cursos (13,4%). No obstant això, l'estudi mostra que quan s'agrupen les causes en àrees, el 40% dels casos de no assistència a cursos de formació respon a raons més aviat administratives (localització del curs en un centre diferent al centre de treball, recepció inadequada de la notificació del curs, i durada excessiva en dies per setmana); i que un 31,8% addueix causes laborals (treball coincident, curs fora de l'horari laboral i la impossibilitat de canviar el torn de treball).

Finalment, el 28% dels casos esmenta causes personals (assumptes familiars i malaltia) com a obstacle per a la realització de cursos.

Un treball realitzat amb una mostra de 80 professionals d'infermeria de Múrcia, assenyala que els factors que condicionen la realització de cursos de formació continuada són: la facilitació d'hores per part del centre (51,7%), l'aplicabilitat (39,7%) i el tema del curs (36,2%). Per contra els factors que es consideren menys importants estan relacionats amb el professorat (1,7%) i la durada del curs (83,4%) (Sánchez, López, Abad, Carrillo i García, 2006)

La *Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias* (2005), que avalua els factors relacionats amb la inscripció en activitats formatives de professionals de la salut, remarca que els **factors més importants** són: l'activitat laboral (el benefici professional i l'aplicabilitat en el treball), tal com informa un 96% de la mostra; les característiques del curs (el títol o temàtica); i la disponibilitat de temps (el torn de treball i la facilitació d'hores per part del centre), tal com afirma més del 90% dels entrevistats. **Entre els factors menys importants** hi ha, en canvi, els següents: la puntuació del curs en la borsa de treball, considerat com a poc important pel 51,8% de casos, i la publicitat dedicada al curs, considerada poc important pel 65,6% dels enquestats. Encara més irrellevant són factors com ara la procedència del professorat, valorada com a important per només l'1,7% de la mostra, i la durada del curs, que es considera important per un 3,4% de casos. Quan es demana als enquestats que assenyalin els **tres factors més importants** que condicionen la inscripció a cursos, el 51,7% indica la facilitació d'hores per part del centre, seguit de l'aplicabilitat en l'àmbit (39,7%) i el títol o la temàtica del curs (36,2%).

L'estudi realitzat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias* d'Extremadura (2006) mostra que **la manca de temps per motius laborals** és assenyalat com un obstacle important pel 39,3% dels participants: només un 8,2 % el considera irrellevant, i un 5,7%, poc important. **La manca de temps per motius personals** és assenyalat també com un obstacle important per un 40,4% dels participants: només un 6,6% ho consideren un obstacle poc important, mentre que un 6,9% no ho considera un obstacle. La valoració de l'obstacle **cost dels cursos** és molt elevat i és assenyalat com a obstacle important per un 21,2% dels participants; mentre

que un 9,1% el valoren com un obstacle poc important, i un 14,8% considera que no és obstacle. La valoració de l'obstacle **desplaçament geogràfic** és assenyalat com un obstacle important per un 42% dels participants; només un 5% el valoren com a obstacle poc important, mentre que un 6,6% considera que no és un obstacle. La valoració de l'obstacle **els cursos que s'ofereixen no m'interessen** és informat com a important per un 25,2% dels participants; només un 7,5% ho valoren com un obstacle poc important. L'obstacle **no m'autoritzen a realitzar activitats formatives** és valorat com a important pel 14,5% dels participants, mentre que un 5,4% el valoren com un obstacle poc important.

## 4. TEORIES I MODELS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DE LA MALALTIA: PROPOSTES TEÒRIQUES

Les mesures preventives per evitar i limitar el consum de substàncies són una conseqüència de l'augment de la prevalença i la incidència en el consum de les diferents drogues. Els problemes de salut derivats de l'ús abusiu de les substàncies justifiquen les actuacions de promoció i de prevenció per tal d'incidir de manera eficaç i directa sobre els diferents factors que influencien tant l'inici com el manteniment del consum.

Les intervencions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia tenen una major probabilitat d'èxit si es fonamenten en teories i models. Les bases teòriques permeten identificar les variables i les dimensions dels comportaments i, alhora, seleccionar els mètodes i les estratègies més adients per modificar una situació o un problema de salut (Cabrera, 2007).

Segons Kerlinger (1979) i Van Ryn i Heaney (1992), una teoria és un conjunt d'elements i variables que mitjançant la interrelació de conceptes, definicions i proposicions expressen una visió sistemàtica d'un fenomen i especifiquen les relacions entre els elements i les variables amb el propòsit de explicar-lo. Per la seva banda, Marx i Hillix (1995) consideren que una teoria també es pot definir com el coneixement sistemàticament organitzat i aplicable a una ampla varietat de circumstàncies per analitzar, prevenir o explicar la naturalesa o el comportament d'un fenomen.

La utilització de models o teories proporciona una estructura conceptual que facilita la comprensió de situacions o problemes de salut determinats i informa sobre la manera que les persones i els col·lectius realitzen les modificacions en els seus comportaments (Nutbeam i Harris, 1998). Conèixer els factors i les característiques del comportament individual i social que influeixen i determinen la salut humana, permet el disseny, la implementació i l'avaluació d'un seguit de programes, estratègies i accions adreçades als objectius de promoció de la salut de la població (Abelin, Brzezinski i Castairs, 1987; Seedhouse, 1997).

Un contingut definit i repetible és fonamental per a l'elaboració d'un programa. Si els continguts són massa genèrics, no estan protocolitzats o depenen de la creativitat de qui

els desenvolupa, és probable que no es puguin aplicar de forma sistemàtica (Hawe, Degeling i Hall, 1990). Les intervencions adreçades a modificar el comportament necessiten una base conceptual sòlida. Incorporar accions de prevenció, promoció i educació per la salut a l'activitat diària dels professionals en els centres de salut fa necessària la planificació i estandarització prèvia d'accions (Villalbí, 2001).

Per tal que un programa de promoció de la salut i prevenció de la malaltia assoleixi el seu objectiu cal prendre en consideració les teories de la conducta i els seus processos de canvi. Les teories de la conducta ofereixen l'explicació sobre la complexitat dels factors que influeixen en la conducta i faciliten alhora la comprensió de la naturalesa de la conducta desitjada que es vol promoure i de la indesitjada que es vol canviar. Conèixer els factors que influeixen una conducta desitjada i el context social en el qual es produeix incrementa les possibilitats d'èxit del programa dissenyat i el seu impacte en les conductes que es volen modificar (Prochaska i Bess, 1994).

#### **4.1. MODELS PER A LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I LA PREVENCió DE LA MALALTIA**

Les intervencions preventives van orientades a produir canvis en les conductes de les persones, raó per la qual han de tenir en compte models relacionats amb variables cognitives, conductuals i emocionals que cal aplicar sistemàticament i que ajudaran a plantejar l'acció considerant tots els elements d'àmbit psicosocial (Mantell, Divitis i Auerbach, 1977).

Els models teòrics del comportament humà aplicats en l'àmbit de la promoció de la salut i prevenció de la malaltia provenen del camp de les ciències socials i del comportament. Aquests models tracten d'explicar com els determinants biològics, cognitius, conductuals i ambientals tenen relació amb els estils de vida i les conductes saludables. Aquestes teories defineixen estratègies i intervencions adreçades a produir canvis en les creences, actituds, motivacions, habilitats i recursos necessaris per adoptar un canvi de conducta i mantenir-lo al llarg del temps (Elder, Ayala i Harris, 1999; Glanz, Rimer i Lewis, 2002).

D'ençà de l'anomenada "epidèmia de les drogues" de la darrera dels anys seixanta del segle passat, les iniciatives relacionades amb la prevenció en general i amb el consum abusiu de drogues en particular han conegut un auge sense precedents. De fet, una part prou important dels coneixements preventius que són objecte d'aplicació en àmbits com ara la salut, la SIDA, la violència o la dieta són resultat de les recerques realitzades en el camp de les drogodependències (Arco i Fernández, 2002).

Aquestes recerques van posar ben aviat en evidència l'eficàcia limitada i fins i tot el caràcter contraproductiu dels programes de prevenció basats en les mesures exclusivament repressives i la tàctica de la por. Per contra, la prevenció més efectiva, es deia, era aquella que es basava en una informació contrastada dels fets (farmacològica, física, psicològica, i els efectes socials i delictius) i susceptible, alhora, d'inclinar el jovent a prendre decisions personals i responsables sobre el consum de les drogues. Aquesta mena de programes, però, presentaven un parell de deficiències: d'una banda, no tenien prou en compte els factors psicosocials responsables de l'ús i l'abús de les drogues; i d'una altra, tampoc no posaven prou èmfasi en els mètodes del canvi de conductes.

Per aquesta raó, a la darrera dècada del segle passat es va anar consolidant una nova generació de programes de caràcter cognitiu-conductual que tenien com a objectiu principal dotar els individus d'aquelles habilitats i competències personals que els podien capacitar per resistir les pressions i les incitacions de l'entorn davant el consum de drogues (Luengo, Romero, Gómez, García i Lence, 1999).

Aquests programes es basaven en un seguit de teories sobre la conducta desviada. L'objectiu d'aquestes teories era explicar la relació que s'estableix entre determinades variables o factors i la conducta que es pretén explicar. Hi ha un bon nombre de teories en el camp de la prevenció de les drogodependències (Font-Mayolas, 2011). A continuació, examinarem successivament alguns dels models més utilitzats en els darrers anys en matèria de prevenció i canvi de conductes no desitjables al si d'una població determinada, a saber: el model de Creences de Salut (Maiman i Becker, 1974); el model de Prevenció de la Malaltia (Bayés, 1992; 1995); la Teoria de la Cognició Social (Bandura, 1987); el model Transteòric de Canvi (Prochaska i DiClemente, 1982) i els models a nivell Comunitari.



#### 4.1.1. El model de Creences de Salut

El model de Creences de Salut (MCS) es fonamenta en el paradigma cognitiu-conductual que relaciona teories psicològiques de construcció o presa de decisions i teories de base cognitiva (Mas, Marín, Papenfuss i León, 1997). Ha estat aplicat en diferents àmbits de la salut, i ha auspiat investigacions i programes preventius que han ajudat a aconseguir canvis, com ara en les conductes de la població homosexual de San Francisco. També ha servit de guia en la construcció dels continguts dels missatges en moltes estratègies de prevenció (Rosentock, Strecher i Becker, 1984). És un dels marcs teòrics més utilitzats en Psicologia de la Salut a l'hora d'explicar comportaments de salut i de prevenció de la malaltia (Moreno i Gil, 2003).

El MCS es va elaborar als anys 50 del segle passat, a partir d'un seguit d'estudis realitzats per un grup d'especialistes en psicologia social del Departament de Salut Pública Nord-Americà. Aquests estudis tenien per objectiu esbrinar les raons o variables de la baixa participació de la població en els programes de salut preventiva i en les proves de detecció precoç de malalties (Cabrera, Tascón i Lucumí, 2001). Posteriorment, aquest model es va adaptar per tractar d'explicar una gran varietat de conductes, com ara la resposta individual enfront a certs símptomes de la malaltia, el grau de compliment terapèutic o les recomanacions mèdiques (Mas et al., 1997).

El MCS està influenciat per la teoria del camp social de Kurt Lewin, segons la qual el comportament dels individus depèn de dues dimensions:

- El **valor** o la **valència** que el subjecte atribueix a un resultat
- L'**estimació** o la **probabilitat subjectiva** que fa o avalua el subjecte sobre la probabilitat que una acció determinada pugui aconseguir aquest resultat

En el cas del consum de substàncies en una població determinada el valor o la valència pot tenir relació amb el plaer i la noció de diversió; el sentir o voler experimentar emocions noves; i la cerca d'una millora de les relacions socials. L'estimació pot venir donada per la probabilitat que el consum d'una droga pugui proporcionar efectivament algun d'aquests resultats.

Maiman i Becker (1974) van traslladar aquestes dues variables -valor i estimació- al camp de la salut, i les van traduir, respectivament, per:

- El desig d'evitar la malaltia (o de recuperar la salut en cas d'estar malalt)
- La creença que una conducta saludable específica pot prevenir la malaltia (o augmentar la probabilitat de recuperar la salut)

Rosenstock (1974) va formular les dimensions del MCS d'aquesta manera: susceptibilitat percebuda, severitat percebuda, beneficis percebuts, i barreres percebudes.

- **Susceptibilitat percebuda:** Vol indicar la percepció subjectiva individual sobre el risc de patir un problema de salut. Aquesta dimensió valora la variabilitat d'emmalaltir. Hi podem trobar diferents situacions: des de les persones que neguen qualsevol possibilitat d'emmalaltir fins a les que n'admeten la probabilitat però no ho consideren una possibilitat real o fins i tot aquelles altres que expressen el convenciment de patir una malaltia.
- **Severitat percebuda:** Fa referència a les creences sobre la gravetat de patir una determinada malaltia o de no tractar-la una vegada declarada. És una dimensió que contempla la pèrdua de la salut com un succés que pot donar lloc a dos tipus de conseqüències: clíniques (incapacitat, dolor i mort) i socials (deteriorament de les relacions socials i de les relacions familiars, i efectes negatius en l'àmbit laboral).
- **Beneficis percebuts:** Designa el curs d'acció específic del subjecte, el qual, tot i acceptar la susceptibilitat personal davant la malaltia, i fins i tot ser prou conscient de la severitat de la mateixa, actua en funció de l'eficàcia o dels *beneficis* que atorga a les diferents conductes saludables al seu abast.

- **Barreres percebudes:** El curs de l'acció del subjecte resta determinat no sols per la seva percepció en relació a l'eficàcia de la conducta saludable, sinó també pels costos que li representa (dolorosa, desagradable, incomunicació, etc.)

La conducta preventiva segons el model depèn de la combinació d'aquestes quatre variables i de la valoració particular que en faci el subjecte afectat, el qual opera talment com en una anàlisi de costos i beneficis: quan els segons són superiors als primers, el canvi de conducta és altament probable, i viceversa.

Altres autors han assenyalat la necessitat de considerar els estímuls com el veritable desencadenant del procés de presa de decisions. Aquests estímuls s'han anomenat *claus per l'acció* (Janz i Becker, 1984; Rosenstock, 1974). En l'àmbit de la salut aquestes claus poden ser d'origen intern (síntomes físics o percepcions corporals) o bé d'origen extern (recomanacions dels mitjans de comunicació, recordatoris dels serveis de salut o consells dels amics).

Així, doncs, d'acord amb aquest model, el consum de substàncies resta influït per la percepció de la susceptibilitat de patir un problema de salut derivat del consum, i que aquest problema sigui valorat com a greu, però també pel fet que l'acció que es pot realitzar es pugui considerar beneficiosa, ja sigui per millorar la salut pròpia o per comparació amb alguna persona de l'entorn que pateixi un problema relacionat amb el consum de drogues (Weinstein, 1993).

Finalment el MCS assumeix que les variables demogràfiques, socials, psicològiques i estructurals poden afectar la percepció de les persones i influir indirectament en les conductes de salut, tal com es pot observar a la Figura 4.1.1.1 (Janz i Becker, 1984).

A la Taula 4.1.1.1 es presenten i defineixen els conceptes del model i es plantegen les seves aplicacions pràctiques per planificar activitats de prevenció (Janz, Champion i Strecher, 2002).

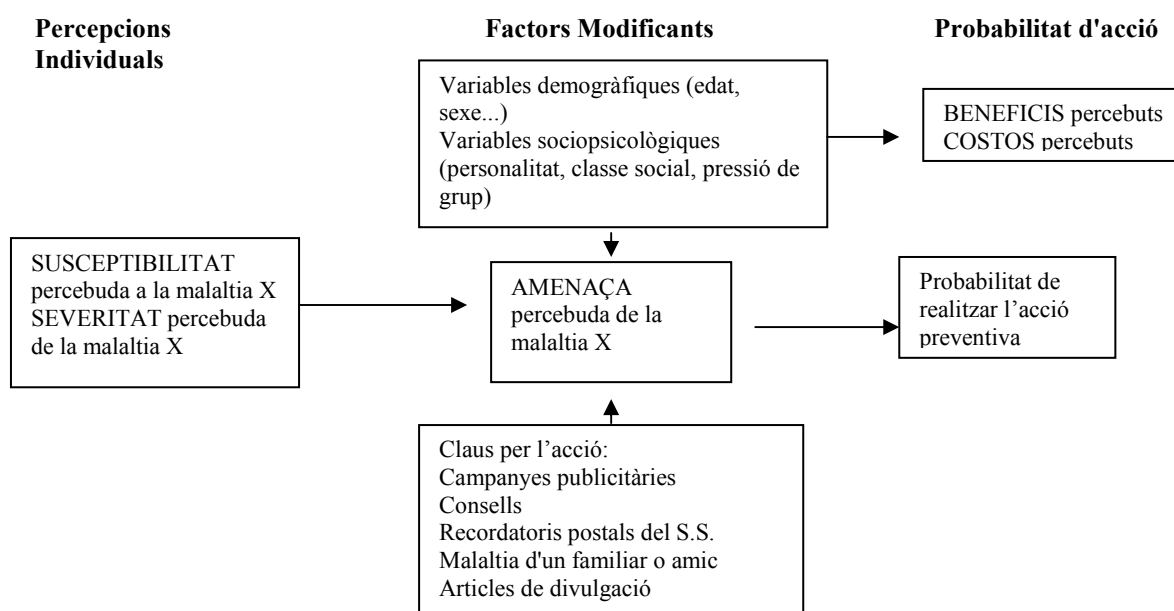


Figura 4.1.1.1. Model de Creences de Salut de Maiman i Becker (1974).

Taula 4.1.1.1. Conceptes, definicions i intervencions del model de Creences de Salut.

Concepte	Definició	Intervenció
<b>Susceptibilitat percebuda</b>	Creença personal sobre la probabilitat de patir un problema de salut	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir la població de risc i nivells de risc</li> <li>Estimar el risc personalitzat basat en les característiques o comportament personals</li> <li>Fer que la susceptibilitat percebuda sigui congruent amb el risc real</li> </ul>
<b>Severitat percebuda</b>	Creença personal sobre la gravetat d'una condició o les seves seqüeles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar de les conseqüències del risc i la condició</li> </ul>
<b>Beneficis esperats percebuts</b>	Creença individual sobre l'eficàcia de l'acció proposada per reduir el risc o la gravetat de l'acció	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir l'acció necessària: com, on, quan, clarificar els efectes positius i esperats</li> </ul>
<b>Barreres percebudes</b>	Creença individual sobre els costos tangibles i psicològics de l'acció proposada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar i reduir les barreres percebudes mitjançant la reafirmació, correcció de la informació incorrecta, incentius i assistència</li> </ul>
<b>Estímuls per l'acció</b>	Estratègies per activar la disposició individual cap al comportament desitjat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar informació sobre com fer-ho, promoure la conscienciació, utilitzar sistemes de record</li> </ul>
<b>Autocontrol eficàcia personal</b>	Confiança en un mateix respecte a la capacitat de realitzar l'acció proposada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar entrenament i guiar l'acció</li> <li>Plantejar objectius progressius</li> <li>Reforç verbal</li> <li>Exemplificar els comportaments desitjats</li> <li>Reduir l'ansietat</li> </ul>

Font: Janz (2002).

#### 4.1.2. El model de Prevenció de la Malaltia

El model de Prevenció de la Malaltia considera que els factors psicològics (cognitius, emocionals i motivacionals) tenen influència tant en el procés d'emmalaltir com en el manteniment de la salut. Aquests factors psicològics són el resultat, al seu torn, de la història individual de cada persona en un determinat context cultural, socio-econòmic i polític (Bayés, 1985). Aquest model tracta de comprendre i identificar els factors que influeixen en la prevenció d'una malaltia i millorar, per tant, l'eficiència dels programes preventius (Bayés, 1995).

El model de Prevenció de la Malaltia, aplicat inicialment a la prevenció de la SIDA (Bayés, 1995), és una proposta multifactorial i interactiva, que emfasitza els aspectes temporals de les interaccions entre els seus diferents elements. Es poden distingir tres fases o moments, tal com apareix a la Figura 4.1.2.1: el passat (o els antecedents); el present (els factors implicats en la interacció actual); i el futur (conseqüències d'una conducta o actuació a curt i a llarg termini).

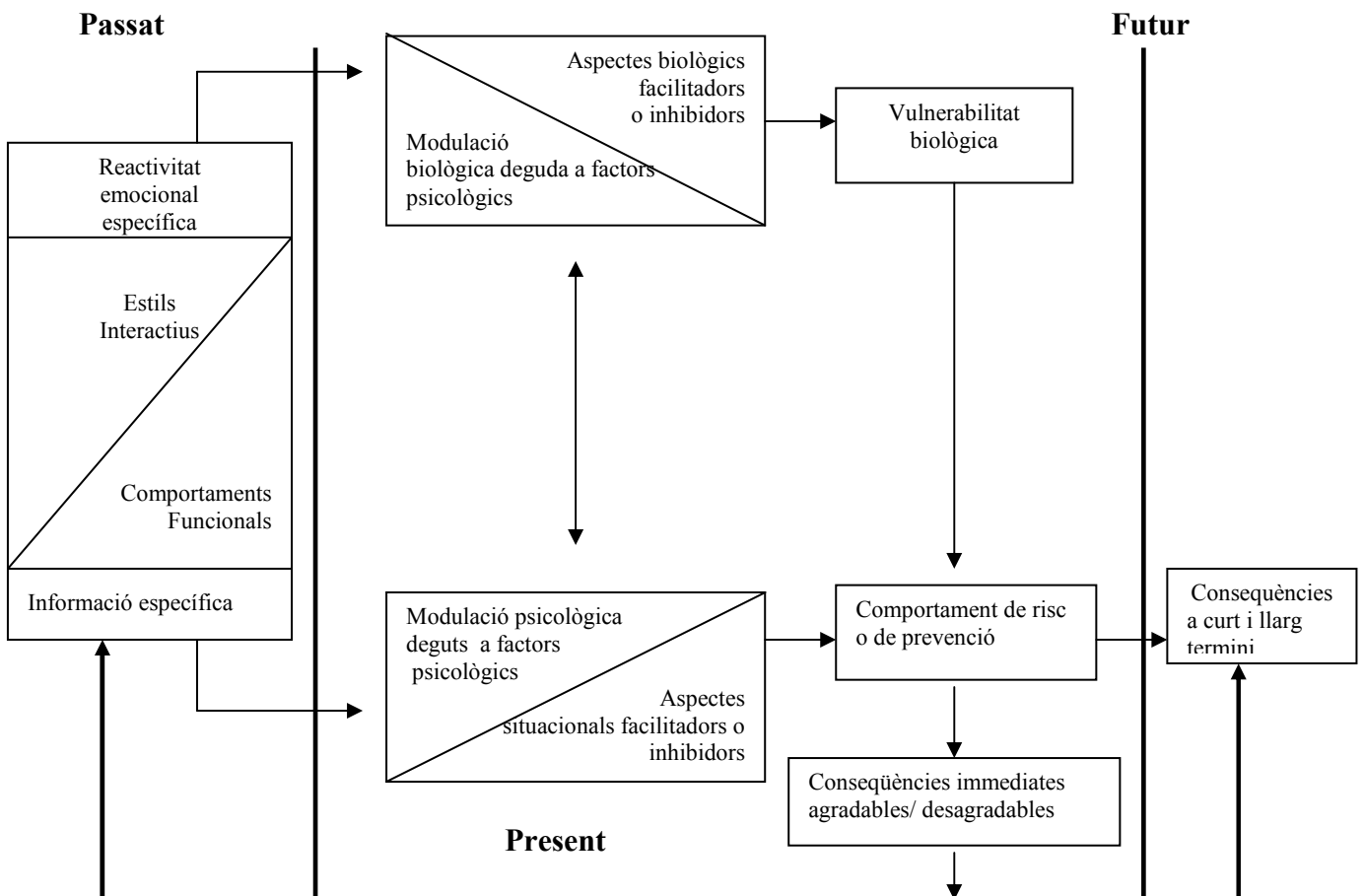
- **El passat** són els factors històrics, presos com a variables susceptibles de facilitar una conducta en una determinada situació interactiva o d'influència recíproca. En el passat s'inclouen quatre aspectes:
  1. Els estils interactius o trets de personalitat, el quals influeixen en la manera com les persones reaccionen davant d'una situació donada, com ara la frustració, el conflicte, l'ambigüitat o el canvi.
  2. Les competències funcionals o els recursos disponibles per dur a terme o no conductes de prevenció en el futur, és a dir, aquells recursos que han demostrat ser efectius en el passat i que en una situació semblant es tornen a utilitzar.
  3. Informació específica i a l'abast de les persones abans d'afrontar una situació de risc.

4. Reactivitat emocional o repertori de reaccions davant de certs estímuls, pautes temporals i característiques situacionals en el decurs de cada història personal.
- **El present** fa referència als aspectes actuals i a la influència recíproca o interactiva d'un seguit de factors que poden o no facilitar una conducta preventiva o -per contra- de risc. Aquests factors són:
    1. Factors biològics, els quals tenen una condició de vulnerabilitat.
    2. Aspectes situacionals o circumstàncies que faciliten o inhibeixen una interacció segons els riscos implicats i els recursos disponibles.
    3. Modulació psicològica, segons les condicions biològiques del subjecte en el moment de la interacció.
    4. Conseqüències immediates o percepció del subjecte -agradable o desagradable- de la conducta de risc o de prevenció, i que pot retroalimentar el procés.
  - **El futur** és resultant del grau de vulnerabilitat i dels comportaments (de prevenció o de risc) adoptats pels individus, de manera que l'equilibri psicobiològic en termes de salut o malaltia es trenca, es restableix o es manté.

Bayés (1994) emfasitza les conseqüències dels comportaments, i associa els comportaments de risc amb una conseqüència immediata i plaent, generalment intensa i de curta durada. Per contra, les conseqüències negatives que es deriven d'una conducta de risc solen ser probables i a llarg termini. Altrament, no hi ha evidències que permetin correlacionar l'estat de salut actual d'un individu i la pràctica de comportaments preventius en el passat. Per aquesta raó, davant de dos comportaments alternatius, moltes persones opten per aquell que té un benefici immediat, ignorant les eventuais i greus alteracions de salut que pot comportar en el futur.

Bayés (1994) també remarca la importància de les conseqüències socials extrínseques associades a les conductes. En aquest sentit, el comportament social aprovatori o inhibidor dels subjectes de l'entorn respecte d'una conducta determinada pot resultar determinant a l'hora d'adoptar o no una conducta concreta.

En el cas del consum de substàncies, la influència del cercle de relacions pot ser determinant tant a l'hora de realitzar una conducta de risc com de prevenció. Però la decisió del subjecte resta igualment condicionada pel grau de vulnerabilitat biològica, com ara l'edat, el moment de la interacció o una eventual situació d'estrès, posem per cas. El passat, però, pot influir tant o més que no pas el present. Una situació particularment plaent associada amb una primera experiència de consum de substàncies pot facilitar l'adopció de l'hàbit. Per contra, les habilitats i estratègies del subjecte a l'hora d'afrontar una situació de risc el poden evitar. A la figura 4.1.2.1 s'exposa una sinopsi gràfica de les variables que intervenen en el model.



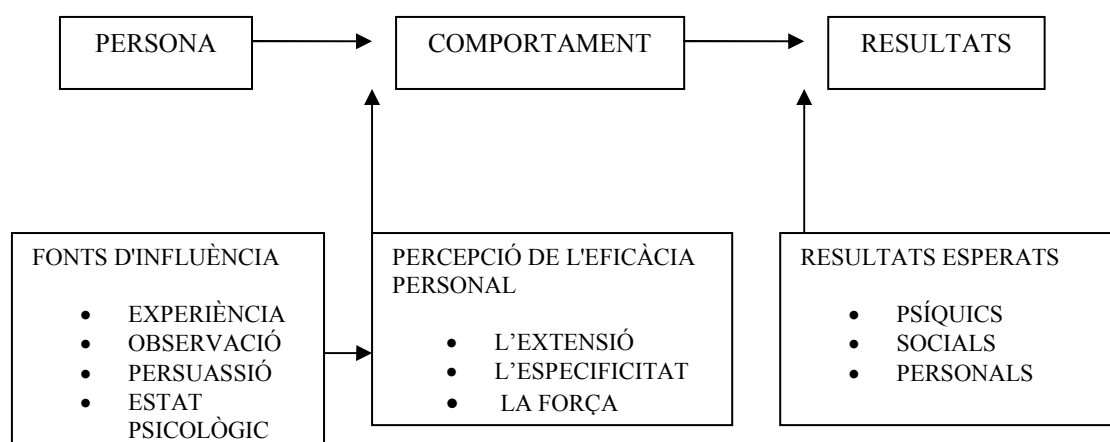
**Figura 4.1.2.1. Model de Prevenció de la Malaltia de Bayés (1992).**

### 4.1.3. Teoria de la Cognició Social

La teoria de l'aprenentatge social, formulada per Bandura i Walters (1979), posa molt d'èmfasi en els processos simbòlics, vicaris i autorreguladors en el funcionament psicològic. D'altra banda, aquesta teoria també remarca la importància de l'ambient social entre els factors determinants de la conducta i és l'antecedent més immediat de la Teoria de la Cognició Social (Bandura, 1987).

Bandura (1987) considera la conducta com el resultat de tres factors interrelacionats: l'aprenentatge, els processos cognitius i l'ambient en el sentit social (mitjans de comunicació de masses) que actuen com a models de conducta.

La teoria social cognitiva (Bandura, 1987; Coutu, Dupuis, Marchand, O'Connor, Trudel i Bouthillier, 2000) centra la seva atenció en la vessant social dels aprenentatges i les interaccions entre l'entorn i els individus. Segons aquesta teoria, la regulació cognitiva del funcionament humà depèn de dos sistemes de creences: les creences en l'eficàcia del comportament, i les creences en la percepció personal de l'eficàcia. Així, una persona realitzarà un determinat comportament si pensa que pot ajudar-lo a l'obtenció dels resultats previstos, i si, a més, té prou confiança en ella mateixa a l'hora de portar-lo a la pràctica en el moment indicat. L'esquema d'aquest model es presenta a la Figura 4.1.3.1.



**Figura 4.1.3.1. Model Cognitiu Social (adaptat de Bandura, 1987).**



El **sistema de creences en l'eficàcia del comportament** pot prendre tres formes principals. La primera inclou els efectes físics previstos, plaents i desplaents, a l'hora d'iniciar el comportament. La segona té a veure amb les reaccions inicials, favorables o desfavorables, de l'entorn. La tercera pren la forma d'una autoavaluació de les repercussions en cas que es faci el comportament. Per exemple, una persona fumadora pot creure que si deixa de fumar respirarà millor, però a curt termini li pot preocupar un augment de pes (efecte físic). Aquesta mateixa persona pot pensar que la seva parella acceptarà el nou comportament, però que els seus amics potser el deixaran de banda (reacció social). Finalment, l'interessat pot procedir a una avaluació de les repercussions en termes personals: el comportament pot millorar la relació amb la seva parella encara que els amics no li parlin (Côte i Godin, 2003).

El **sistema de creences en l'eficàcia personal** presenta tres dimensions en relació al canvi de comportaments: l'extensió o magnitud, l'especificitat, i la força. La primera mesura el grau de dificultat del canvi: no és el mateix caminar dos quilòmetres que deu. La segona es refereix a un comportament donat, perquè les persones no tenen un sentiment d'eficàcia personal en qualsevol àmbit o domini, sinó en algun o alguns de particulars: no és el mateix fer deu quilòmetres caminant o nedant. Finalment, la creença o l'autoconfiança cal que sigui prou sòlida, la qual cosa permetrà perseverar i encarar les dificultats del canvi.

Les creences en l'eficàcia personal són sobretot percepcions, les quals poden estar influïdes per alguns d'aquests factors:

- L'**experiència personal**, és a dir, en relació amb l'èxit o el fracàs anterior davant un comportament semblant. Si un adolescent percep que el consum d'una o altra substància resulta una estratègia d'afrontament adequada, la tendència al consum serà major.
- La **persuasió social** (verbal o no), que influeix positivament en l'eficàcia personal a condició que el missatge sigui versemblant, i que aquest factor -poc durador- es pugui combinar amb algun dels altres.
- Els **estats emocionals** (estrès i altres), que poden augmentar o disminuir el sentiment d'eficàcia personal.

- L'**observació del comportament dels models socials**, els quals poden afavorir (o no) el sentiment d'eficàcia personal per la via de la similitud. Altrament, un model competent no transmet únicament habilitats, sinó també valors i actituds.

El model de Bandura (1987) posa molt d'èmfasi en aquesta darrera variable, és a dir, en els processos d'aprenentatge d'un comportament per l'observació dels models socials i les seves conseqüències. En aquest cas, però, l'aprenentatge no es produeix solament per la imitació, sinó més aviat com a resultat d'un procés que presenta quatre components:

- L'**atenció i percepció** dels aspectes importants del comportament, la qual cosa permet a l'observador de fixar la seva atenció en el model, amb el benentès, però, que aquest té un valor funcional, i que no es limita a fomentar una reproducció mecànica d'allò observat, sinó una autoexploració de l'interessat, amb la pertinent reflexió i avaluació de cadascuna de les accions.
- La **retenció de les observacions** i la seva representació simbòlica, la qual cosa permet mantenir el comportament en absència del model.
- La **reproducció motriu** o traducció de les representacions simbòliques en accions, si cal amb l'ajut d'una guia pràctica per a l'adquisició dels comportaments més complexos.
- La **motivació**, que té un paper central en els aprenentatges per observació, i que pot haver estat induïda per una font externa, una avaluació vicària (els avantatges o desavantatges respecte als altres) o una autoavaluació.

Finalment, la teoria social cognitiva ofereix una guia per estructurar les etapes de l'adquisició d'un comportament. Es tracta, inicialment, d'identificar els mitjans amb la persona, proposar-li els models, fragmentar el comportament en unitats més petites, fer-lo practicar segons una escala de dificultats (d'allò més fàcil a allò més difícil), i acompanyar-la amb una retroacció adient (*feed-back*) i els reforços oportuns (Côté i Godin, 2003). Altrament, cal portar les persones a actuar dins d'una zona on puguin tenir prou interès i confiança en perseverar, la qual cosa vol dir equilibrar la dificultat de les accions amb el sentiment d'eficàcia personal dels interessats. Quan la darrera és feble i la primera elevada, el resultat pot ser dissuasiu o portar a un abandonament prematur. El cas contrari fa que la persona pugui desinteressar-se fàcilment de l'acció. Un grau mitjà de

dificultat combinat amb un sentiment igualment mitjà d'eficàcia personal constitueix l'escenari idoni del canvi.

Així doncs, segons la teoria de l'aprenentatge social de Bandura (1986) el consum de substàncies i el manteniment d'aquest consum seria una conseqüència del modelatge (imitació), el reforç social i l'anticipació dels efectes. Els factors cognitius (pensaments, creences i expectatives) prenen llavors una gran rellevància, perquè són aquells que mediatitzen l'impacte que els esdeveniments, els antecedents, i les conseqüències tenen sobre les persones. Tots aquests mecanismes d'aprenentatge no són mútuament excloents sinó que poden coexistir en el cas del consum de substàncies (Secades, 2001).

A la Taula 4.1.3.1 es presenten els principals conceptes, definicions i intervencions concretes en cada àrea de la teoria proposats per Baranowski (2002).

**Taula 4.1.3.1. Conceptes, definicions i intervencions de la Teoria de la Cognició Social.**

Concepte	Definició	Intervenció
<b>Medi ambient</b>	Factors externs a la persona	Proporcionar oportunitats i suport social
<b>Situació</b>	Percepció personal del medi	Corregir interpretacions errònies i promoure normes saludables
<b>Capacitat conductual</b>	Coneixement i habilitat per realitzar una conducta concreta	Promoure l'aprenentatge mitjançant l'entrenament d'habilitats
<b>Expectatives de resultat</b>	Resultats esperats d'una conducta	Modelitzar resultats positius de la conducta saludable
<b>Expectatives de valor</b>	El valor que cada persona dóna al resultat d'una conducta	Presentar resultats de canvi que prenguin sentit funcional
<b>Auto-control</b>	Regulació o control personal de la conducta adreçada cap a un objectiu	Proporcionar oportunitats per la presa de decisions, l'autoavaluació, l'establiment d'objectius, la solució de problemes i l'autogratisficació
<b>Aprenentatge per observació</b>	Conducta adquirida per observació de conductes d'altres persones i els seus resultats	Incloure models de rols factibles per la conducta desitjada
<b>Reforços</b>	Respostes a una conducta que reforci o disminueixi la probabilitat d'ocurrència d'una conducta	Promoure premis o incentius suggerits per la pròpia persona
<b>Autoeficàcia</b>	La confiança de la persona en realitzar una conducta i superar les barreres per aquesta conducta	Enfocar el canvi de conducta amb petits passos per assegurar l'èxit
<b>Respostes emocionals</b>	Estratègies útils per la persona per afrontar estímuls emocionals	Proporcionar entrenament en la solució de problemes i gestió de l'estrès. Incloure oportunitats per practicar les habilitats en situacions concretes
<b>Determinisme recíproc</b>	Interacció dinàmica entre la persona, la conducta i el medi on té lloc la conducta realitzada	Considerar diferents opcions pel canvi de conducta, inclòs el canvi ambiental, d'habilitats i personals

Font: Baranowski (2002).

Els principis de la teoria de l'aprenentatge social es poden integrar en les activitats de prevenció primària ja que prenen en consideració la interacció de variables personals i ambientals en la configuració de les conductes i, per tant, es reconeix la influència cultural, socioeconòmica i històrica en la configuració de la salut de les persones. D'altra banda, la importància que el model atorga als processos cognitius, juntament amb els elements motivacionals, poden modificar la influència de les possibles conseqüències de les conductes.

#### **4.1.4. Model Transteòric de Canvi**

Prochaska i Diclemente (1982) proposen un model per explicar com es produeix el canvi de comportament, posant l'èmfasi en la intenció de canvi de l'individu mateix. L'estructura i els principis del model es proposen en el "Model Transteoric de Canvi" (Prochaska, Diclemente i NorCross, 1992). Una de les aportacions del model consisteix en el fet de conceptualitzar el canvi de comportament com un procés dinàmic, tot reconeixent que les persones difereixen en la seva capacitat per canviar un comportament i que els canvis es produeixen de manera continua en el temps (Prochaska i DiClemente, 1983).

Els orígens d'aquest model cal cercar-los en els estudis de conductes addictives (abús de consum de tabac, alcohol i altres drogues) realitzats als Estats Units (Prochaska i DiClemente, 1986), i que també s'han estès al nostre país (Font-Mayolas, 2002; Font-Mayolas, Gras, Planes i Gómez, 2008; Grau, Font-Mayolas, Gras, Suñer i Noguera, 2007). Aquest mateix model també ha estat aplicat per modificar altres comportaments relacionats amb la salut, com ara la disminució de les pràctiques de risc per la infecció del virus de la immunodeficiència humana (VIH) i el foment de l'ús del preservatiu (Grimley, Prochaska i Prochaska, 1997; Noar, Morokoff i Redding, 2001), l'adopció d'una dieta saludable (Glanz, 1994); o per incentivar l'exercici físic (Marcus, 1994).

Els autors del model consideren el canvi com un procés gradual i no pas com una acció puntual en la que les persones modifiquen la seva conducta. Aquest model intenta abastar tot el procés de canvi, és a dir, d'ençà del moment en què una persona pren consciència de l'existència d'un problema fins al moment en què aquest deixa d'existir.

Aquest model ajuda a explicar perquè algunes persones que consumeixen algun tipus de substància no desitgen participar en programes per abandonar el seu hàbit. Alhora, permet als professionals de la salut planificar programes per abandonar el consum de substàncies adequats a l'etapa de canvi dels consumidors.

Segons aquest model els estadis o etapes per les que passa una persona en el procés del canvi o abandonament d'un hàbit són cinc: Precontemplació, Contemplació, Preparació, Acció i Manteniment (Prochaska , Diclemente i Norcross, 1992):

- **Precontemplació:** L'element que caracteritza aquesta etapa és la manca d'intenció de canvi en la persona, perquè no hi consciència ni visualització del problema. Des d'un paràmetre temporal, s'estima que si la persona no té intenció de modificar la seva conducta en els sis mesos següents, es troba en aquesta etapa. Aquest és el cas de les persones que consumeixen algun tipus de substància i no tenen intenció de canviar o abandonar l'hàbit en un futur pròxim, com ara el dels fumadors que no tenen cap interès en deixar de fumar en els propers mesos, sigui perquè no són conscients de les repercussions potencials per a la salut, sigui perquè no ho consideren un problema.
- **Contemplació:** En aquest etapa la persona és conscient del problema i considera la possibilitat de canviar o abandonar la conducta en els propers 6 mesos. Així, doncs, la majoria dels fumadors que es troben en aquesta etapa saben que fumar és perjudicial per a ells, i pensen que haurien d'abandonar el consum, però no estan disposats a canviar fins passats uns mesos.
- **Preparació:** En aquesta etapa les persones es troben preparades per realitzar un canvi, normalment amb intencions de començar al mes següent, i han realitzat com a mínim un intent d'abandonament (de 24 hores o més en el darrer any de consum). Presenten tant la determinació com la preparació per iniciar el canvi. Fins i tot algunes persones, quan es troben en aquesta etapa, poden haver realitzat petits canvis, com ara reduir el consum.
- **Acció:** En aquesta etapa les persones consumidores de substàncies han iniciat l'abandonament del consum i es produeixen canvis objectius, com ara

modificacions d'ambient, de conductes i d'experiències. Més concretament podrien dir que són individus que porten entre 24 hores i 6 mesos sense consumir. Exemple: fumadors que han deixat el consum i que estan modificant determinats hàbits associats amb aquest consum, com ara sortir a córrer en comptes de trobar-se amb amics fumadors.

- **Manteniment:** En l'etapa de manteniment, la persona tracta de consolidar i mantenir els canvis realitzats en l'etapa anterior des de fa 6 mesos, intentant prevenir una possible recaiguda. Aquest estadi no consisteix doncs en una absència de canvis sinó en una continuació activa. En el cas dels fumadors seran aquells que porten sis mesos sense fumar.

Per a variacions d'aquest model, sobre el nombre d'etapes i les seves definicions, es pot consultar Font-Mayolas (2004).

Segons el model, totes les persones transiten per les diferents etapes fins a assolir el canvi de conducta. El model mostra com canvien les persones en el temps, però assumeix que el canvi no va sempre en un sentit, i que una persona que ha iniciat el procés de canvi sempre pot retornar a una etapa prèvia, com ara en el cas dels ex-fumadors que tornen a recaure. A la Figura 4.1.4.1, es representa el model en espiral dels estadis de canvi. El patró en espiral indica que la majoria dels individus aprenen de les seves experiències i, per tant, les recaigudes formen part del procés de canvi. .



**Figura 4.1.4.1. Model Transtèoric de canvi de Prochaska, DiClemente i NorCross (1992).**

Segons aquest model, les intervencions preventives seran més efectives si s'adapten a l'etapa específica. A la Taula 4.1.4.1 es descriuen les estratègies d'intervenció en cada una de les etapes de canvi, segons Okene (1992). El tractament de les conductes addictives avança si el pacient i el professional de la salut se centren en el mateix estadi de canvi (Prochaska i Prochaska, 1985, 1993).

Detectar i reconèixer els avenços entre les etapes, encara que no es produeixi el canvi de conducta, és important, tant per a la persona consumidora com per al professional, perquè els canvis de conducta es realitzen a llarg termini. Sovint s'han de plantejar objectius per etapes parcials, com ara augmentar la conscienciació tot fent notar la necessitat del canvi de conducta o plantejar objectius com ara retardar el primer consum del dia o reduir el nombre total de consumicions. Assolir aquests objectius augmenta l'autoestima, la confiança i la percepció de l'autocontrol.

La importància d'aquest model en la pràctica clínica radica en la dimensió temporal, perquè ajuda a definir la intervenció més adient segons el moment o l'estadi en el qual es troba el pacient. També contribueix a conèixer els processos cognitius i conductuals relacionats amb el canvi.

**Taula 4.1.4.1. Estratègies d'intervenció en les diferents fases del procés de canvi.**

Estadi	Concepte	Intervenció
<b>Precontemplació</b>	La persona no és conscient del problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar informació</li> <li>• Ajudar al pacient a creure en la seva capacitat de canvi</li> <li>• Personalitzar la valoració</li> </ul>
<b>Contemplació</b>	La persona és conscient de l'existència del problema i comença a pensar en la possibilitat de realitzar un canvi (ambivalència)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar al pacient a desenvolupar habilitats per canviar de conducta</li> <li>• Oferir suport</li> <li>• Ajudar al pacient a desenvolupar un pla de canvi</li> <li>• Proporcionar material d'ajuda</li> </ul>
<b>Preparació</b>	La persona pren la decisió de canviar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferir suport</li> <li>• Ajudar al pacient a preparar-se per fer front a possibles problemes</li> </ul>
<b>Acció</b>	El pacient inicia el canvi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar ajuda per a que el canvi de conducta esdevingui efectiu</li> </ul>
<b>Manteniment</b>	La persona es mostra activa en la consolidació del canvi i la prevenció de les recaigudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar ajuda per a que el canvi de conducta esdevingui efectiu</li> </ul>
<b>Recaiguda</b>	La recaiguda és un aprenentatge i més que un fracàs suposa el retorn a un estat previ a l'acció	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analitzar conjuntament, professional i pacient, els motius de recaiguda</li> <li>• Ajudar al pacient a fer plans per un pròxim intent</li> <li>• Facilitar la confiança del pacient en la seva capacitat per canviar</li> <li>• Oferir suport</li> </ul>

Font: Ockene (1992).

Així com els estadis de canvi representen una **dimensió temporal** que permet identificar quan tenen lloc determinats canvis d'intencions i actitudinals, **els processos de canvi** ajuden a comprendre com succeeixen aquests canvis. El procés de canvi fa referència a l'activitat iniciada o experimentada per un individu per modificar una conducta. Són guies importants en el cas de programes d'intervenció en promoció de la salut. Segons aquest model, en cada etapa s'haurien d'utilitzar processos i estratègies diferents.

Prochaska (1979) va identificar deu processos de canvi a partir d'anàlisis teòriques i empíriques de les principals escoles psicoterapèutiques i d'estudis retrospectius, transversals i longitudinals en l'àmbit de les conductes addictives (DiClemente i Prochaska, 1982, 1985; Prochaska i DiClemente, 1983, 1985).

Aquests deu processos de canvi, en tant que factors o variables principals, s'organitzen segons un model jeràrquic en relació amb dos tipus de factors:



1. Factors relacionats amb els processos de canvi **cognitius o experiencials**, com ara augment de la consciència, dramatització, autoavaluació, reavaluació de l'entorn i alliberament social.
2. Factors relacionats amb els processos de canvi **conductuals**, que inclouen l'autoalliberament, el maneig de contingències, les relacions d'ajuda, el contracondicionament i el control d'estímuls.

A continuació es descriuen breument aquests deu processos:

- **Augment de la consciència:** La finalitat és incrementar la comprensió sobre les causes, les conseqüències i els remeis per a una determinada conducta problemàtica. Les persones reben informació sobre els problemes relacionats amb el consum de substàncies per fomentar la visualització dels riscos del consum. Les intervencions en aquest sentit inclouen informació i campanyes divulgatives en els mitjans de comunicació.
- **Dramatització:** Consisteix en facilitar l'expressió de sentiments (mitjançant tècniques com ara el psicodrama o els jocs de rol) sobre els problemes i solucions associats a la conducta addictiva. Per exemple, valorar, a través de l'empatia, fins a quin punt el fet de consumir substàncies psicoactives pot afectar a altres persones.
- **Autoavaluació:** Combina les avaluacions cognitives i afectives. Es tracta de proporcionar ajuda per a que les persones puguin escollir i es comprometin amb el canvi. S'avalua com se sent i què pensa el pacient d'ell mateix, amb i sense l'hàbit no saludable (consum de substàncies).
- **Reavaluació de l'entorn:** Analitzar les possibles alternatives de l'entorn i de l'impacte que pot produir el seu hàbit en ell mateix i sobre els altres. Exemple: avaluar com el consum abusiu d'alcohol juntament amb la conducció pot afectar la seva vida i la vida dels altres.
- **Autoalliberament:** Inclou, d'una banda, la convicció en la capacitat de canviar; i d'una altra, el compromís que s'actuarà en conseqüència. Exemple: propòsit de deixar de fumar per any nou.
- **Alliberament social:** Representa un augment de la capacitat del consumidor per decidir i escollir (empoderament). Requereix una presa de consciència social de la conducta addictiva i de la voluntat social de combatre-la. Exemple: algunes

polítiques que afavoreixen el no consum, àrees lliures de tabac, augment del cost de les begudes alcohòliques, etc.

- **El maneig de contingències:** Proporcionar orientacions a l'hora de realitzar accions. Una orientació particular és una estratègia conductual que augmenta la probabilitat que una determinada conducta de canvi, per exemple no consumir alcohol, tingui èxit.
- **Les relacions d'ajuda:** Es refereix a l'existència i utilització del suport social (família, amics, terapeutes, etc.) que permet confiar en els altres i que facilita el procés de canvi en la conducta. El suport social, l'aliança terapèutica i els grups d'autoajuda són exemples de recursos en aquest procés.
- **Contracondicionament:** Significa gestionar l'entorn perquè afavoreixi la conducta saludable. Consisteix, essencialment, en modificar la resposta cognitiva, motora i fisiològica. Les tècniques de relaxació, l'autoafirmació, la sensibilització, els substitutius (xiclets de nicotina en el cas dels fumadors) són, entre d'altres, estratègies per aplicar en aquest procés.
- **El control d'estímuls:** Consisteix en regular els elements del medi que poden desencadenar el consum, per exemple evitar situacions, persones o llocs d'alt risc per consumir.

Prochaska (2002) proporciona un exemple detallat de l'aplicació de la teoria en estratègies poblacionals per promoure l'abandonament de l'hàbit tabàquic, però el model també és aplicable a d'altres conductes. A la Taula 4.1.4.2 es presenta un resum de les etapes de canvi i els processos cognitius i conductuals corresponents.

**Taula 4.1.4.2. Etapes de canvi i processos cognitius i conductuals.**

Etapes	Processos	Determinants
<b>Precontemplació</b>	1. Conscienciació 2. Alleujament per dramatització 3. Revaluació de l'ambient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciència</li> <li>• Actituds</li> <li>• Severitat / vulnerabilitat</li> </ul>
<b>Contemplació</b>	4. Autoevaluació	
<b>Preparació</b>	5. Autoalliberament	
<b>Acció</b>	6. Gestió de l'esforç 7. Relacions d'ajuda 8. Contracondicionament 9. Control de estímuls	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol (<i>self-efficacy</i>)</li> <li>• Normes subjectives</li> <li>• Influència social</li> </ul>
<b>Manteniment</b>	10. Alliberament social	

Font: Prochaska (2002).

#### 4.1.5. Models Comunitaris

Els models comunitaris complementen els models de canvi de conducta a nivell individual. La perspectiva comunitària de la salut contempla el context socioecològic on es desenvolupen les persones; els grups socials dels que formen part; i la influència de tot plegat en les creences, els valors i les actituds que intervenen en les conductes de salut i malaltia (Blanco, 1988).

L'aportació dels models comunitaris en l'àmbit de la prevenció del consum de substàncies rau en l'estudi, anàlisi i avaluació dels recursos de la comunitat a l'hora d'implementar programes de promoció de la salut que fomentin la salut de les persones i les comunitats. El model es basa en la Declaració de Yakarta sobre la Promoció de la Salut al segle XXI, que recull com un objectiu prioritari el d'augmentar la capacitat comunitària i empoderar a les persones davant la malaltia (OMS, 1997).

Un dels objectius de la salut pública és dissenyar intervencions de promoció de la salut que permetin la comunicació en tota mena de comunitats o grups específics. Això significa, d'una banda, reconèixer la influència dels contextos microsocials (la família, el grup d'amics, el barri, etc.) en l'origen i/o l'evolució del fenomen; i, d'una altra, acceptar la necessitat d'implicar la comunitat organitzada en la recerca de solucions, mitjançant **l'aplicació de polítiques** en matèria de drogodependències, l'establiment de **programes específics**, com ara les consultes d'atenció per abandonar el consum de substàncies, i la participació de la **comunitat organitzada**, fomentant estils de vida sans (Adams, 1990).

Tot i que existeixen nombrosos models de tipus comunitari en aquest apartat exposarem, únicament, tres d'aquest marcs conceptuals per a la promoció de comportaments saludables:

1. Organització Comunitària
2. Teoria de la Difusió de les Innovacions
3. Canvi Institucional o Organitzatiu

## Organització Comunitària

L'enfocament d'Organització Comunitària se centra en la participació activa i el desenvolupament de les comunitats per a que aquestes puguin avaluar millor la salut i resoldre els problemes col·lectius (Minkler, 1997). Aquest model es presenta com una forma d'encarar els problemes de salut comuns al si d'una comunitat, i es recalca la necessitat de potenciar l'esforç i la participació comunitària en tots els nivells del procés. L'aplicació d'aquest model permet que les persones integrants d'una comunitat puguin reconèixer els problemes comuns i mobilitzar els recursos adients per a resoldre'ls (Glanz, Lewis i Rimer, 1990). Glanz i Rimer (1997) defineixen l'Organització Comunitària com el procés mitjançant el qual s'ajuda als grups i a les comunitats a identificar els problemes i objectius comuns, a mobilitzar els recursos disponibles, i a desenvolupar i implantar estratègies per assolir els objectius. El model es basa en les teories de la perspectiva ecològica, la perspectiva dels sistemes socials, les xarxes socials, el suport social i la teoria de l'aprenentatge social.

Rothman i Tropman (1987) distingeixen tres components en la Organització Comunitària:

1. **Desenvolupament local:** Cercar el suport d'experts externs que ajudin a resoldre els problemes de la comunitat juntament amb la societat civil. L'èmfasi es posa en el desenvolupament del consens, la capacitat de construcció i l'orientació de l'activitat. Els professionals externs a la comunitat ajuden a la comunitat a reconèixer els seus problemes concrets.
2. **Planificació social:** Consisteix en utilitzar objectius referits a l'activitat i enfocats a la solució de problemes concrets, amb professionals experts que ofereixen assistència tècnica per beneficiar als consumidors comunitària.
3. **Acció social:** Té per objectiu incrementar la capacitat de la comunitat per resoldre problemes i per aconseguir canvis concrets que puguin corregir les injustícies socials identificades en un grup.

Tot i que les organitzacions comunitàries no utilitzen un únic model consensuat, coincideixen almenys en cinc conceptes clau. A la Taula 4.1.5.1 es resumeixen els conceptes comuns a varies perspectives.

**Taula 4.1.5.1. Conceptes, definicions i aplicacions del model d'organització comunitària.**

Concepte	Definició	Aplicació
Potenciació	Procés per incrementar el domini i el poder sobre un mateix o sobre la pròpia comunitat, per produir el canvi	Proporcionar a les persones i a les comunitats eines i responsabilitat per prendre decisions que els afectin.
Competència comunitària	Capacitat comunitària per resoldre problemes de forma efectiva	Treballar amb la comunitat per identificar problemes, crear consens i assolir els objectius
Participació i rellevància	Activació ciutadana i sentiment col·lectiu d'estar preparats per al canvi	Ajudar a la comunitat a plantejar objectius i animar a participar activament
Selecció de problemes	Identificar problemes susceptibles de ser modificats	Ajudar a la comunitat a examinar els seus problemes
Consciència crítica	Desenvolupar la comprensió de les causes que originen el problema	Orientar la consideració dels problemes de salut des d'una perspectiva social.

### Teoria de la Difusió de les Innovacions

Aquesta teoria analitza el canvi en tots els nivells: individual, interpersonal, comunitari i institucional. Integra teories sobre el comportament, com ara la teoria de les xarxes socials, i examina el procés mitjançant el qual la introducció de noves idees, productes i conductes en una comunitat determinada acaben per esdevenir normals (Valente, 1996).

La teoria de la Difusió d'Innovacions explica que les innovacions es disseminen de forma natural mitjançant les xarxes socials i que l'ús de les xarxes de difusió ajuda a planificar canvis de conducta a gran escala (Sudbury, 2005). Els elements principals que determinen si la innovació tindrà èxit o no són quatre:

1. **La innovació:** Ha d'oferir avantatges, de manera que el canvi valgui la pena, i ha de ser congruent amb els valors i el context de vida de les persones que han d'adoptar-la (per exemple, si les persones o grups poden observar beneficis tangibles en el canvi respecte a allò que es reemplaça, hi haurà moltes més possibilitats d'incorporar la innovació). D'aquesta manera, també augmentaran les probabilitats que s'adopti a llarg termini i que encoratgi a altres a fer el mateix.

2. **Canals de comunicació:** Són efectius per fer arribar informació sobre les innovacions a moltes persones de manera simultània, però les persones que comparteixen una mateixa situació, conducta o edat tenen molta influència sobre la decisió d'adoptar o no la innovació, raó per la qual es recomana utilitzar les xarxes socials per reforçar els missatges dels mitjans de comunicació (Rutenberg i Watkins, 1997). Així, quan hi ha líders d'opinió que presenten o repeteixen la informació proporcionada pels mitjans de comunicació, augmenten les probabilitats que les persones i els grups es decideixin a actuar. La combinació de recomanacions de líders populars, amb l'aprovació de grups de parells, i missatges a través dels mitjans de comunicació (especialment si es reforcen amb grups d'escolta, oportunitats per fer trucades telefòniques i trobades cara a cara), proporciona un gran impuls a l'hora d'adoptar una innovació (Rogers, 1997).
  
3. **La difusió en el temps:** El procés de travessar per les diferents etapes del canvi (des de la presa de consciència inicial fins a la intenció de canviar i de mantenir el canvi) pot ser gradual, tant per a les persones com per a les organitzacions. A vegades es posa fi al finançament de molts programes prometedors o se'ls avalua de forma prematura, sense esperar que el canvi pugui sorgir.
  
4. **El sistema social:** Fa referència al context o territori en el qual es dissemina la innovació. Un context social ampli, com una ciutat, inclou moltes subunitats, com ara els sistemes i les institucions de salut, grups religiosos i polítics, clubs socials, sindicats i persones en associacions informals. L'estructura i els costums o regles de cada unitat afectaran la difusió de la innovació dins de la mateixa, i a nivell col·lectiu determinaran si acabarà adquirint una massa crítica de persones dins de la totalitat del sistema social. En promoure conductes saludables cal conèixer tant com sigui possible els sistemes on es pensa introduir la innovació en salut. La investigació qualitativa (entrevistes a profunditat, grups d'opinió i mapes de xarxes socials) ajuda a identificar els líders d'opinió que poden contribuir a difondre les innovacions desitjades.

## Teories de Canvi Institucional

Les teories de Canvi Institucional ajuden a identificar formes d'influir sobre l'adopció i la institucionalització de polítiques i programes que promouen la salut a l'interior de les organitzacions. Els àmbits laborals lliures de fum de tabac són un exemple d'aquesta teoria. Els experts defineixen les organitzacions com a sistemes socials complexos, estratificats, i que comprenen recursos, membres, rols, intercanvis i cultures particulars (Instituto Nacional de Cáncer, 2003). Per aquesta raó, els canvis organitzatius es poden promoure millor quan es treballa en múltiples nivells al si de l'organització. La comprensió dels canvis organitzatius és important per a la promoció de la salut, perquè donen suport a l'aplicació de polítiques i a la creació d'ambients favorables als comportaments saludables.

Tot i que són moltes les teories sobre la conducta organitzativa, n'hi ha dues que són particularment apropiades per treballar en polítiques saludables:

1. Teoria de les etapes institucionals
2. Teoria del desenvolupament institucional.

1. **Teoria de les etapes institucionals:** Aquesta teoria es basa en l'observació que les organitzacions, igual que com les persones, travessen per una sèrie d'etapes de canvi, de manera que les intervencions s'han de concentrar en la transició d'una etapa a l'altra. Pot ser difícil produir canvis dins dels grups, i es necessita motivació, habilitats noves i confiança per dur a terme la transició amb èxit.

L'organització comença el procés tot definint el problema i identificant-ne la situació. Potser són els treballadors o la gerència els qui primer identifiquen el problema i proposen solucions. El pas següent és iniciar l'acció per corregir la situació i assignar els recursos per al canvi. Tot seguit, hi ha l'etapa d'execució, on es comencen a observar els canvis inicials, i més endavant es presenten canvis addicionals, fins que el problema se soluciona. L'últim pas, la institucionalització del canvi, és essencial. Si no s'incorpora el canvi com a part integral de la institució, la identificació i la resolució del problema acaben per convertir-se en processos costosos i efímers.

- 2. Teoria del desenvolupament institucional:** Com a complement de la teoria d'etapes de canvi, la teoria del desenvolupament institucional se centra en la forma en la qual les estructures i els processos institucionals influeixen en el comportament i l'incentiu dels treballadors. Aquesta teoria encoratja l'anàlisi de problemes que impedeixen el desenvolupament òptim de l'organització, com ara problemes entre la gerència i el personal d'una clínica de salut, o els relatius a la programació i la coordinació del treball (Lande, 2002). Sovint, es recorre a consultors que poden ajudar als empleats a identificar en conjunt els seus problemes i generar les solucions i els plans d'acció pertinents. L'ideal és que més tard hi participi tota l'organització per avaluar l'èxit de les mesures preses i començar a institucionalitzar el canvi.

#### 4.1.6. Models, Teories i l'APS

Els models teòrics desenvolupats en aquest capítol amb diferents èmfasi i matisos permeten treballar els factors cognitius com a elements que intervenen en el canvi conductual. El Llibre Blanc per a la prevenció del consum de drogues i els problemes associats proposa els següents indicadors que poden ser de gran utilitat per prevenir el consum de substàncies en l'àmbit de l'APS ( Departament de Salut, 2005):

1. **Indicadors de caràcter conductual personal:** Hàbits relacionats amb la salut (tipus de substàncies consumides, freqüència de consum, quantitat, edat d'inici, etc.)
2. **Indicadors sobre creences i coneixements:** Relacionades amb els efectes reals o no de les diferents substàncies, creences sobre l'extensió del consum de cada substància, el coneixement sobre les conseqüències reals del consum i l'abús de cada substància, i la percepció del risc associat al consum de cada substància psicoactiva.
3. **Indicadors de caràcter actitudinal:** Relacionats amb les intencions de comportament futur, habilitats per conèixer i interioritzar les normes socials, el pensament crític davant dels diversos interessos que hi ha darrera les pressions per consumir drogues, i les actituds envers el consum de cada droga.



4. **Indicadors de caràcter afectiu i emocional:** Com ara el control emocional, la percepció d'autoeficàcia, l'autoestima, les habilitats per identificar i expressar sentiments.
5. **Indicadors de modelament:** Identificar models de l'entorn més proper (pares, amics) i la influència de models socials de referència (cantants, actors, actrius).
6. **Indicadors conductuals i familiars:** Com ara normatives familiars, disponibilitat de diners, temps d'oci, etc.

Segons el programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS) (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2007), qualsevol intervenció de prevenció i promoció de la salut impulsada des de l'àmbit d'Atenció Primària de Salut hauria de tenir en compte vuit factors que incideixen tant en la elecció del model com en l'aplicació dels programes de prevenció. Aquests han de:

1. Centrar-se en modelar les actituds i en facilitar les habilitats de comportament saludable, utilitzant tècniques de la **teoria l'aprenentatge i el modelatge social**.
2. Adaptar-se per grups en funció de l'edat i el període del desenvolupament, tot seleccionant aquelles activitats d'aprenentatge que resultin més atractives per a cada grup. Cal adequar les intervencions a l'estadi evolutiu en el qual es troba la persona, seguint el **model de canvi de Prochaska i DiClemente**.
3. Incorporar intervencions adreçades als pares. Les conductes de risc dels adolescents i dels joves estan en permanent interrelació amb la influència que els pares tenen sobre els seus fills. Per tant, s'han d'incloure intervencions específiques adreçades als pares o, si més no, contemplar les interaccions que hi haurà entre ells, segons el **Model Comunitari**.
4. Analitzar les influències socials. Els comportaments dels adolescents estan mediatitzats per factors com ara la pressió de grup i els contextos socials i culturals en els quals es desenvolupen, tal i com indica la **Teoria de l'aprenentatge social**.

5. Considerar la pressió dels mitjans de comunicació (la televisió, l'internet i els mitjans audiovisuals) perquè intervenen en les conductes de la població, i, per tant, tenir en compte els seus missatges en els programes de prevenció del consum de drogues, d'acord amb la **Teoria de l'aprenentatge social**.
6. Considerar l'àmbit educatiu. L'escola, com agent primari de socialització, es considera un àmbit adequat per a la implantació de programes de prevenció de drogues. Els mediadors principals en la prevenció han de ser els professors i els interlocutors habituals dels nens i adolescents. No obstant la participació dels professionals sanitaris, com a agents de suport i reforç dels missatges en salut en col·laboració amb els docents, és fonamental (**Model Comunitari**).
7. Mantenir-se. La prevenció s'ha de considerar com una activitat que es mantingui en el temps, és a dir, a llarg termini. En conseqüència, cal que sigui avaluada amb certa periodicitat per identificar si s'assoleixen els objectius.
8. Posar l'actuació en perspectiva, perquè els programes poden ser actuacions limitades, però que es van enriquint amb el pas del temps. El paper potencial de l'APS permet treballar en dos escenaris complementaris: d'una banda, en la consulta i en el centre de salut, i de l'altra, de manera complementària, amb intervencions comunitàries, adreçades a mitjans de comunicació, associacions, escoles, etc. (**Models individuals i comunitaris**).



## 5. ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT I CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

La detecció de situacions i conductes de risc, juntament amb la detecció precoç del consum de substàncies psicoactives, són activitats que s'han de realitzar des de la comunitat i l'Atenció Primària de la Salut (APS) (Casado i Araúzo, 2004; National Guidelines Clearinghouse, 2002). L'APS es considera un àmbit assistencial adient per actuar en la prevenció, detecció, tractament i seguiment del consum de substàncies. El fet de ser la porta d'entrada al sistema sanitari, la seva accessibilitat, i la continuïtat de l'atenció fan d'aquest nivell assistencial el marc idoni per actuar i detectar els problemes relacionats amb el consum de drogues (Robledo, Rubio, Espiga i Gil, 1998).

El Plan Nacional sobre Drogas de l'any 2003 ja posava l'èmfasi en la ubicació estratègica dels professionals d'atenció primària a l'hora d'actuar i realitzar activitats relacionades amb la prevenció, la detecció, el tractament i el seguiment de substàncies psicoactives, és a dir, amb tots els problemes de salut vinculats amb el consum de l'alcohol, el tabac i el cànnabis (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003).

Els professionals de l'atenció primària, metges i infermeria, són els professionals de la salut que es troben més a prop dels usuaris. L'enquesta de salut de Catalunya (ESCA, 2006) informa que un 70% de la població consulta els professionals de la salut almenys un cop l'any. Nou de cada deu persones (88,6%) declaren haver estat visitades per algun professional de la salut l'últim any: el 87,5% dels adults i el 95,4% de la població infantil. Els metges de família, juntament amb els pediatres, són els que realitzen més visites a la població adulta i pediàtrica, respectivament (Generalitat de Catalunya, 2006).

Metges de família i pediatres són també els professionals de la salut que més contacte tenen amb les persones, sanes o malaltes, que consumeixen algun tipus de substància. La majoria de persones amb problemes de salut relacionats amb el consum de l'alcohol, el tabac i el cànnabis acudeixen en algun moment de la seva vida al metge de capçalera (Cuadrado, Martínez i Picatoste, 2003) i entre el 70-90% dels joves consumidors de

drogues estan en contacte amb els metges com a mínim un cop l'any (Jeannin, Narring i Tschumper, 2005). Aquesta situació proporciona moltes oportunitats als professionals de l'APS per aconsellar a les persones sobre l'abandonament del consum de substàncies i ajudar a aquelles que ho volen intentar.

De l'adolescència fins a la vellesa, les drogues, en les seves diferents presentacions, poden actuar com a factors de risc per a la salut. El consum de tabac, alcohol i de drogues il·lícites es troben entre els vint factors de risc relacionats amb problemes de salut identificats per l'Organització Mundial de la Salut. Així s'estima que a nivell mundial el consum de tabac és responsable del 8,8% de les defuncions, el consum d'alcohol del 3,2% de les morts i l'ús de drogues il·legals del 0,4% de les morts (OMS, 2003). Per això és important que els professionals de la salut incorporin en la seva activitat diària actuacions de prevenció del consum de substàncies, tant entre els joves com en la població adulta.

La finalitat de la prevenció primària és detectar problemes de salut o factors de risc en una fase primerenca, és a dir, abans que aparegui la malaltia o altres problemes de salut concomitants. L'OMS (2003) ha identificat els següents criteris per determinar quins problemes de salut poden ser detectats i previnguts:

- Un problema que afecta la salut i el benestar de les persones i la comunitat.
- L'existència de tractaments i intervencions disponibles i acceptables per als pacients.
- L'obtenció de millors resultats en salut a partir de la identificació i la intervenció dels pacients.
- L'acceptació per part dels pacients d'una prova de cribatge.
- Disposar de la prova de cribatge a un cost raonable.

El consum de substàncies psicoactives compleix tots aquest criteris i, per tant, els professionals de l'atenció primària tenen l'oportunitat de poder identificar a les persones que presenten un consum de risc per a la seva salut i aconsellar-les o recolzar-les si

volen abandonar el consum o intentar-ho. A l'APS es realitzen dos tipus de programes preventius de les drogodependències:

1. **Programes comunitaris adreçats a la població infantil i adolescent**, en col·laboració amb els centres escolars. Aquest programes són complementaris de les actuacions individuals a la consulta.
2. **Programes adreçats a la prevenció del consum de drogues en la població adulta**, pensats per a intervencions en la consulta, com ara: detectar el consum de drogues, tant les legals com les il·legals; realitzar activitats orientades a la disminució de danys i el control dels factors de risc associats al consum de drogues. Aquests programes també es poden complementar amb intervencions comunitàries.

### 5.1. DETECCIÓ DEL CONSUM D'ALCOHOL

L'alcohol etílic és l'agent psicoactiu que es troba dissolt en proporcions variables en les begudes alcohòliques. Aquestes proporcions varien segons si són begudes fermentades o begudes d'alta graduació o aiguardents.

El consum excessiu d'alcohol augmenta el risc de patir conseqüències adverses, tant si és continuat com si es produeix de manera episòdica. Un consum regular per sobre de 40 grams o tres consumicions d'alcohol al dia en el cas dels homes, i de 25 grams o dues consumicions al dia en el cas de les dones, incrementa significativament el risc de patir diversos problemes de salut. El consum freqüent de cinc o més consumicions també augmenta el risc de patir problemes de salut relacionats amb l'alcohol (Guardia, 2001).

L'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA, 2006) informa que el 4,7% de la població de 15 anys i més presenta un consum de risc de begudes alcohòliques. Quan aquestes dades s'analitzen per sexe, s'observa una prevalença més elevada en els homes (7,6%) que en les dones (1,8%).

La detecció del consum excessiu d'alcohol està àmpliament justificada en l'àmbit de l'APS perquè l'alcohol està implicat de forma dosi-dependent en una gran varietat de patologies físiques i mentals. La detecció del consum d'alcohol no només té sentit des del punt de vista preventiu, sinó que també té utilitat per al diagnòstic de la patologia associada, sigui orgànica o psiquiàtrica, i també per establir la indicació de tractament profilàctic.

Per a identificar els pacients amb consum d'alcohol, i poder efectuar-ne el diagnòstic precoç, es procedeix com en qualsevol altre procés mèdic i d'infermeria, és a dir, a través de l'anamnesi, l'exploració clínica, qüestionaris de valoració i diverses proves complementàries, com ara marcadors biològics.

### 5.1.1. Anamnesi per a la detecció del consum d'alcohol

Segons el Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) de la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (semFYC), l'anamnesi del consum d'alcohol ha de realitzar-se a totes les persones a partir dels 14 anys, almenys cada dos anys, i en particular en el cas d'aquelles persones considerades de risc (Córdoba, Ortega, Cabezas, Forés i Nebot, 2003), com ara:

- Adolescents d'ambdós sexes.
- Homes entre 20-40 anys.
- Dones embarassades i/o dones en lactància materna.
- Professions de risc: cambrers, mariners, executius, camioners, pagesos.
- Persones amb problemàtica socio-familiar-laboral.
- Persones amb signes externs físics sospitosos.
- Antecedents familiars de trastorns relacionats amb l'alcohol (TRA).
- Altres toxicodependències.

Les preguntes realitzades directament al pacient han de contemplar l'existència d'antecedents familiars d'alcoholisme i altres hàbits tòxics, especialment el tabaquisme, molt present en la majoria d'aquests pacients. Per tal de disminuir el biaix de la

informació del consum d'alcohol es proposa el model d'entrevista semiestructurada desenvolupada per Altisent, Córdoba i Martín-Moros (1999) i basada en els següents punts:

- Esmorza al matí? Què pren?
- I a mig matí, què pren amb l'entrepà?
- Quan surt del treball, va al bar amb els amics o va a casa directament?
- Què acostuma a dinar? I per beure?
- Berena? Què beu?
- En plegar de la feina, surt amb els amics? Què pren?
- Què pren durant el sopar? Pren alguna copa després?
- Els caps de setmana, fa alguna cosa diferent?

Si es confirma la sospita de consum excessiu d'alcohol, es realitza un interrogatori bàsic d'acord amb el *Qüestionari Sistematitzat de Consum d'Alcohol* (ISCA), (Annex 4), tal i com es detalla a continuació (Generalitat de Catalunya, 2005).

- Quantitat i tipus d'alcohol ingerit. Volum (cc.) x graduació x 0,8 grams d'alcohol pur = 100.
- Distribució al llarg del dia.
- Freqüència de la ingesta (diària, caps de setmana, irregular).
- Consum en caps de setmana o dies laborals (canvien els seus hàbits).

### 5.1.2. Qüestionaris diagnòstics per a la detecció del consum excessiu d'alcohol

Existeixen més de 200 qüestionaris específics per identificar les diferents situacions de consum d'alcohol. Aquests instruments s'utilitzen en l'àmbit clínic com a complement de l'anamnesi i l'exploració física (Aubá, Gual i Monràs, 1998) i tenen com a objectiu realitzar la detecció precoç del consum excessiu d'aquesta substància. Els instruments més acceptats i de major difusió per al diagnòstic del consum de risc d'alcohol i dependència alcohòlica son: el CAGE, l'AUDIT i el MALT que es descriuen breument a continuació.



**CAGE** (*Chronic Alcoholism General Evaluation*)

El qüestionari CAGE és un instrument utilitzat en l'àmbit de l'APS per identificar bevedors de risc o de consum perjudicial. Va ser desenvolupat per Ewing i Rouse (1968) i la seva finalitat és detectar bevedors habituals. El qüestionari és breu i molt senzill d'utilitzar. Consta de quatre preguntes que permeten detectar símptomes de dependència, i té la particularitat de poder ser utilitzat en combinació amb altres qüestionaris més generals sobre els estils de vida. Explora també les vivències subjectives del pacient i els seus conflictes personals. A l'Annex 5 es presenten les preguntes específiques del qüestionari.

**AUDIT** (*Alcohol Use Disorder Identification Test*)

És un qüestionari dissenyat per l'OMS, l'any 1982, que pretèn detectar el consum de risc i perjudicial d'alcohol en l'àmbit de l'APS. Explora tant els problemes socials com els problemes mèdics relacionats amb l'alcohol. Inclou deu preguntes que avaluen: el consum d'alcohol, la conducta associada al consum, i els problemes derivats del consum. Les preguntes del qüestionari són d'opció múltiple i cada resposta té una qualificació entre 0 i 4. Les preguntes d'aquest qüestionari es presenten a l'Annex 6.

**MALT** (*Munchner Alkoholismus Test*)

El qüestionari MALT ha estat dissenyat per diagnosticar la síndrome de dependència alcohòlica (SDA), raó per la qual ha estat menys utilitzat en l'àmbit de l'APS, que detecta, però no diagnostica. Té dues parts, una objectiva (indicadors orgànics i marcadors biològics) i una altra de subjectiva (dependència psicoconductual). A l'Annex 7 es pot trobar una còpia d'aquest qüestionari.

**5.1.3. Exploració física per a la detecció del consum d'alcohol**

Hi ha una sèrie de signes que, tot i que no ser sempre presents, poden fer sospitar l'existència d'un consum elevat d'alcohol. Són els següents:

- Fàcies pletòrica.

- Hipertrofia parotídia.
- Desnutrició.
- Icterícia o subicterícia.
- Eritema palmar.
- Distribució feminoide del pèl púbic.
- Ginecomàstia.
- Obesitat.
- Injecció conjuntival.
- Aranyes vasculars i telangiectàsies malars.
- Malaltia de Dupuytren.
- Fetor enòlic.
- Atròfia muscular.
- Hepatomegàlia.
- Edemes periorbital, pretibial o generalitzat inexplicables.

#### 5.1.4. Proves de laboratori. Marcadors biològics per a la detecció del consum d'alcohol

Hi ha diferents paràmetres analítics que poden indicar o suggerir l'existència d'un abús d'alcohol, i que es poden classificar en tres grups:

1. Els que reflecteixen el nivell d'alcohol de forma directa en sang (**alcoholèmia**) i en orina (**alcoholúria**) o de forma indirecta en l'aire espirat. Aquest paràmetres són poc utilitzats en l'APS perquè, tot i permetre quantificar el nivell d'alcohol, només proporcionen l'evidència d'un consum recent (Rubio i Martínez, 2000).
2. **Marcadors biològics:** Les transaminases, la gammaglutamil, la transferasa i el volum corpuscular mig reflecteixen la situació biològica de l'individu i identifiquen l'existència de lesions en les cèl·lules hepàtiques i/o sanguínies. Poden ésser útils com a eina de cribratge per a detectar bevedors de risc, i també per a la confirmació diagnòstica (quan s'associen amb dades clíniques

i físiques) i per al control i seguiment de l'abstinència (Sáiz, González, Bousoño i Bobes, 1998).

3. **Transferrina deficient en carbohidrats.** Suggereix canvis inespecífics relacionats amb el consum d'alcohol, no indicatius de lesió orgànica (Sáiz, González, Bousoño i Bobes, 1998).

Els marcadors biològics més utilitzats actualment a l'APS són els següents:

### **Gammaglutamiltranspeptidasa (GGT)**

És el marcador enzimàtic més utilitzat per la seva elevada sensibilitat i la facilitat de la seva determinació. Es troba en la membrana dels hepatòcits i en els microsomes cel·lulars. No és específica del fetge ja que també es troba en el ronyó, pàncreas i budell prim. Es consideren indicatius de patologia tots els valors superiors a 50 mU/ml, la qual cosa s'observa entre un 34% i un 85% dels bevedors crònics. Amb l'abstinència, la GGT retorna a la normalitat en poc temps (6-8 setmanes), sempre i quan no hi hagi lesió hepàtica subjacent. Un augment posterior és molt indicatiu d'un reinici del consum. Cal tenir en compte, però, que hi ha altres causes d'elevació de la GGT sense relació amb la ingesta d'alcohol (Sociedad Española de Psiquiatria, 2003).

### **Volum corpuscular mig (VCM)**

L'augment del VCM per sobre de 98 fentolitres és degut, bàsicament, a dos factors: un, l'efecte tòxic de l'alcohol sobre els hematies; i, més rarament, per un dèficit nutricional de vitamina B12 i àcid fòlic. Un 30-40% de bevedors crònics presenten un augment del VCM (algunes sèries arriben fins el 90%). Es normalitza més lentament que la GGT amb l'abstinència (3-4 mesos), i amb uns consums inferiors a 60 g/dia perd sensibilitat. També la macrocitosi pot estar present en altres situacions, com ara el dèficit de vitamina B12 i àcid fòlic, la patologia tiroïdal, la reticulocitosi, la presa de medicaments (antiepilèptics), el tabaquisme i la menopausa (Picatoste, 1996; Sáiz, González, Bousoño i Bobes, 1998).

### Transaminases (AST i ALT)

Són marcadors de citòlisi, molt sensibles per a detectar afectació hepàtica. En el bevedor crònic, una relació Alanino aminotransferasa (ALT) / Aspartat aminotransferasa (AST)  $> 1.5$  és suggestiva d'hepatopatia alcohòlica, mentre que si és  $> 2$ , és molt indicativa. És possible que això sigui degut a que en els bevedors excessius hi ha un dèficit de fosfat de piridoxona, que és un cofactor necessari per a la síntesi d'ALT. En l'hepatitis alcohòlica, les transaminases no acostumen a ésser superiors a 500 U/l, i no existeix correlació entre el nivell sèric i el dany cel·lular (Picatoste, 1996; Sáiz, González, Bousoño i Bobes, 1998).

### Transferrina deficient en carbohidrats (CDT)

És un marcador bioquímic per a la detecció de bevedors en abstinència. Es tracta d'una isoforma de la transferrina amb un baix contingut d'hidrats de carboni. És més sensible que la GGT i el VCM. No mesura el consum elevat ocasional, sinó el consum mantingut d'alcohol, i dóna positiu fins i tot uns dies després de no consumir. Quan la ingesta està per damunt dels 50 g durant, almenys, una setmana, vol dir que hi ha un augment superior a 20 U/l en l'home i 25 U/l en la dona. La CDT és elevada en el 80% dels bevedors crònics, encara que hi hagi afectació hepàtica, i es normalitza a les 2 setmanes d'abstinència. Pot augmentar, també, en la cirrosi biliar primària i l'hepatitis crònica activa (Picatoste, 1996; Sáiz, González, Bousoño i Bobes, 1998).

## 5.2. DETECCIÓ DEL CONSUM DE TABAC

La *Nicotiana tabacum* és una planta solanàcia les fulles de la qual, oportunament elaborades, donen un producte destinat al consum humà i que es pot presentar i consumir en formes diferents, com ara cigarretes, cigars, picadura de pipa, rapé, i tabac de mastegar. No obstant, la forma més estesa de consum és la cigarreta, que es pren per inhalació. En el fum resultant de la combustió de la cigarreta s'han identificat uns quatre mil components tòxics. Els més destacats per la seva implicació en la salut són **la nicotina, el monòxid de carboni, el quitrà i els irritants**. Cadascun d'aquests

components té la capacitat d'alterar la salut i provocar malalties en òrgans concrets (Córdoba, Salinas i Santamaria, 2004).

Actualment no es coneix el límit de seguretat per al consum del tabac, si bé en els estudis que analitzen la relació entre el consum i el risc de patir malalties s'observa una relació dosi/resposta. D'aquesta manera, la possibilitat de desenvolupar malalties relacionades amb el consum del tabac és més alta en aquelles persones que consumeixen un nombre més elevat de cigarretes diàries que no en les que consumeixen una menor quantitat, sense que sigui possible assenyalar un determinat límit de seguretat (Burrows et al., 1988; Doll i Crofton, 1996).

La inhalació de tabac en dosis baixes ja comporta danys per la salut. Per això, l'OMS defineix la persona fumadora com aquella que ha fumat diàriament durant l'últim mes qualsevol quantitat de tabac. En la pràctica habitual, i en el context de la majoria de protocols clínics, es considera fumador qualsevol persona que respon afirmativament a la pregunta "vostè fuma"?

La Classificació Internacional de les Malalties (CIE-10), publicada per l'OMS l'any 1995, considera la dependència del tabac o el tabaquisme com una malaltia crònica i additiva. Diversos estudis indiquen que el tabaquisme és la primera causa evitable de mort en els països desenvolupats (Córdoba, Clemente, Bartolomé i García, 2008). De totes les malalties cròniques, com ara la hipertensió arterial, la diabetis mellitus, la hipercolesterolèmia, etc., el tabaquisme és la que produeix una major morbimortalitat: a l'estat espanyol origina 56.000 morts l'any (Banegas et al., 2001).

El tabaquisme és un dels principals problemes de salut pública, tant en els països occidentals com en els països en vies de desenvolupament (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). A Catalunya, la prevalença de consum de tabac l'any 2006 en la població de 15 anys i més va ser del 29,4%. Per sexes, és més elevada en els homes (34,5%) que en les dones (24,4%) i s'observa una major prevalença de consum entre el grup de 25 i 44 anys (Generalitat de Catalunya, 2006).

Segons la mateixa font, a Catalunya, la incidència del tabaquisme, tot i disminuir en els homes, augmenta en les dones, en els adolescents i en els joves (Generalitat de Catalunya, 2006). En l'àmbit de l'estat espanyol, el tabaquisme representa també la primera causa de mort evitable i és responsable de la mort de 150 espanyols al dia (Clemente, Solbes, Amador, Aguilera i Cabezas, 2003).

L'elevada prevalença del tabaquisme en la població espanyola, així com la seva condició de ser la primera causa evitable de mort, hauria d'incentivar la intervenció de tots els professionals sanitaris contra aquesta addicció, per reduir el nombre de persones que s'inicien en el consum del tabac i facilitar als fumadors que ho desitgin l'abandonament definitiu del consum (Nerín, Guillén, Mas i Crucelaegui, 2004).

Es coneix que quan la intervenció i l'assessorament del professional de la salut s'adequa a les característiques individuals del fumador, l'eficàcia i l'eficiència augmenten substancialment (Lancaster i Stead, 2005). Per aquesta raó, és important definir els paràmetres que condueixen a establir un diagnòstic correcte del tabaquisme. D'aquesta manera es poden marcar pautes que ajudaran a assolir majors probabilitats d'èxit en l'abandonament del consum de tabac.

### **5.2.1. Anamnesi per a la detecció del consum de tabac**

El Programa d'Activitats Preventives i Promoció de la Salut (PAPPS) de la Sociedad *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (semFYC) recomana que els professionals preguntin en cada visita pel consum de tabac a totes les persones majors de 10 anys. Aquesta activitat s'ha de realitzar, almenys, cada dos anys, sobretot en el cas d'aquelles persones considerades de risc, com ara (Generalitat de Catalunya, 2009):

- Menors d'edat, fumadors passius.
- Nens i adolescents.
- Dones embarassades i/o dones en lactància materna.
- Persones afectades de patologia crònica relacionada amb el tabac.
- Grups socioeconòmics en dificultats.

- Grups que presenten alguna malaltia de salut mental o drogodependència.

L'**entrevista clínica** és el mètode més comú per determinar i diagnosticar l'estat del fumador en l'àmbit de l'APS. Les àrees per avaluar estan relacionades amb el consum, i tenen a veure amb: l'edat d'inici, el consum actual, els intents previs d'abandonament, les recaigudes, els procediments que s'han seguit per deixar de fumar, les causes de la recaiguda en altres intents, el suport social, les creences sobre la incidència del tabac en la salut i la malaltia, els símptomes i les molèsties que pateix o ha patit per fumar cigarretes, el consum d'alcohol, cafè i altres drogues o medicaments, el desig de deixar de fumar i les expectatives sobre el tractament (Ayesta i Jiménez, 2000; Generalitat de Catalunya, 2009).

És important conèixer el nombre de cigarretes consumides al dia i el temps transcorregut com a fumador. Aquestes dades s'engloben en el concepte "**nombre de paquets anys**", que s'obté multiplicant el nombre de cigarretes / dia pel nombre d'anys com a fumador, i dividint aquest resultat per 20. Aquest resultat té relació directa amb la probabilitat de desenvolupar malalties relacionades amb l'ús del tabac (Lancaster i Stead, 2005).

També cal valorar la presència d'altres patologies associades a l'hàbit tabàquic, com ara periodontitis, gingivitis, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), bronquitis, cardiopatia isquèmica, arítmies, trastorns digestius, problemes dermatològics, quadres de depressió i ansietat, vasculopaties perifèriques i refredats, entre d'altres. La valoració del consum de tabac també ha de posar l'èmfasi en la detecció d'altres factors de risc cardiovascular, com ara: la hipertensió, la diabetis i l'obesitat (Jarvis i Patterns, 1997). Per a alguns fumadors, el descobriment d'una d'aquestes disfuncions o d'una malaltia deguda al tabac representa un fort impacte i una oportunitat única per aconseguir deixar de fumar (Mejías, Bravo, Judez, Navarro, et al. 2001).

## 5.2.2. Qüestionaris diagnòstics del consum de tabac

### El test de Fagerström

El test de Fagerström és la prova d'avaluació més coneguda i utilitzada a l'hora d'avaluar i quantificar el grau de dependència física a la nicotina en l'àmbit de l'APS. Per a Fagerström (1978), la nicotina és el reforçament primari de la conducta de fumar, i el factor clau en l'ús compulsiu del tabac. Aquest qüestionari permet avaluar el grau de dependència que presenta un fumador i, alhora, ajuda als professionals a prendre decisions sobre la necessitat d'iniciar tractament farmacològic. La puntuació de l'escala oscil·la entre 0 i 10: un valor igual o major de 7 indica un grau elevat de dependència, mentre que un valor entre 3 i 6 indica una dependència lleugera o moderada. (Annex 8)

### Identificació de la fase del procés de canvi

El model transteòric del canvi proposat per Prochaska i Diclemente (1982), definit al capítol quatre, permet classificar el fumador segons la seva actitud o predisposició a abandonar el consum de tabac. Aquest model permet identificar en quin moment del procés es troba el pacient respecte a l'abandonament del consum i el canvi de conducta. Conèixer l'etapa en la qual es troba un fumador permet una intervenció més específica. Així, davant un fumador que no vol abandonar el consum, l'acció del professional de l'APS haurà de consistir en oferir informació per afavorir el canvi i el progrés cap a una altra fase, i augmentar la confiança i la motivació sobre la decisió d'abandonar el consum (Fiore et al., 2000; Jiménez et al., 1999). Pensat originàriament per als casos de tabaquisme, aquest model i les seves pautes també són aplicables a la resta de drogodependències. (Annex 9)

### Test de Richmond

El grau de motivació per intentar deixar l'hàbit tabàquic té una relació directa amb les fases d'abandonament del seu consum. El Test de Richmond valora si el fumador està disposat a realitzar un intent d'abandonament del tabac. Es tracta d'un test molt senzill i



ràpid, que consta de quatre preguntes, i que permet classificar els fumadors segons la seva motivació per deixar de fumar en una escala de 1 (gens motivat) a 10 (altament motivat) (Annex 10).

### 5.2.3. Exploració física per a la detecció del consum de tabac

Com en qualsevol altre pacient, l'examen físic del fumador ha de ser integral, i enfocat específicament al tabaquisme i les seves conseqüències. Bàsicament, ha de constar de:

- Auscultació pulmonar.
- Pes.
- Freqüència cardíaca .
- Tensió arterial.
- Signes de malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- Cianosi.

### 5.2.4. Proves complementàries per a la detecció del consum de tabac

Tot i que en el context de la consulta habitual no es realitzen proves complementàries per confirmar la declaració de les persones que afirmen haver deixat el consum, en el context d'una investigació clínica, és imprescindible validar aquesta informació (Cummings, Rubin i Oster, 1989). Per això es disposa de diversos marcadors, com ara:

#### **Cooximetria**

La cooximetria permet conèixer la quantitat de monòxid de carboni (CO) que una persona presenta en l'aire espirat. El nivell de CO espirat té un bon grau de correlació amb el nivell de carboxihemoglobina en sang i amb el nombre de cigarretes fumades al dia (Jarvis i Russell, 1980).

Per a la mesura d'aquest paràmetre s'utilitza el cooxímetre, un aparell que mitjançant una maniobra senzilla i incruenta permet determinar les concentracions de CO en l'aire

espirat del pacient. Com a mesura de l'exposició al fum de la cigarreta, el procediment s'ha utilitzat àmpliament en diferents estudis per confirmar o validar l'abstinència comunicada pels individus (Fiore et al., 2000; Jorenby et al., 1995; Transdermal Nicotine Study Group, 1991).

A més de l'objectiu principal, que és la validació de la informació proporcionada pel pacient, en té un altre de secundari i immediat, que és la confrontació de l'individu amb el tabac, com un dany a la salut, la qual cosa pot reforçar la motivació de les persones que proven de deixar el tabac, sobretot perquè poden observar un important descens del nivell de CO després de la determinació basal.

### **Prova de cotinina**

L'exposició al fum de tabac es pot determinar a través de la prova de cotinina. La cotinina és el principal metabolit de la nicotina i es pot mesurar en diferents fluids corporals, com ara la saliva, l'orina i el sèrum. La concentració de cotinina en la saliva s'ha utilitzat com a mesura complementària dels qüestionaris que estudien l'exposició al fum de tabac ambiental en la població general (Haw i Gruer, 2007; Martínez-Sánchez et al., 2009) i també en els treballs que pretenen avaluar l'efecte de les mesures sanitàries contra el tabaquisme en diverses poblacions (Allwright et al., 2005; Haw i Gruer, 2007; Martínez-Sánchez et al., 2009). Aquesta prova permet obtenir un major coneixement del grau de dependència i orientar les subseqüents pautes terapèutiques.

### **5.3. DETECCIÓ DEL CONSUM DE CÀNNABIS**

La *Cànnabis Sativa* és una planta que conté més de quatre-cents components químics, uns seixanta dels quals són cannabinoïdes. D'aquests, els tres més importants, pel que fa als efectes psicoactius, són el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC), el cannabiol i el cannabinol (Leza, 2009).

El consum de cànnabis s'ha associat amb una sèrie d'efectes adversos, que es poden categoritzar segons presentin uns efectes aguts, com ara disminució de memòria i de

rendiment psicomotor, o uns efectes crònics, com ara bronquitis, depressió o la síndrome de dependència (Hall i Solowij, 1998). Els efectes adversos del THC depenen, en part, de la via d'administració. La via que comporta concentracions plasmàtiques més importants és la inhalació. En aquest cas, els efectes es manifesten entre els quinze i trenta minuts després de l'administració (Leza, 2009).

En els darrers anys, els estudis realitzats en molts països europeus mostren un augment de la prevalença en el consum de cànnabis, i particularment en les generacions més joves (ESPAD, 2003; OEDT, 2007). Encara que els patrons de consum més habituals continuen essent experimentals o ocasionals, les conseqüències perjudicials per a la salut física, mental i social són igualment remarcables (EDADES, 2007; OEDT, 2008).

Segons l'informe de l'enquesta domiciliària sobre el consum d'alcohol i drogues a Espanya (EDADES, 2007), el cànnabis és la droga il·legal més consumida: concretament, un 27,3% de la població afirma haver-lo provat alguna vegada; un 10,1% ho va fer en l'últim any; un 7,1% l'últim mes; i un 1,5% el consumeix diàriament. Per sexes, el homes presenten un consum més elevat: un 13,6% havia consumit cànnabis l'últim any en front un 6,6% de dones (OEDT, 2007).

L'edat d'iniciació, juntament amb el temps d'exposició al cànnabis, és un factor determinant en l'aparició i la gravetat de les conseqüències adverses derivades del consum. Aquests efectes poden ser més pronunciats entre aquelles persones que inicien el consum abans dels setze anys, donat que el cànnabis provoca canvis neurobiològics durant determinats períodes del desenvolupament del cervell (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

A diferència d'altres drogues o addiccions, però, la delimitació de les conseqüències adverses del consum de cànnabis encara no és gaire precisa. Hi ha, certament, definicions o criteris, universalment admesos, que permeten diagnosticar la dependència del cànnabis i el seu abús. Però no hi ha, ara com ara, gaire consens a l'hora de determinar el llindar dels efectes adversos, siguin aguts, crònics o fins i tot socials, en consumidors no (descrits com a) dependents. Tot i així, actualment, diversos

investigadors treballen en l'elaboració d'una categoria que pugui definir i quantificar el límit de consum per sota del consum problemàtic (Annaheim, Rehm i Gmel, 2010; OEDT, 2004).

Aquesta manca d'acord o definició representa una dificultat per a l'activitat preventiva de l'APS, atès que, en general, en aquest nivell assistencial només hi arriben o es diagnostiquen els casos aguts. Efectivament, malgrat la importància dels problemes derivats del consum de cànnabis, només una minoria de consumidors sol·licita de bon començament l'ajut d'un professional de la salut. Aquesta mena d'assistència o demanda tant sols augmenta sensiblement quan el consum origina problemes que demanen un tractament específic (Copeland, 2001; Degenhardt, 2003).

La prevenció en el consum de cànnabis en l'àmbit de l'APS s'ha concentrat en la prevenció primària a nivell de població (campanyes en els mitjans de comunicació, escola, família i programes comunitaris) i en la prevenció terciària amb tractaments específics dels consumidors dependents en entorns especialitzats (Mueller, Bacher i Fahrenkrug, 2004; Oficina Federal de la Santé Publique, 2004). L'evidència científica considera, però, que les intervencions breus realitzades per professionals de la salut en la prevenció secundària, és a dir, de cares a prevenir i actuar en els problemes associats al consum de cànnabis, són efectives (Lubman, Cuiers, Yucel i Toumbourou, 2007).

### **5.3.1. Anamnesi per a la detecció del consum de cànnabis**

El Programa d'Activitats Preventives i Promoció de la Salut (PAPPS) de la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (semFYC) recomana que els professionals preguntin pel consum de drogues amb una periodicitat anual en els adolescents i cada dos anys a la resta de la població. Actualment en l'àmbit de l'APS no hi ha cap protocol específic per a la detecció, diagnòstic i tractament específic del consum de cànnabis. El protocol de detecció i seguiment dels consumidors de drogues de la Regió Sanitària Girona del Servei Català de la Salut recomana que el cribatge de consum de drogues es realitzi a tota la població a partir de 12 anys i fins al 40 anys; amb una periodicitat anual en els grups de risc i de cada dos anys a la resta de població. Els grups de població considerats de risc són:

- Adolescents i preadolescents.
- Dones embarassades i/o dones en lactància materna.
- Persones afectades de patologia relacionada amb el consum.
- Parelles i/o fills de consumidors de drogues.
- Grups que presenten alguna malaltia de salut mental o drogodependència.

Com en qualsevol altra patologia o problema de salut, un cop detectat el consum, es realitza l'**entrevista clínica**, la qual inclou una història detallada de les característiques del consum actual, l'edat d'inici, la freqüència del consum, el policonsum, tractaments previs i reaccions adverses. En aquesta entrevista cal preguntar sobre els problemes apareguts amb el consum (físics, familiars, de parella, econòmics, psicològics, laborals, de dependència...) i les motivacions del consumidor (diversió, dependència de la substància, calmar l'ansietat, "aguantar tota la nit", necessitat de relacionar-se...). (Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria, 2003).

### 5.3.2. Qüestionaris de valoració per a la detecció del consum de cànnabis

Identificar a las persones que presenten símptomes de dependència o altres problemes aguts o crònics deguts al consum de cànnabis és important tant en la població general com en l'àmbit clínic. Actualment, els instruments de detecció amb finalitats clíniques i epidemiològics per detectar i avaluar el consum de cànnabis i els problemes relacionats amb aquesta substància són en fase d'estudi. Recentment, però, alguns països europeus (Alemanya, França, Països Baixos, Polònia i Portugal) han incorporat en les enquestes de població els instruments per mesurar la dependència o els problemes associats amb el seu ús.

En aquest apartat és presenten tres escales psicomètriques de detecció recollides per Beck i Legley (2008) utilitzades per mesurar les conseqüències negatives del consum de cànnabis: SDS , CUDITA i CAST.

**SDS** (*Severity of Dependence Scale*)

Aquest instrument està dissenyat per mesurar el grau de dependència de diferents tipus de drogues. És un qüestionari que consta de 5 ítems. Cada ítem es qualifica en una escala de 4 punts (0-3). La puntuació total s'obté a partir de la suma de les puntuacions de tots els ítems. A major puntuació, major serà el nivell de dependència (Gossop, Darke, Griffiths, Hand, Powis, Hall i Strang, 1995).

Martín, Copeland, Gates i Gilmour (2006) van realitzar un estudi per avaluar les propietats psicomètriques de la SDS en una mostra de 100 adolescents de 14 a 18 anys d'edat i consumidors de cànnabis. Els resultats mostren una elevada consistència interna de l'instrument ( $\alpha = 0,83$ ) i alts coeficients test - retest ( $CCI = 0,88$ ). La puntuació total del SDS va correlacionar significativament amb la freqüència del consum de cànnabis i amb els criteris de dependència del DSM - IV, la qual cosa indica una bona validesa concurrent. Aquests resultats indiquen que la SDS és una mesura fiable i vàlida de la gravetat de la dependència de cànnabis entre els adolescents, i que té, per tant, una utilitat per al diagnòstic de la dependència a aquesta substància. (Annex 11).

**CAST** (*Cannabis Abuse Screening Test*)

El Centre de Vigilància de Drogues i Medicaments de França va dissenyar un instrument amb l'objectiu d'identificar els patrons de consum de cànnabis i les conseqüències negatives tant en el àmbit social com de la salut per al propi usuari o de tercers en el cas d'adolescents o adults joves (Legley, Karila, Beck i Reynaud, 2007).

El CAST sembla ser una eina eficaç per detectar el consum de cànnabis en els adolescents i adults joves. No obstant, els estudis realitzats mostren la necessitat de continuar investigant per confirmar la validesa de l'instrument (Annex 12).

**CUDIT** (*Cannabis Use Disorders Identification Test*)

El CUDIT és un qüestionari que consta de 10 ítems i que s'utilitza per identificar el consum i la dependència al cànnabis. Està dissenyat per poder ser utilitzat en diferents contextos de la comunitat i en consumidors de totes les edats.

Per avaluar aquest instrument de cribatge l'any 2007 es va realitzar un estudi en una mostra de població de més de 5.000 adolescents i adults joves suïssos (entre 13 i 32 anys d'edat), 558 dels quals eren consumidors de cànnabis. Els resultats van mostrar que aquest instrument pot ser d'una gran utilitat per assolir els objectius de salut pública i reduir els danys relacionats amb el cànnabis en la comunitat (Annaheim, Rehm i Gmel, 2008) o fins i tot en el cas d'altres drogodependències com ara el consum de l'alcohol (Adamson i Sellman, 2003). Tot i així, en una revisió ulterior del CUDIT, es va posar de manifest la necessitat de canviar alguns dels seus ítems inicials i afegir-ne de nous, com ara els motius del consum, l'ús del temps lliure i l'existència o no de problemes a la feina o a l'escola (Annaheim, Scotto i Gmel, 2010). (Annex 13).

### **5.3.3. Exploració física per a la detecció del consum de cànnabis**

A diferència d'altres drogodependències, no hi ha, ara com ara, cap protocol d'exploració física específica en el cas del consum de cànnabis.

### **5.3.4. Proves de laboratori. Marcadors biològics per a la detecció del consum de cànnabis**

El consum de cànnabis es pot detectar mitjançant l'anàlisi de diverses mostres corporals. Actualment, hi ha tests i proves, basats en la detecció del metabòlit (THC – COOH), que permeten determinar el consum de cannabinoides en sang, orina, suor i saliva. L'elecció d'un mètode de laboratori per a la detecció de cannabinoides depèn dels objectius de la prova: control d'un tractament de deshabitació, diagnòstic clínic, determinació en accidents de trànsit o determinació en accidents laborals (Balcells, 2001).

### **Detecció de THC en sang**

Tot i que el consum de cànnabis es pot detectar a través de la sang, no existeix una bona correlació entre les concentracions plasmàtiques de cannabinoides en sang i els efectes psicoactius perquè els nivells de THC desapareixen ràpidament després del consum. Per aquest motiu no és freqüent l'anàlisi de sang per determinar la presència de cannabinoides. Aquest mètode, però, pot ser útil per al diagnòstic de la intoxicació aguda i en cas d'accidents, quan només es disposa de mostres de sang per a la detecció. Les concentracions solen ser indetectables després de 22 hores d'haver-se produït la inhalació (Dyer, Wilkinson i Wilkinson, 2008; Hall i Solowij, 1998).

### **Detecció de THC en orina**

L'orina és el fluid biològic més utilitzat per al diagnòstic de consum de THC. Tot i que les concentracions de THC en orina són baixes, és possible detectar diversos metabòlits, com ara el 11-OH-THC, quan són concentracions elevades. En el consumidor esporàdic, la detecció de cannabinoides en mostres d'orina es pot detectar fins a 6 dies després del consum. En el consumidor crònic, la presència de cannabinoides en orina es manté fins a 25 dies després del darrer consum (Cary, 2006).

### **Detecció de THC en altres mostres**

Encara que el THC no s'elimina per la saliva, la seva presència es pot detectar perquè durant el consum es pot adherir a la mucosa oral. Per tant, la detecció de THC en saliva pot ser útil per verificar si s'ha fumats cànnabis durant les últimes 12 hores. També és possible la detecció de THC en mostres de suor, cabells i ungles, però no és gaire freqüent, atès que no resulta prou conclouent (Dyer i Wilkinson, 2008).

Actualment es considera que el consum ocasional o esporàdic de cànnabis en una persona sana no precisa de cap prova complementària. Els organismes d'àmbit nacional i internacional no recomanen aquestes proves per a la detecció del consum de drogues en absència d'altres indicacions clíniques, sobretot perquè no aporten cap tipus



d'informació addicional sobre les circumstàncies, la freqüència i les conseqüències del consum. No obstant això, recomanen que es facin proves d'orina en aquells casos que el professional tingui una sospita raonada de toxicomania (National Guidelines Clearinghouse, 2002; Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2003). Altrament, arran de l'augment del consum de cànnabis entre la població jove, en alguns països (República Txeca i el Regne Unit ) hi ha hagut un debat sobre la utilitat de les proves de detecció del consum de drogues com a mesura de control, però, ara com ara, la seva aplicació en l'àmbit de l'AP no és encara gaire freqüent (OED, 2005).

## 6. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ

### 6.1. OBJECTIU GENERAL

L'objectiu general d'aquest treball és **conèixer quina formació tenen els professionals sanitaris sobre la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia i com es concreta en les seves actuacions i intervencions en relació a la prevenció del consum de tabac, alcohol i cànnabis.**

### 6.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS RELACIONATS AMB LES ACTIVITATS FORMATIVES

La prevenció de la malaltia i la promoció de la salut esdevenen elements claus en la redefinició d'uns serveis sanitaris que no poden ser ja merament curatius o pal·liatius. En l'àmbit de l'Atenció Primària, això significa que l'educació per la salut hauria de formar part de les activitats que es desenvolupen en el decurs de tot el procés assistencial: promoció de la salut, prevenció de la malaltia, tractament i rehabilitació. En conseqüència, cal dotar els professionals d'aquest àmbit dels coneixements i les habilitats pròpies de l'educació per a la salut.

En la pràctica clínica habitual, les persones que treballen en l'àmbit de la salut representen el col·lectiu professional amb més capacitat per poder incidir positivament o negativament sobre els hàbits i els estils de vida i modificar els comportaments, les actituds i les conductes de les persones, els grups i els col·lectius. La modificació dels hàbits i els estils de vida relacionats amb el consum de tabac, l'abús d'alcohol i el consum de drogues comporten beneficis per a la salut i afavoreixen la disminució de la morbiditat i la mortalitat que implica el seu consum (Gendron, 2001). Els professionals d'Atenció Primària de Salut han de saber transmetre els efectes derivats del consum i ajudar a desenvolupar les habilitats necessàries per modificar els hàbits i els estils de vida no saludables mitjançant l'educació per a la salut. Per aquesta raó, els professionals de la salut han d'adquirir els coneixements i les habilitats necessàries per motivar i ajudar a les persones a canviar aquestes conductes (Tulloch, Fortier i Hogg, 2006).

El marc legislatiu actual regula l'educació per a la salut com un dret de la població, però també com una obligació de les administracions. L'article 43 de la Constitució Espanyola reconeix el dret a la protecció de la salut, i estableix que els poders públics han de fomentar l'educació per a la salut. La *Ley 14/86 General de Sanidad*, article 6.0, declara que les actuacions de les Administracions Públiques Sanitàries han d'anar orientades a la promoció de la salut i al foment de l'interès individual, familiar i social en la salut mitjançant l'educació per a la salut de la població.

Tot i així, i pel que fa a la formació dels professionals de la salut, els Plans d'Estudis universitaris de les llicenciatures i diplomatures en Ciències de la Salut no inclouen continguts curriculars relacionats amb la promoció i l'educació per a la salut. En general, els temes de promoció i educació per la salut es tracten en assignatures optatives; o bé, i d'una manera dispersa i insuficient, en altres assignatures de caràcter general. Així doncs en la formació universitària, la promoció i l'educació per a la salut tenen una importància curricular força limitada i amb no gaire transcendència dins el conjunt de la formació (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

A la darrerria del segle XX, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i les Nacions Unides (ONU) van recomanar a tots els països la formació dels professionals en matèria de drogodependències. En conseqüència, a l'Estat Espanyol, a partir dels anys 80, es va començar a estructurar i sistematitzar una oferta formativa en prevenció del consum de substàncies en estudis universitaris com ara Medicina, Infermeria, Psicologia i Pedagogia. Actualment, el programa de l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària (MFyC) contempla una àrea competencial específica en drogodependències (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2007). D'ençà de finals dels anys 90, i fins a l'actualitat, moltes universitats espanyoles ofereixen programes de Postgrau i Masters en Drogodependències (Abeijon, Aramberri i Pantoja, 2008).

No obstant això, cal que els professionals de la salut realitzin activitats formatives de manera continuada i al llarg de la seva carrera professional per mantenir, actualitzar i desenvolupar unes competències professionals que puguin respondre als canvis de consum de substàncies i a les necessitats de la població. La manca de formació o d'una formació poc actualitzada pot esdevenir un obstacle a l'hora de transmetre els consells i

les recomanacions adients. La formació continuada en drogodependències hauria de contemplar les facetes i variables següents: el coneixement de les diferents substàncies, els seus efectes, les vies d'administració, els patrons de consum, els problemes i riscos relacionats amb el consum, l'abordatge terapèutic dels consumidors, i el desenvolupament d'habilitats relacionades amb el maneig de persones usuàries de drogues (Becoña, Llopis i Bobes, 2000).

Les institucions i empreses sanitàries tenen la responsabilitat de proporcionar un entorn de treball susceptible de detectar les necessitats formatives dels seus professionals i, alhora, incentivar la seva formació efectiva en aquelles competències indispensables per a la pràctica professional. Totes les empreses sanitàries haurien de tenir els seus plans de formació continuada (unitats de docència, preparació dels professionals) i facilitar aquesta mena de formació als seus professionals.

Segons les dades de l'Institut Català de la Salut (ICS), l'any 2009, el 92% dels seus professionals va rebre alguna mena de formació. El total d'hores ofertes va ser gairebé d'un milió i mig, la qual cosa suposa una mitjana de 37 hores/treballador. Pel que fa al repartiment per àrees temàtiques, un 38% de les hores es va dedicar a l'àrea sanitària, i un 57%, a temàtiques transversals, assenyaladament les tecnologies de la informació (26%), la prevenció de riscos laborals (12%), la comunicació (7%) i la qualitat i millora contínua (3%). Un 5% de les hores de formació van estar dedicades a l'àrea de gestió i serveis, sobretot amb cursos sobre processos administratius (3%) (Institut Català de la Salut, 2009).

A més de les empreses, els professionals mateixos també tenen una responsabilitat en la formació i en la formació continuada. En l'àmbit de l'APS, els equips de professionals tenen un paper rellevant en la formació dels estudiants de pregrau i postgrau mitjançant la col·laboració en les pràctiques clíniques corresponents. Alhora, però, aquests mateixos equips ofereixen formació continuada als professionals en actiu del propi centre. Aquesta mena de formació té relació amb les necessitats tant dels professionals com del centre. Tot i així, molts professionals troben força obstacles per realitzar formació continuada al seu propi centre, com ara: dificultats organitzatives, formació fora de l'horari laboral i excés d'activitat assistencial (Martin i Cano, 2008).

Les necessitats de formació del conjunt de professionals implicats en la promoció i educació per salut es poden englobar en tres grans àrees (García i March, 2005):

- Enfocaments i teories interdisciplinàries de la promoció de salut i actituds i habilitats de comunicació: comunicar-se, cooperar amb els mitjans de comunicació, organitzar conferències, tallers i altres esdeveniments públics.
- Advocacia: analitzar i comprendre la diversitat social, política, econòmica i cultural, tant en àmbits amplis com reduïts, buscar oportunitats polítiques, fer pressió a favor d'una causa.
- Treball interdisciplinar: crear acords de col·laboració, cooperar, reconèixer potencialitats d'altres camps i àrees.

En aquesta Tesi, i en relació amb la formació dels professionals, es plantegen els següents objectius específics:

- 1. Descriure la valoració dels participants sobre la formació rebuda en educació per a la salut i en prevenció del consum de substàncies al llarg de la carrera universitària.**
- 2. Conèixer les activitats formatives post-universitàries o de formació continuada realitzades pels participants en matèria de prevenció de consum de substàncies i la utilitat pràctica percebuda per al seu treball com a professionals de la salut.**
- 3. Conèixer la valoració dels participants de l'oferta de formació en prevenció de consum de substàncies en l'àmbit del seu treball en els darrers dos anys i com es podria millorar.**
- 4. Identificar els factors que han estat obstacles per millorar la formació dels participants en la prevenció del consum de substàncies, segons sexe, edat, professió i situació laboral.**

**5. Analitzar les diferències en aquestes variables segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

**6.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS RELACIONATS AMB LES ACTIVITATS PREVENTIVES**

Des d'un punt de vista sanitari, moltes de les causes de morbi-mortalitat prematura podrien ser evitables mitjançant activitats de promoció i prevenció i un tractament adequat. Actualment, totes les principals causes de mort evitables tenen una relació directa amb els hàbits i estils de vida. Són: els tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó; les cirrosi i altres malalties hepàtiques cròniques; els accidents de trànsit; i les malalties hipertensives i cerebrovasculars (Coleman, Wynn, Stevenson i Cheater, 2001). L'OMS estima que el 80% de les malalties cardiovasculars, el 90% de casos de diabetis, i el 30% de tots els càncers podrien ser previnguts si les persones adoptessin un estil de vida saludable, com ara: una dieta apropiada, un nivell adient d'activitat física, l'abandonament del consum de tabac, i una moderació del consum d'alcohol. L'adopció generalitzada d'un estil de vida saludable podria reduir la mortalitat global en un 43% (Rimer, Glanz i Rasband, 2001).

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA, 2006), 3 de cada 10 persones de 15 anys i més són fumadores; mentre que un 4,5% de la població catalana de 15 anys i més fa un consum d'alcohol de risc, 4 vegades superior en els homes.

En el Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 (2003), els objectius i les intervencions relacionats amb la **promoció d'hàbits i estil de vida saludables** són: la reducció del consum de tabac, el foment dels hàbits alimentaris i de l'exercici físic. Les àrees de treball per a la **prevenció i control de les malalties cròniques i els accidents** són: malalties cardiovasculars, càncer, malalties respiratòries, lesions produïdes per accidents i violències, problemes de salut mental, diabetis mellitus, obesitat, consum d'alcohol, consum de drogues no institucionalitzades, salut bucodental, problemes de salut de l'aparell locomotor i problemes de salut laboral. Per cada una d'aquestes àrees el Pla de Salut presenta una anàlisi de situació i planteja diferents objectius i estratègies d'intervenció per assolir-los. En les estratègies s'inclouen activitats a nivell individual i comunitari i realitzades a nivell intersectorial.

En general, les activitats i/o programes d'educació i promoció de la salut estan dissenyats per impulsar en els individus i en els grups uns comportaments saludables, canviar els no saludables i adoptar-ne de nous, i d'aquesta manera aconseguir millorar la salut en els individus i en la població en general.

Tot sovint, els professionals de la salut consideren que l'efectivitat de les intervencions de promoció de la salut és més aviat incerta; i que els hàbits i estils de vida, igual que la seva eventual modificació, estan condicionats en origen per factors aliens al sector sanitari. Al seu torn, els metges i el personal d'infermeria de l'APS són percebuts pels usuaris com una referència important en relació amb un eventual canvi d'hàbits, però no pas, necessàriament, la més important o decisiva. La influència dels professionals es percep com a complementària respecte a la resta de condicionants individuals, familiars, culturals i socials. Així, doncs, per a que les estratègies de promoció de la salut tinguin èxit haurien d'emmarcar-se en una perspectiva més general, és a dir, que haurien de prendre en consideració els múltiples nivells d'influència sobre les conductes saludables: l'individu, la família, la comunitat i la societat (Ebrahim, Beswick, Burke i Davey-Smith, 2006).

Els resultats dels programes de promoció i prevenció en l'APS són relativament modestos perquè la pràctica de l'educació per a la salut en un context assistencial caracteritzat per sobrecàrregues de treball, manca de temps i dèficits de formació fa que els professionals no preguntin gaire sobre els hàbits i estils de vida dels pacients. En el cas del consum d'alcohol els professionals, a més, es consideren poc preparats i poc eficaços per aconsellar als pacients que redueixin o abandonin el consum. No obstant això, en altres hàbits, com ara el tabaquisme, l'obesitat i el sobrepès, i l'exercici físic els professionals es consideren més preparats per realitzar el consell i les recomanacions sobre l'abandonament del consum de tabac, el control del pes i la promoció de l'exercici físic. Segons els professionals, les raons per no realitzar d'una manera continuada l'educació per a la salut són la manca de temps, una formació inadequada, el temor a incomodar els pacients, i la creença que les persones dependents de l'alcohol i altres drogues no responen a cap tipus d'intervenció preventiva (Garr, Lackland i Wilson, 2000).

La majoria de les activitats preventives demanen una modificació de la conducta. L'educació per a la salut i el consell als pacients són uns instruments que poden contribuir a canviar la conducta de les persones i millorar la seva salut. A condició, però, d'emmarcar aquestes intervencions en un o altre model teòric contrastat. Models com ara el de creences de salut (Maiman i Becker, 1974); prevenció de la malaltia (Bayés, 1992; 1995); la teoria de la cognició social (Bandura, 1987); i el model de Prochaska i Diclemente ofereixen una sèrie d'elements indispensables que cal tenir en compte en matèria de prevenció, i que són imprescindibles a l'hora de dissenyar estratègies educatives en el consum de substàncies. Els autors d'aquest models parteixen de tres competències seqüencials del comportament humà: 1) la cognitiva (creences), 2) l'afectiva (actituds), i 3) la psicomotora (habilitats).

Segons French (2001), les intervencions de prevenció en l'àmbit clínic que tenen com a objectiu ajudar a les persones a adoptar un estil de vida saludable o a mantenir-lo, comparteixen una sèrie de principis comuns:

- Les persones han d'adoptar un paper actiu en el procés del canvi.
- L'adquisició d'una nova conducta és un procés, no un fet puntual, i sovint demana un nou aprenentatge.
- Els factors psicològics, com ara les creences i els valors, influeixen en la conducta, i aquesta, alhora, influeix en els valors i les experiències de les persones.
- Les relacions i les normes socials tenen una influència important i persistent.
- La conducta de les persones està relacionada amb el context que les envolta, i l'entorn físic i social incideix en les persones.
- Com més beneficiosa i gratificant és una experiència, les possibilitats que aquesta es repeteixi augmenten; pel contrari, com més perjudicial o desplaent sigui, menys probabilitats hi haurà que l'experiència es torni a repetir.

En aquest apartat de l'estudi, i en relació a les activitats preventives realitzades pels professionals, es plantegen els següents objectius:

### **1. Identificar la importància otorgada a les àrees de promoció de la salut.**



2. **Conèixer la freqüència amb que utilitzen l'Educació per a la Salut en la prevenció del consum de substàncies.**
3. **Conèixer quins obstacles consideren més importants per a la realització d'educació per a la salut.**
4. **Descriure el grau de dificultat a l'hora d'aplicar les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies.**
5. **Analitzar aquestes variables en funció del sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

#### **6.4. OBJECTIUS ESPECÍFICS RELACIONATS AMB EL CONSUM DE TABAC, ALCOHOL I CANNÀBIS**

El grup de treball de l'àmbit dels Serveis de Salut ha definit l'àmbit d'actuació preventiva com les activitats preventives i/o actuacions preventives del consum de drogues i problemes associats que realitzen els professionals sanitaris com a part de les seves competències professionals. Generalment, aquestes activitats, programes o actuacions es duen a terme en espais sanitaris, tot i que a vegades també es poden desenvolupar en altres àmbits comunitaris (Generalitat de Catalunya, 2005).

Segons Gray i Fowler (1983), l'AP és el marc idoni per a realitzar les activitats de cribratge perquè facilita l'accés a tota la població, una recerca activa de casos, i la integració de les activitats preventives amb les curatives. La detecció dels problemes permet el diagnòstic i el tractament en un mateix àmbit, la qual cosa afavoreix un seguiment dels casos del començament fins al final o resolució. Les funcions i les activitats dels professionals de l'AP no es limiten a la solució de problemes de salut i malalties dels pacients, sinó que també inclouen el tenir cura de la salut de les persones. Un dels objectius més importants és prevenir la malaltia i promocionar la salut de la població.

La finalitat del cribratge és identificar els usuaris que consumeixen drogues i aquells que presenten un risc de desenvolupar problemes relacionats amb el consum. El diagnòstic té com a objectiu establir el grau de dependència o abús de la substància. L'avaluació clínica integral té com a objectiu obtenir una imatge detallada de la naturalesa i l'abast del problema de l'individu: des del consum de substàncies fins els antecedents de tractament, tot passant pels antecedents familiars d'addicció, els aspectes psicosocials de l'individu, i el suport familiar i comunitari. El resultat és un conjunt de vulnerabilitats i necessitats específiques que es prenen com a base per a l'elaboració d'un pla de tractament individualitzat (McPherson i Hersch, 2000).

Amb la finalitat d'orientar i facilitar la integració de les activitats preventives i de promoció de la salut a la pràctica clínica, alguns equips científics, com ara *The Canadian Task Force on Periodic Health Examination* (1976) o *The US Preventive Services Task Force* (1980), publiquen periòdicament recomanacions basades en evidències sobre la pertinença i el resultat de les possibles intervencions preventives. Paral·lelament, institucions com ara l'OMS o el *Royal College of General Practitioners* han potenciat el paper dels professionals de l'AP en el desenvolupament d'aquesta mena d'activitats. A l'Estat Espanyol, la *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* (semFYC) va posar en marxa l'any 1986 el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) (Grandes, Sánchez, Torcal, Ortega Sánchez, Lizarraga i Serra, 2003). L'any 1998 més de 500 centres de tot l'Estat (més de 100, a Catalunya) estaven integrats de forma voluntària en aquest programa. El paquet mínim d'activitats preventives incloïa la detecció del consum de tabac, alcohol i drogues. Per la seva banda, la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya ha endegat un programa específic en relació al consum d'alcohol, sota el lema "Beveu menys", que proporciona eines de cribratge i d'intervenció. D'ençà de l'any 1997 existeixen també diversos grups de treball sobre la problemàtica del consum de tabac, tant a la semFYC com en algunes de les societats autonòmiques de medicina de família. Entre aquestes cal citar el Grup d'Atenció Primària d'Abordatge del Tabaquisme (GRAPAT) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Les intervencions i les activitats preventives sobre el consum de drogues s'inclouen dins les activitats preventives prioritàries per ser desenvolupades a les consultes de l'AP. *El*

*Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008* presenta com a objectius generals i aplicats a l'AP el desenvolupament de programes i protocols de diagnòstic precoç de problemes relacionats amb el consum de tabac, alcohol i drogues il·legals; i l'elaboració de projectes d'investigació sobre prevenció de drogodependències en el medi escolar, familiar i comunitari.

Per la seva banda, el Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 també preveu activitats preventives relacionades amb el consum de substàncies i enfocades a disminuir els riscos associats al consum de drogues en l'àmbit de l'AP. En relació amb el tabaquisme proposa:

- Detectar l'hàbit tabàquic almenys en el 60% de la població atesa de 15 anys i més.
- Preguntar sobre l'hàbit tabàquic almenys en el 40% de la població atesa de 15 a 19.
- Incrementar la cobertura del programa "Atenció Primària sense fum" al 38% de la xarxa de centres d'AP.

Pel que fa al consum d'alcohol, es preten:

- Desplegar el programa "Beveu menys" en el 90% de les ABS de tot Catalunya.
- Incrementar en un 25% el nombre de professionals de les ABS que incorporin en la seva pràctica quotidiana les tècniques de cribatge i les intervencions breus en l'atenció als bevedors de risc.
- Augmentar en un 30% la utilització per part dels professionals de l'AP dels instruments de cribatge estandaritzats i validats (AUDIT, ISCA, CAGE i MALT, entre d'altres).

Sobre el consum d'altres substàncies psicoactives es vol:

- Promocionar la informació i l'educació per a la salut.
- Impulsar les activitats de cribatge i de consell per l'abstinència i la disminució del risc associat al consum de drogues.

- Desenvolupar i implementar estratègies per a l'abordatge preventiu i assistencial de noves formes de consum i dependència.

En el Pla de salut esmentat no hi ha propostes específiques sobre el consum de cànnabis.

En aquest apartat de la Tesi i en relació a les activitats preventives de les drogodependències realitzades pels professionals, es plantegen els següents objectius:

- 1. Conèixer la freqüència amb que es realitzen activitats preventives específiques en relació al consum de tabac, alcohol i cànnabis.**
- 2. Identificar les dificultats i els beneficis percebuts en l'aplicació d'aquestes activitats preventives específiques en l'àmbit assistencial.**
- 3. Conèixer el grau d'importància que otorguen a la promoció de la salut en la consulta de Atenció Primària de Salut.**
- 4. Analitzar aquestes variables segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

#### **6.5. OBJECTIUS ESPECÍFICS RELACIONATS AMB L'ÚS DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT COM A EINA DE TREBALL**

En l'àmbit assistencial, l'educació i la promoció de la salut inclou tots els nivells de prevenció (primària, secundària i terciària) i la seva pràctica pot anar del consell individual adreçat a fomentar uns hàbits de vida saludables fins a les recomanacions per millorar el compliment terapèutic o l'autocura en el cas de les malalties cròniques (Córdoba i Nebot, 2005). Les activitats comunitàries adreçades a tota la comunitat o a grups específics, com ara escolars, adolescents, gent gran o grups amb determinades patologies cròniques o factors de risc, també són part de les tasques d'educació i promoció de la salut que han de realitzar els equips d'atenció primària (EAPS), tot i

que, ara com ara, la realització d'aquesta mena d'activitats és encara insuficient o minoritària.

L'objectiu de les polítiques de sanitàries actuals és orientar els serveis de salut cap a les necessitats de salut de la població. En aquest context, la promoció i l'educació per a la salut es considera un instrument indispensable per assolir aquest objectiu. En una revisió de la Cartera de Serveis d'Atenció Primària de Salut de l'INSALUD, realitzada l'any 2001 per un grup de treball de promoció de la salut del Ministerio de Sanidad, es va poder constatar que d'un total de 38 serveis d'atenció, 25 incloïen aspectes d'educació per a la salut; i que de 183 normes definides en la Cartera de Serveis, 45 tenien relació amb actuacions d'educació per a la salut, com ara actuacions informatives, el consell individual, l'educació de grups i l'educació en centres d'ensenyament (Ministerio de Sanidad, 2003).

Les activitats i els programes d'educació i promoció de la salut han estat dissenyats per a impulsar els comportaments saludables en persones i grups, canviar els que no ho són, de saludables, i propiciar l'adopció d'uns hàbits nous; tot plegat, per aconseguir el millorament de la salut de les persones i de la comunitat (Rueda et al., 2008). Els professionals i l'administració han de fomentar que l'educació per a la salut esdevingui, doncs, una eina quotidiana en l'activitat dels centres de salut, en la comunitat, i en els hospitals. D'aquesta manera, l'educació per a la salut pot contribuir, a més, a millorar el sistema de salut i racionalitzar-ne els recursos, tant els humans com els materials (Marquès, 2005).

No obstant això, la formació que han rebut els professionals de la salut ha estat centrada més aviat en el procés d'emmalaltir, segons una perspectiva biologista i individual que no facilita precisament el desenvolupament de la salut comunitària, la qual demana, a més, una formació, uns coneixements i unes habilitats de l'àmbit de les ciències psicosocials (AUPA, 2007; PACAP, 2005). El desenvolupament professional de l'educació i la promoció de la salut requereix l'adquisició d'un seguit de coneixements, habilitats i pràctiques relacionades no solament amb la salut, sinó també amb l'educació, segons una perspectiva de salut positiva, que recull les dimensions biològica, psicològica i social de la salut i la malaltia. La formació, doncs, és un requisit

indispensable per a orientar un sistema sanitari cap a la prevenció i a la promoció de la salut. La formació ha de permetre als professionals l'adquisició de les competències adequades en aquestes àrees de coneixement. En cas contrari, les mancances formatives poden influir a l'hora de portar a terme el treball comunitari basat en la educació i la promoció de la salut (Clèries, Sarrado i López, 2007).

En aquest apartat es plantegen una sèrie d'objectius relacionats amb la realització o no de la promoció de la salut.

- 1. Comprovar si hi ha relació entre la formació dels professionals i la utilització de la promoció de la salut.**
- 2. Conèixer quins són els factors obstaculitzadors per realitzar formació relacionada amb la utilització de la promoció de la salut.**
- 3. Determinar la importància atorgada pels professionals a la promoció de la salut i les dificultats percebudes en la seva aplicació.**
- 4. Descriure el grau de dificultat en l'aplicació d'activitats de promoció de la salut segons si s'utilitza o no com a eina de treball habitual**

## **6.6. CONSTRUCCIÓ D'UN MODEL PREDICTIU DE L'ÚS DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT**

Finalment, en aquest treball ens proposem construir un model predictiu de la utilització de l'educació per a la salut en la prevenció del consum de substàncies en els professionals de la salut mitjançant la tècnica de la regressió logística per tal d'identificar quina de les variables estudiades prediuen millor l'ús de l'educació per a la salut.



## 7. METODOLOGIA

En aquest estudi s'analitzen les dades d'una enquesta realitzada entre els professionals que treballaven a les àrees bàsiques de la salut (ABS) -metges, infermeres i pediatres- durant l'any 2008-2009 a la Regió Sanitària de Girona, la qual inclou (fins mitjan 2009) un total de set comarques de la província de Girona: Gironès, Selva, Garrotxa, Ripollès, Pla de l'Estany, Alt Empordà i Baix Empordà (d'ençà finals de juliol de 2009 la regió inclou també els municipis de l'Alt Maresme, segons Decret 122/2009 de 28 de juliol de 2009, encara que la integració efectiva no es va produir fins l'1 de gener de 2010).

### 7.1. MOSTRA

Per a la selecció de la mostra es va fer servir un mostreig aleatori polietàpic partint de les ABS de la Regió Sanitària de Girona que pertanyen a d'Institut Català de la Salut (ICS). Segons el nombre de conglomerats per província, se seleccionaren aleatòriament un o dos conglomerats de cada comarca, d'acord amb el criteri següent:

- Comarques amb 4 o més ABS se seleccionaren aleatòriament 2 ABS
- Comarques amb menys de 4 ABS se seleccionà aleatòriament 1 ABS

A la Taula 7.1.1.1 es detallen les Comarques, les unitats territorial (ABS), els centres d'atenció primària (CAP), el nombre de professionals i la seva categoria laboral en cadascun dels CAP que integren la totalitat de la població objecte d'estudi per comarques. En el cas dels professionals, els decimals reflecteixen personal compartit en més d'un centre o amb una dedicació parcial en un centre determinat.



Taula 7.1.1.1. Comarca, ABS, CAP i professionals de la regió sanitària de Girona.

Gironès	Selva	Garrotxa	Ripollès	Pla de l'Estany	Alt Empordà	Baix Empordà
ABS G1 CAP Sta. Clara MF (13) DI (14) P (2)	ABS Arbúcies-Sant Hilari Sacalm CAP: Arbúcies MF (9) DI (10) P (2)	ABS Olot CAP: Olot MF (22) DI (30) P (5)	ABS Camprodon CAP: Camprodon MF (4.5) DI (6) P (0.5)	ABS Banyoles CAP Banyoles MF (17.6) DI (10) P (2)	ABS Bàscara CAP Bàscara MF (4) DI (4.6) P (9)	ABS Sant Feliu de Guíxols: CAP Sant Feliu de Guíxols: MF (21) DI (22) P (3.2)
ABS G2 CAP Can Gibert del Pla MF (17) DI (24) P (2)	ABS Blanes CAP Blanes MF (20.8) DI (27) P (4)	ABS Besalú CAP Besalú MF (4.5) DI (5) P (1)	ABS Ripoll CAP Ripoll MF (9.7) DI (15.4) P (2.6)		ABS Figueres CAP Figueres MF (20.8) DI (25.6) P (5.6)	
ABS G3 CAP Montilivi MF (21) DI (26) P (5.5)	ABS Sta. Coloma de Farners CAP Sta. Coloma de Farners MF (9) DI (9) P (2)				ABS La Jonquera CAP La Jonquera MF (6.5) DI (7) P (1)	
ABS G4 CAP Taialà MF (8) DI (8) P (2)	ABS Sils-Vidreres- Maçanet de la Selva CAP Sils MF (13) DI (15) P (3)				ABS Llança CAP Llança MF (4.5) DI (6) P (1)	
ABS Celrà CAP Celrà MF (5) DI (6) P (1)					ABS Roses CAP Roses MF (16) DI (23) P (4)	
ABS Sarrià de Ter CAP Sarrià de Ter MF (7) DI (9) P (2.6)					ABS Vilafant CAP Vilafant MF (7.7) DI (9.5) P (1.5)	
ABS Salt CAP Salt MF (22), DI (28) P (7.8)						
Metges de família: MF (284) Pediatries: P (73.9) Infermeria: DI (352.1) Total professionals: (750) Total ABS (23)						

Seguint el criteri esmentat, es van seleccionar aleatòriament una o dues ABS, de cada comarca, excepte en el cas de les comarques del Pla de L'Estany i del Baix Empordà les quals només tenen una ABS gestionada per l'ICS raó per la qual passaven a formar part directament de l'estudi. Les ABS seleccionades per cada comarca foren:

- Gironès: Gironal i Sarrià de Ter
- Selva: Arbúcies i Sils
- Garrotxa: Besalú
- Ripollès: Ripoll
- Pla de l'Estany: Banyoles
- Alt Empordà: Figueres i Llança
- Baix Empordà: Sant Feliu de Guíxols.

Formen part de la mostra tots els professionals de les ABS seleccionades que accediren a participar en l'estudi. Del total de la mostra inicial de  $n= 225$  professionals es va recollir informació de 195, és a dir, que el percentatge de participació va ser del 87%.

El 69,7% ( $n= 136$ ) dels participants són dones, i el 26,2% ( $n= 51$ ) són homes, un 4,1% ( $n= 8$ ) dels participants no informen d'aquesta dada. La seva edat oscil·la entre els 21 i els 65 anys amb una mitjana de 45,27 anys ( $DT=9,67$ ). La mitjana d'edat dels homes és de 49,77 anys ( $DT=7,68$ ), mentre que la de les dones és de 43,99 anys ( $DT=9,85$ ).

La participació en l'estudi va ser voluntària, i es va garantir tant el caràcter confidencial de les dades recollides com el seu ús amb finalitats exclusives d'investigació.

## 7.2. PROCEDIMENT PER A L'ELABORACIÓ DE L'INSTRUMENT

El procés per a l'elaboració de l'instrument va començar amb una cerca bibliogràfica intensiva la finalitat de la qual era localitzar estudis semblants en matèria d'activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia realitzades per professionals de l'APS. Gràcies a aquesta cerca és van detectar dos treballs rellevants en relació als objectius de la present investigació. L'un, realitzat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria de la Junta de Extremadura (2006)*, adreçat per a conèixer i obtenir informació sobre la importància atorgada pels professionals de la salut a l'Educació per la Salut i, alhora, identificar les prioritats en matèria d'Educació per la Salut en l'àmbit de la Comunitat Autònoma d'Extremadura. El segon, un estudi realitzat per la *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*,

2009), volia conèixer l'opinió i les necessitats formatives dels professionals de la salut en matèria d'Educació per la Salut, i desenvolupar un projecte sobre les activitats preventives realitzades pels metges d'APS.

L'elaboració de l'instrument es va basar en els qüestionaris d'aquests dos estudis, però es va completar, alhora, amb alguns altres ítems, extrets de les dades del Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS, 2006) i dels protocols i les recomanacions de diferents activitats preventives d'àmbit català i espanyol, tal com figuren als documents oficials de la Departament de Salut de Catalunya, (2002). Les variables referents a l'activitat assistencial es van incloure tenint en compte els estudis i treballs de Field, Vahldieck i Meyer (1983); Guayta (1998); Salleras, Bertrán i Prat (1994); i Pla de Salut de Catalunya (2005). El resultat final va ser una entrevista que es va posar prèviament a prova mitjançant la realització d'un estudi pilot amb una mostra de professionals d'Atenció Primària de Salut de la Regió Sanitària de Girona.

### 7.3. ESTUDI PILOT

L'estudi pilot es va fer amb 10 professionals de la salut -infermeres, metges i pediatres- de l'APS que treballaven en diferents CAPs de la ciutat de Girona no seleccionats per a formar part de la mostra, i que es van prestar voluntàriament a col·laborar en aquesta experiència. Les entrevistes van ser realitzades per la pròpia investigadora, directament, i amb cadascun dels professionals seleccionats. Es van avaluar els aspectes següents: grau d'adequació dels ítems, claredat en la formulació de les preguntes, i idoneïtat i pertinença de les mateixes. Els suggeriments i les opinions aportades per cadascun dels entrevistats van ser analitzats i –en alguns casos- incorporats a una segona –i definitiva- versió del qüestionari. D'aquesta manera, es van seleccionar un total de 19 ítems, estructurats en tres blocs:

- Dades bàsiques sociodemogràfiques
- Formació en prevenció del consum de substàncies (ítems 1-9)
- Activitats preventives en la pràctica professional (ítems 10-19)

A l'Annex 3 es presenta l'instrument definitiu utilitzat en aquest estudi.

## 7.4. DESCRIPCIÓ DE L'INSTRUMENT

L'instrument utilitzat per dur a terme aquest estudi es basa en el recull de les variables que es descriuen i detallen a continuació.

### 7.4.1. Variables socio- demogràfiques

Amb la finalitat de precisar el perfil socio-demogràfic dels participants, es demanava als entrevistats les dades següents: edat, sexe, estat civil, professió, situació laboral, anys d'exercici professional, i grup de població amb el qual treballa habitualment. Aquestes variables es descriuen a la Taula 7.2.1.1.

**Taula 7.2.1.1. Variables socio-demogràfiques.**

Variables	Concepte	Categories suggerides
<b>Edat</b>	Indica l'edat biològica del professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En anys</li> </ul>
<b>Sexe</b>	Indica el gènere del professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Home</li> <li>• Dona</li> </ul>
<b>Estat civil</b>	Indica la condició del professional en la societat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solter/a</li> <li>• Casat/da</li> <li>• Separat/da</li> <li>• Divorciat/da</li> <li>• Vidu/a</li> </ul>
<b>Professió</b>	Indica la categoria professional del professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metge de Família</li> <li>• Pediatre</li> <li>• Infermer</li> </ul>
<b>Situació Laboral</b>	Indica la categoria laboral del professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fix</li> <li>• Interí</li> <li>• Contractat temporalment</li> </ul>
<b>Anys d'exercici professional</b>	Indica el temps que porta el professional en l'àmbit assistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En anys</li> </ul>
<b>Grup de població</b>	Indica el grup de població que treballa el professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infància (0 a 14 anys)</li> <li>• Adults (15 a 64 anys)</li> <li>• Gent gran (65 anys o +)</li> </ul>

### 7.4.2. Activitats formatives

Aquest apartat es desglossa en les variables següents:

- **Valoració de la formació en Educació per a la Salut a la carrera**

Amb aquesta pregunta es vol conèixer la valoració que fan els professionals dels coneixements adquirits en Educació per a la Salut en els estudis de Llicenciatura de Medicina o Diplomatura d'Infermeria. S'utilitza una escala ordinal tipus Likert amb onze valors: 0 (*gens adequada*) a 10 (*completament adequada*). Aquesta pregunta ha estat adaptada del qüestionari realitzat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura* (2006).

- **Valoració de la formació en relació al treball que realitzen**

Per avaluar-la, es proposa als professionals que valorin la seva formació en una escala tipus Likert i d'acord amb els valors: 0 (*gens adequada*) a 10 (*completament adequada*). Aquesta pregunta s'inclou en els qüestionaris de la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura* (2006); Marguello, Echabe, Medel, Montrull i López (2008) i Menéndez, Puime i Martínez (1998).

- **Realització de cursos de formació continuada o de postgrau específic**

Ens interessa saber si els participants realitzen regularment activitats de formació continuada. Per avaluar la qüestió, es demana si ha realitzat aquest tipus de formació: (*Sí, No*).

- **Formació en prevenció de consum de substàncies en els últims DOS anys.**

La formació en prevenció de substàncies inclou cursos, jornades, congressos, tallers, etc. Es vol avaluar amb quina periodicitat els professionals realitzen activitats de formació i les característiques d'aquestes activitats. S'utilitza una pregunta oberta: "*Ha realitzat algun tipus de formació respecte a la prevenció de consum de substàncies en*

*els darrers DOS anys?*”. També es demana als professionals que informin sobre l’activitat o les activitats realitzades: títol de l’activitat realitzada, tipus d’activitat, duració prevista de l’activitat (en hores), grup professional a qui va destinada l’activitat i procediment de finançament de l’activitat.

- **Utilitat dels cursos realitzats en prevenció de consum de substàncies per el treball realitzat**

Es demana als professionals una valoració personal de la utilitat de la formació. L’avaluació es realitza mitjançant una escala ordinal tipus Likert i d’acord amb als valors: 0 (*gens adequada*) a 10 (*completament adequada*).

- **Valoració de l’oferta formativa en prevenció del consum de substàncies en el seu àmbit de treball en els dos últims anys**

Aquesta pregunta fa referència a la formació organitzada i gestionada per la institució o l’empresa sanitària i adreçada als professionals. Indica el grau de compromís de la institució per fomentar la formació dels professionals. Es demana als professionals que valorin l’oferta de cursos en una escala ordinal tipus Likert i d’acord amb els valors: 0 (*gens adequada*) a 10 (*completament adequada*). Aquesta variable ha estat adaptada del qüestionari realitzat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura (2006)* i *SEMERGEN (2008)*.

- **Activitats formatives adreçades a la prevenció del consum de substàncies**

Volem conèixer com caldria augmentar la formació en el consum de substàncies, per això es proposa en els professionals que valorin aquest la formació segons: qualitat i quantitat amb tres opcions de resposta: *Si, No, NS/NC*

- **Activitats formatives que es considera que caldria incrementar**

Ens interessa conèixer quines de les següents activitats formatives caldria incrementar, tant en quantitat com en qualitat:

- Conceptes bàsics en promoció de la salut
- Metodologia didàctica en promoció de la salut
- Disseny de materials de promoció de salut
- Temes específics en relació al consum de substàncies (tabac, alcohol, cànnabis i cocaïna principalment)

Per això, es demanava als participants si creuen que caldria augmentar la formació en cada una de les activitats proposades en qualitat o en quantitat amb tres opcions de la resposta: *Sí, No, NS/NC*. Aquesta pregunta s'ha adaptat del qüestionari realitzat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura (2005)*.

#### • **Obstacles que han impedit millorar la formació**

Es demana als participants que indiquin en quina mesura una sèrie d'obstacles han suposat per a ells una dificultat per poder realitzar activitats de formació. Els obstacles proposats són:

- Manca de temps per motius laborals
- Manca de temps per motius personals
- Compromisos i obligacions personals
- Cost dels cursos
- Desplaçament geogràfic
- Manca d'interès pels cursos ofertats
- Falta d'autorització per realitzar els cursos

Cadascun d'ells havia de ser avaluat a partir d'una escala tipus Likert, amb els valors: *0 (no ha estat cap obstacle) a 10 (obstacle insuperable)*. Aquesta pregunta s'ha adaptat del qüestionari realitzat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura (2005)*.

#### **7.4.3. Activitats preventives**

En aquest apartat les variables mesurades són:

### • Valoració de les àrees de promoció de la salut, segons la importància a nivell professional

Es proposa als professionals de la salut que diguin quin grau d'importància atorguen a cada una de les àrees de promoció de la salut següents:

- Alimentació i nutrició
- Consum d'alcohol
- Consum de tabac
- Consum d'altres drogues
- Infecció, VIH/SIDA
- Altres malalties de transmissió sexual
- Salut bucodental
- Diversitat cultural i immigració
- Violència de gènere

Els participants havien de valorar el grau de rellevància que atorguen a cada una de les àrees de promoció de la salut enunciades mitjançant una escala Likert de: 0 (*irrellevant*) a 10 (*prioritari*). Aquesta pregunta forma part del qüestionari elaborat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura (2005)* i de l'enquesta sobre formació en activitats preventives en Atenció Primària de Salut (2008).

### • Utilització de l'Educació per la Salut com a eina habitual de treball

Es demana als professionals si utilitzen l'EpS per a la prevenció del consum de substàncies. S'avalua a partir de la resposta dicotòmica: *Sí, No*. Aquesta pregunta forma part del qüestionari creat per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura (2005)*.

### • Obstacles per realitzar activitats de promoció de la salut en el consum de substàncies



Es vol conèixer quines són les dificultats per no realitzar Educació per a la Salut en Atenció Primària. Per valorar els obstacles, es proposa als professionals que avaluïn segons una escala Likert de 0 (*extremadament fàcil*) a 10 (*extremadament difícil*) els següents indicadors:

- Considerar que l'estil de vida és un assumpte personal
- Sobrecàrrega assistencial
- Considerar que l'estil de vida no es troba dins les funcions del professional de la salut
- Falta de motivació
- Formació inadequada
- Incapacitat de les persones per canviar d'hàbits

Aquesta pregunta es basa en els treballs de Salleras, Bertrán i Prat (1994); Guayta, Abella, Tresserras, Taberner i Salleras (1995) i l'enquesta realitzada per la *Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura (2005)*.

#### • Dificultats per aplicar activitats de prevenció del consum de substàncies

Es convida als participants a puntuar, segons una escala Likert de 0 (*extremadament fàcil*) a 10 (*extremadament difícil*), el grau de dificultat per a la realització de 5 activitats de prevenció del consum de substàncies:

- Recollir informació sobre el consum de substàncies
- Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies
- Definir les necessitats de canvi per a un pacient consumidor de substàncies
- Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per a un pacient
- Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies

#### 7.4.4. Prevenció del consum de substàncies: tabac alcohol i cannabis.

##### • Realització d'activitats respecte al consum de tabac

Per conèixer amb quina freqüència els participants realitzen una sèrie d'activitats preventives i de promoció de la salut en relació amb el consum de tabac, s'utilitza una escala de mesura ordinal amb quatre possibilitats de resposta: *Molt sovint, Sovint, A vegades o Mai*. Les activitats que es proposen s'inclouen dins dels següents apartats:

- L'ús d'instruments específics per a l'avaluació del consum de tabac
- El disseny de programes de canvi per a un consumidor de tabac
- La prevenció primària del tabaquisme
- La participació en tasques externes a la consulta

##### • Realització d'activitats respecte al consum d'alcohol

Amb el mateix objectiu que en la variable anterior, es convida als participants a respondre amb quina freqüència realitzen una sèrie d'activitats preventives i de promoció de la salut sobre el consum d'alcohol mitjançant una escala de mesura ordinal amb quatre possibilitats de resposta: *Molt sovint, Sovint, A vegades o Mai*. Les activitats proposades s'aglutinen sota els següents epígrafs:

- L'ús d'instruments específics per a l'avaluació del consum d'alcohol
- El disseny de programes de canvi per a un consumidor d'alcohol
- La prevenció primària de l'alcoholisme
- La participació en tasques externes a la consulta

##### • Realització d'activitats respecte al consum de cànnabis

També es convida als participants a respondre amb quina freqüència realitzen activitats preventives i de promoció de la salut sobre el consum de cànnabis, mitjançant una escala

de mesura ordinal amb quatre possibilitats de resposta (*Molt sovint, Sovint, A vegades o Mai*). Aquestes activitats s'agrupen en les següents tipologies:

- L'ús d'instruments específics per a l'avaluació del consum de cànnabis
- El disseny de programes de canvi per a un consumidor de cànnabis
- La prevenció primària del consum de cànnabis
- La participació en tasques externes a la consulta

#### • **Dificultats a l'hora de realitzar aquestes activitats preventives**

Per conèixer quines són les dificultats a l'hora de realitzar activitats preventives en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut, es demana el parer dels professionals a través d'una pregunta oberta.

#### • **Beneficis de la realització d'aquestes activitats: per als pacients; per vostè; per al servei; per al centre**

Es demana als professionals que donin la seva opinió sobre els beneficis de la realització d'activitats preventives en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut en cadascun dels nivells implicats: els pacients, els professionals, el servei i el centre.

#### • **Importància de la promoció de la salut en la consulta**

Per conèixer el grau d'importància que atorguen a les activitats preventives en Atenció Primària, es proposa als professionals una avaluació segons una escala Likert de 0 (*Gens important*) a 10 (*Molt important*).

### **7.5. PROCEDIMENT PER LA RECOLLIDA DE DADES**

Per a la administració de l'entrevista i la recollida subseqüent de dades es van realitzar les següents passes i activitats en cadascun dels centres seleccionats d'Atenció Primària:

1. Primerament es va demanar permís a la Gerent de la Regió Sanitària de Girona per tal de portar a termes aquest estudi. Veure annex 1. Una vegada vam obtenir la conformitat ens vam posar en contacte amb els professionals responsables de l'ICS per informar que es duria a terme l'esmentat estudi.
2. Contacte telefònic amb el professional responsable del centre (directors/es mèdics i adjunts/es d'infermeria) dels 10 centres d'Atenció Primària que formaven la mostra. En aquest primer contacte es demanava la col·laboració en la recerca que s'estava duent a terme i s'explicaven els objectius de l'estudi i el seu pla de desenvolupament. Annex 2. En la majoria de centres els responsables van sol·licitar una sessió informativa prèvia adreçada a tots els seus professionals.
3. Les sessions informatives amb els professionals dels centres seleccionats es van realitzar segons el següent guió:
  - Presentació i motiu de la reunió.
  - Projectió d'una presentació amb Power Point, d'una durada aproximada de 30 minuts, on s'exposaven els motius i els objectius de la recerca, i quina era la col·laboració que es demanava als professionals del centre.
  - Torn de preguntes i aclariments.
  - Fixació del dia i hora de realització de les entrevistes amb tots els professionals del centre i concreció sobre la recollida de dades.
4. La recollida de dades es va dur a terme per la mateixa autora de la tesi i es va realitzar durant el curs acadèmic 2008-2009.

## 7.6. PROCEDIMENT PER L'ANÀLISI DE DADES

Per l'anàlisi estadístic s'ha utilitzat el paquet estadístic SPSS versió 15.0. Les dades de l'estudi s'han analitzat amb les següents tècniques estadístiques:

- Per analitzar la relació entre variables categòriques s'ha utilitzat la prova khi quadrat ( $\chi^2$ ) de Pearson.
- Per comparar dues proporcions en mostres relacionades s'ha utilitzat la prova no paramètrica de McNemar.
- La prova de comparació de mitjanes basades en la distribució "t" d'Student s'ha fet servir per comparar dues mitjanes observades en mostres independents quan la variable dependent era numèrica o tenia un rang de valors ampli (de 0 a 10).
- Quan la variable dependent era ordinal amb quatre categories s'ha utilitzat la prova no paramètrica U de Mann-Whitney.
- Per comparar tres o més mitjanes s'ha fet servir l'anàlisi de la variància d'un factor o la prova no paramètrica de Kruskal-Wallis i els contrastos amb la prova de Scheffé o la U de Mann-Whitney, respectivament.
- Els models predictius s'han construït a partir de l'anàlisi jeràrquic de regressió logística binària.

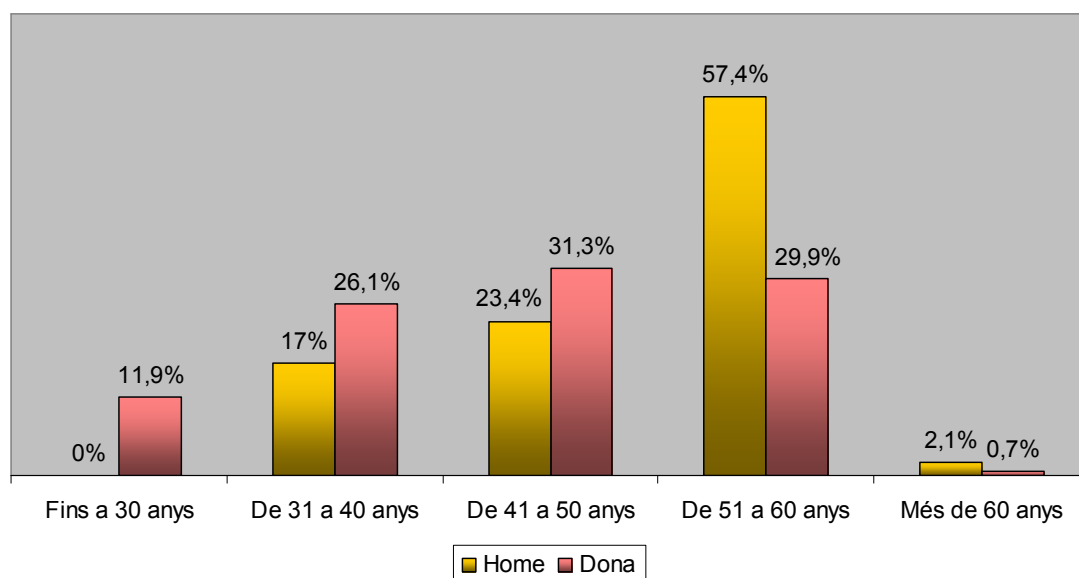
## 8. RESULTATS

### 8.1. VARIABLES DEMOGRÀFIQUES

L'anàlisi dels resultats obtinguts s'inicia amb l'exploració de les variables demogràfiques.

La mostra estudiada es compon de 195 professionals de la salut, entre els quals hi ha metges i infermeres que treballen en l'àmbit de l'Atenció Primària de la Salut (APS) i en una de les 10 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de la Regió Sanitària de Girona.

Del total de participants, 136 (69,7%) són dones i 51 (26,2%) són homes, mentre que 8 persones (4,1%) no informen d'aquesta dada. Pel que fa a la variable edat, oscil·la entre els 21 i els 65 anys, tot i que únicament un 1,1 % té més de 60 anys i que 9 participants no informen sobre aquesta qüestió. L'edat mitjana dels participants se situa en els 45,27 anys (DT=9,6). La mitjana d'edat dels homes és de 49,77 (DT=7,6), mentre que la de les dones és de 43,9 (DT=9,8) essent aquestes diferències estadísticament significatives ( $t=3,65$ ;  $p<0,0005$ ). La distribució dels participants segons el grup d'edat i el sexe es mostra a la Figura 8.1.1.

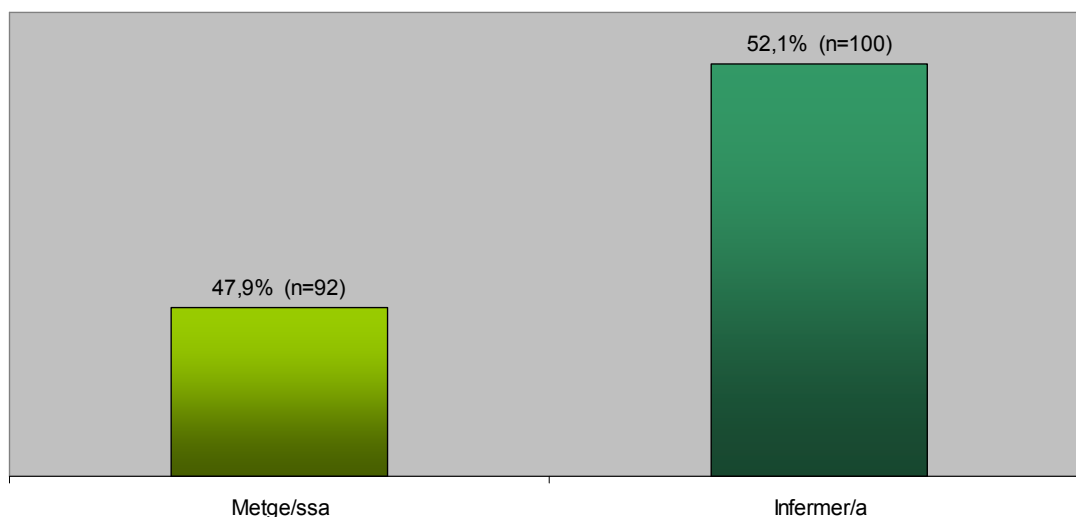


**Figura 8.1.1. Distribució dels participants segons el grup d'edat i el sexe.**

Es pot apreciar que en relació als professionals de gènere masculí, predominen participants amb edats compreses entre els 51 i 60 anys, ja que més de la meitat dels homes es troben inclosos dins aquesta franja d'edat. Cal destacar també una absència total d'homes inclosos dins del grup més jove (fins a 30 anys). Quant a les dones, hi ha una major diversitat en relació a l'edat. La presència és molt similar entre els grups d'edats compresos entre 41 a 50 anys, de 31 a 40 i 51 a 60 anys, però, a diferència del grup masculí, hi ha més d'un 10% de personal sanitari jove de fins a 30 anys.

En relació a l'estat civil dels participants, la majoria, el 59,9% (n=112) estan casats, el 18,7% (n=35) són solters, el 15,5% (n=29) estan separats, el 2,1% (n=4) estan divorciats, el 0,5% (n=1) són vidus i per últim, el 3,2% (n=6) es troben en altres situacions no especificades.

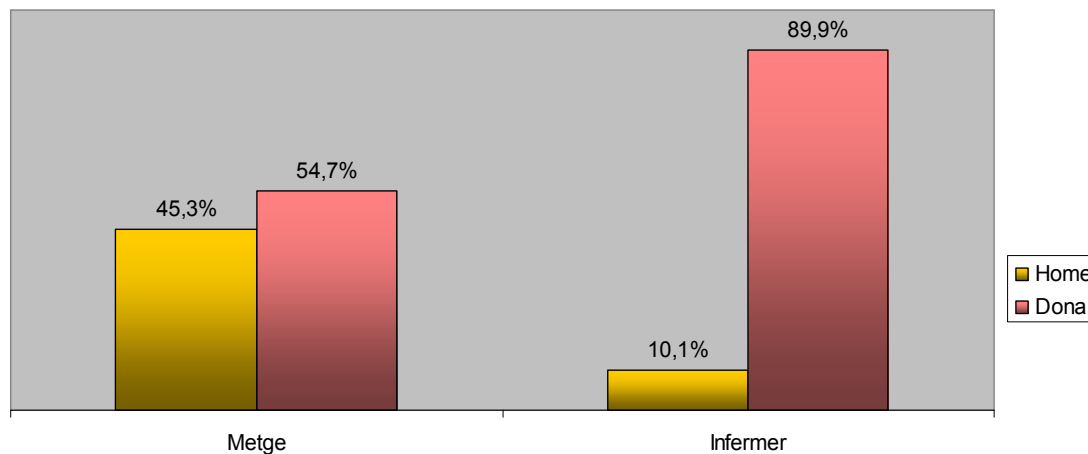
La distribució dels participants segons la professió es presenta a la Figura 8.1.2 Com es pot comprovar, més de la meitat dels participants són infermers/es, mentre que el 47,9% són metges/ses. Tres dels participants no van respondre a la pregunta que feia referència a aquesta qüestió.



**Figura 8.1.2. Distribució dels participants segons la professió.**

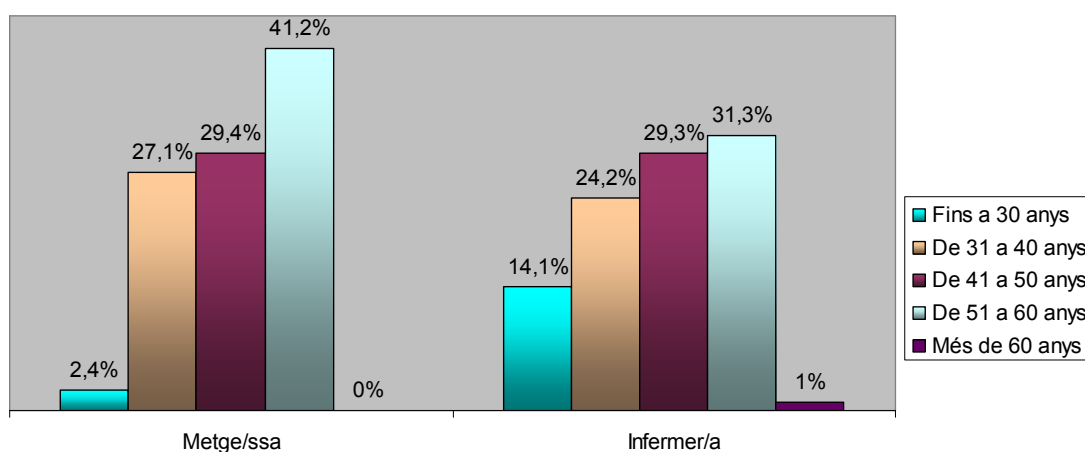
A la Figura 8.1.3 es pot observar la distribució de la mostra segons la professió i el sexe. Es pot apreciar que una mica més de la meitat del total dels participants inclosos dins la

categoria de metges/ses són dones. En el col·lectiu d'infermers/es, en canvi, la gran majoria són dones. Els resultats de la prova estadística khi-quadrat indica que les diferències observades són estadísticament significatives ( $\chi=29,36$ ;  $p<0,0005$ ).



**Figura 8.1.3. Distribució dels participants segons la professió i el sexe.**

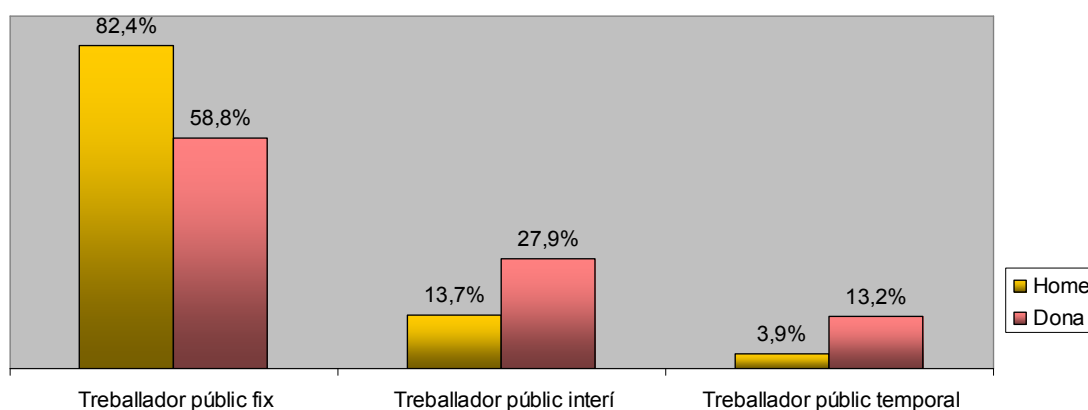
La distribució de la mostra segons la professió i el grup d'edat es presenta a la Figura 8.1.4 La mitjana d'edat del col·lectiu de metges/ses és de 46,64 (DT= 8,44) i la dels infermers/es de 43,81 anys (DT= 10,33). Les diferències observades són estadísticament significatives ( $t=2,01$ ;  $p< 0,05$ ).



**Figura 8.1.4. Distribució dels participants segons la professió i el grup d'edat.**

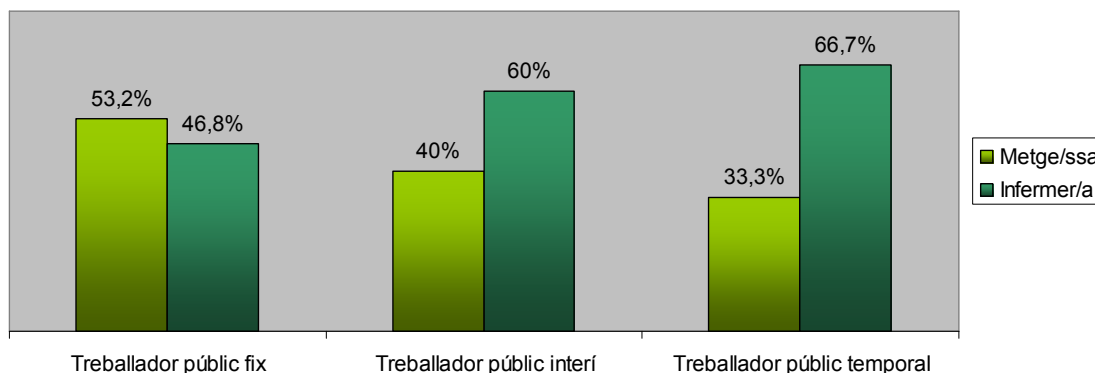


La major part de la mostra, tant en el cas dels homes com de les dones, són treballadors públics de caràcter fix, essent major el percentatge d'homes que es troben en aquesta situació laboral en comparació a les dones. D'altra banda, el percentatge de dones és més elevat en comparació amb el dels homes en aquelles persones que es troben tant en situació de interinitat com de caràcter temporal. La situació laboral no és informada per un dels participants. La distribució de la situació laboral dels participants segons el sexe es pot veure a la Figura 8.1.5. La prova khi-quadrat indica que les diferències observades són estadísticament significatives ( $\chi^2_{(2)} = 9,27$ ;  $p=0,01$ ).



**Figura 8.1.5. Distribució dels participants segons la situació laboral i el sexe.**

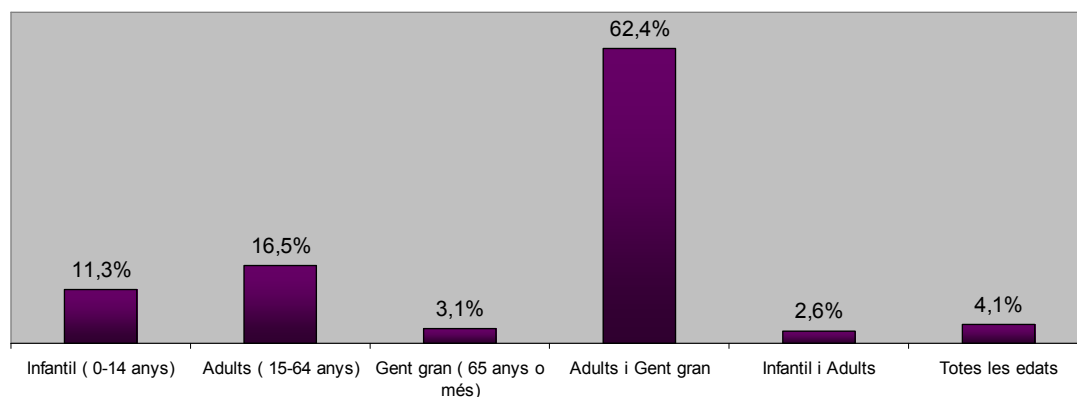
A la Figura 8.1.6 s'observa com es distribueixen els participants en funció de la seva situació laboral i la seva professió. Els infermers/es es troben en major percentatge en situació laboral temporal i d'interinitat. D'altra banda, els professionals que gaudeixen d'una major estabilitat laboral són els metges/ses, ja que, del total de professionals que es troben en situació laboral fixa, aquest grup és el que presenta un major percentatge. No obstant, la prova khi-quadrat indica que les diferències sobre la situació laboral en funció del sexe dels participants no són estadísticament significatives ( $\chi^2_{(2)} = 4,31$ ;  $p=0,12$ ).



**Figura 8.1.6. Distribució dels participants segons la situació laboral i la professió.**

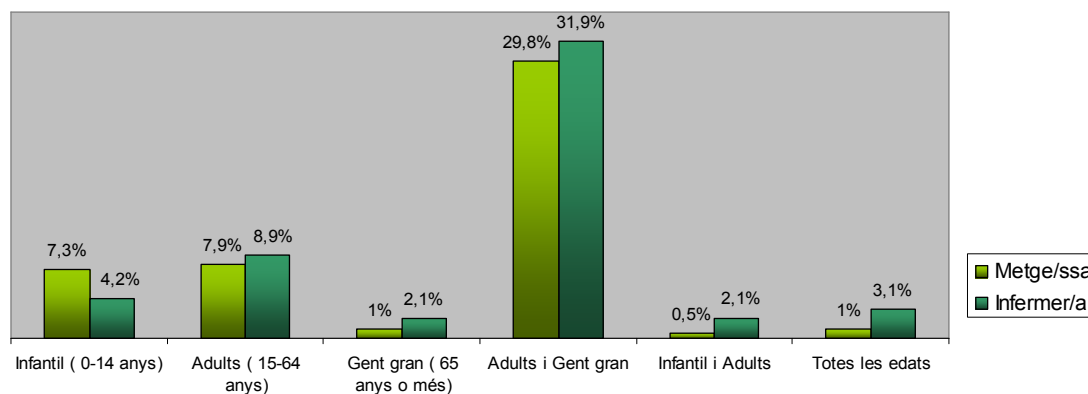
En relació als anys d'exercici professional dels participants, el resultat oscil·la entre els 6 mesos i els 38 anys, essent la mitjana de 19,37 anys (DT= 9,89). La mitjana d'anys d'exercici professional dels participants de gènere masculí és de 22 anys (DT= 8,07), mentre que la mitjana de les dones és de 18,44 anys (DT= 10,43). Les diferències de temps dedicat a l'exercici professional per motiu de sexe són estadísticament significatives ( $t=2,09$ ;  $p=0,04$ ). També s'ha comparat la variable anys d'exercici professional en funció de la professió. La mitjana d'anys d'exercici professional del col·lectiu metges/ses és de 19 (DT=8,82), mentre que la mitjana dels infermers/es és de 19,43 (DT=10,66). Aquestes diferències no són estadísticament significatives ( $t=-0,27$ ;  $p=0,78$ ).

Sobre la població atesa pels professionals de la salut que componen la mostra, s'observa que més de la meitat atenen tant pacients adults (15-64 anys) com gent gran de 65 anys o més (veure Figura 8.1.7).



**Figura 8.1.7. Distribució dels participants segons l'edat de la població que atenen habitualment.**

A la Figura 8.1.8 es pot veure com es distribueixen els participants segons l'edat de la població que atenen habitualment i la professió. Cal remarcar que un percentatge molt similar tant d'infermer/es com de metges/ses treballen majoritàriament amb població adulta i gent gran. La diferència més rellevant es troba en el fet que un percentatge més elevat de metges/ses treballen únicament amb població infantil en comparació amb els infermers/es, que també ho fan.



**Figura 8.1.8. Distribució dels participants segons l'edat de la població que atenen habitualment i la professió.**

## 8.2. ACTIVITATS FORMATIVES

En aquest apartat es presenten els resultats sobre la formació que els professionals de la salut informen haver rebut en relació a la prevenció del consum de substàncies tant durant la seva formació universitària com posteriorment, un cop finalitzats els estudis. En primer lloc, es mostraran resultats referents a la valoració que fan els propis participants de la seva formació en educació per la salut durant la carrera i els coneixements que tenen sobre prevenció del consum de substàncies tenint en compte la tasca que desenvolupen envers la població. A continuació, s'analitzarà la mesura en què els participants han realitzat cursos dirigits a l'adquisició de coneixements sobre la prevenció del consum de drogues des que van finalitzar els seus estudis, així com aquella formació rebuda més recentment, en els darrers dos anys, també sobre aquesta temàtica.

### 8.2.1. Valoració d'activitats formatives durant l'etapa universitària.

Les mitjanes i desviacions típiques de la valoració que fan els participants de la seva formació en educació per a la salut durant la carrera es mostren a la Taula 8.2.1.1. S'hi poden observar diferències significatives per raó de sexe, grup d'edat, professió i situació laboral. D'aquesta manera, les dones atorguen puntuacions més elevades a la formació rebuda. Pel que fa al grup d'edat, s'observa la mitjana més alta entre els menors de 30 anys, i es detecta una tendència a disminuir la mitjana a mesura que s'avança en l'edat, essent, doncs, els professionals majors de 60 els que tenen una mitjana més baixa. No obstant això, els contrastos de Scheffé només detecten diferències estadísticament significatives entre el grup més jove (fins a 30 anys) i el grup de 51 a 60 anys ( $p=0,01$ ). D'altra banda, els infermers/es valoren més que els metges/ses la formació rebuda al llarg de la carrera sobre prevenció del consum de substàncies. Finalment, els treballadors interins consideren més útil la seva formació durant la carrera que els fixos (Scheffé:  $p=0,04$ ), però no es diferencien significativament dels temporals ( $p>0,05$ ).

**Taula 8.2.1.1. Estadístics descriptius de la valoració que els participants fan de la seva formació en educació per la salut rebuda a la carrera segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

	<b>VALORACIÓ Mitjana ; (D.T.)</b>	<b>Prova estadística Significació (p)</b>
<b>Segons sexe</b>	<b>n = 174</b>	
Home	<b>4,86</b> (2,10)	<b>t= -2,18 p=0,03</b>
Dona	<b>5,60</b> (2,03)	
<b>Segons grup d'edat</b>	<b>n = 175</b>	
Fins a 30 anys	<b>7,00</b> (1,75)	<b>F<sub>(4,181)</sub> = 3,33 p=0,01</b>
De 31 a 40 anys	<b>5,43</b> (1,17)	
De 41 a 50 anys	<b>5,39</b> (1,76)	
De 51 a 60 anys	<b>5,01</b> (2,08)	
Més de 60 anys	<b>4,50</b> (0,70)	
<b>Segons professió</b>	<b>n = 178</b>	
Metge/ssa	<b>4,93</b> (1,87)	<b>t=-3,10 p&lt;0,0005</b>
Infermer/a	<b>5,84</b> (2,15)	
<b>Segons situació laboral</b>	<b>n = 180</b>	
Treballador públic fix	<b>5,16</b> (2,03)	<b>F<sub>(2,191)</sub> = 3,37 p=0,04</b>
Treballador públic interí	<b>6,07</b> (2,05)	
Treballador públic temporal	<b>5,43</b> (1,99)	

També s'ha preguntat als participants sobre la valoració que atorguen a la formació en prevenció del consum de substàncies en relació al treball que duen a terme amb la població. Les mitjanes i desviacions típiques segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral es mostren a la Taula 8.2.1.2. No s'observen diferències significatives en funció de cap de les variables esmentades anteriorment.

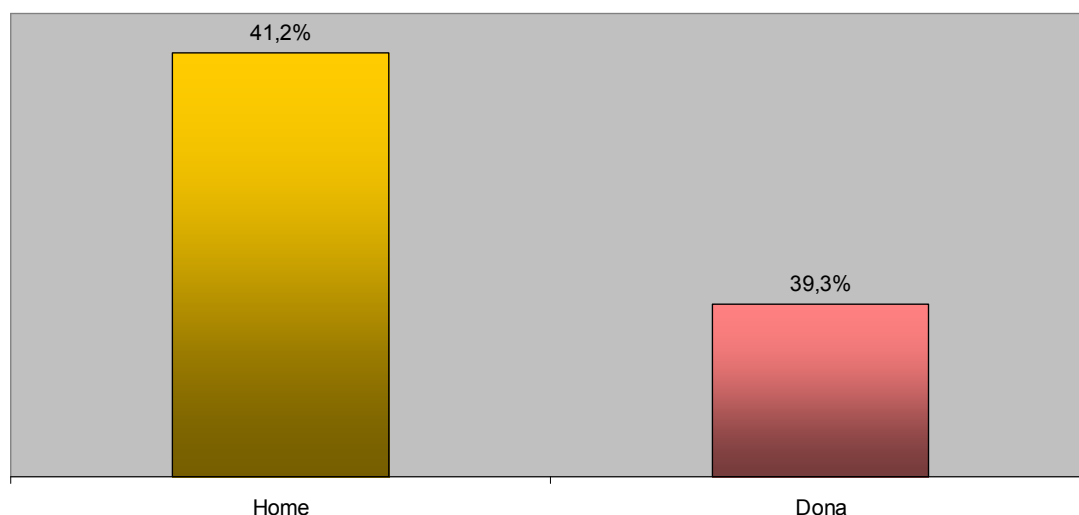
**Taula 8.2.1.2. Estadístics descriptius de la valoració que els participants fan de la seva formació en prevenció del consum de substàncies pel treball que realitzen segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

	<b>VALORACIÓ Mitjana (D.T.)</b>	<b>Prova estadística Significació (p)</b>
<b>Segons sexe</b>	<b>n = 174</b>	
Home	<b>4,98</b> (1,60)	t= -1,91 p=0,06
Dona	<b>5,51</b> (1,70)	
<b>Segons grup d'edat</b>	<b>n = 175</b>	
Fins a 30 anys	<b>6,00</b> (1,55)	F <sub>(4,181)</sub> =1,15 p=0,33
De 31 a 40 anys	<b>5,36</b> (1,79)	
De 41 a 50 anys	<b>5,22</b> (1,49)	
De 51 a 60 anys	<b>5,33</b> (1,77)	
Més de 60 anys	<b>7,00</b> (0,00)	
<b>Segons professió</b>	<b>n = 178</b>	
Metge/ssa	<b>5,18</b> (1,61)	t=-1,71 p=0,09
Infermer/a	<b>5,60</b> (1,73)	
<b>Segons situació laboral</b>	<b>n = 180</b>	
Treballador públic fix	<b>5,26</b> (1,69)	F <sub>(2,191)</sub> = 1,22 p=0,30
Treballador públic interí	<b>5,67</b> (1,69)	
Treballador públic temporal	<b>5,62</b> (1,69)	

### 8.2.2. Activitats formatives post-universitàries.

Del total de 194 participants que van respondre a la qüestió sobre si havien realitzat cap curs de formació continuada o de postgrau específic en prevenció del consum de substàncies des que van acabar els seus estudis, el 40,7% (n= 79) van respondre afirmativament.

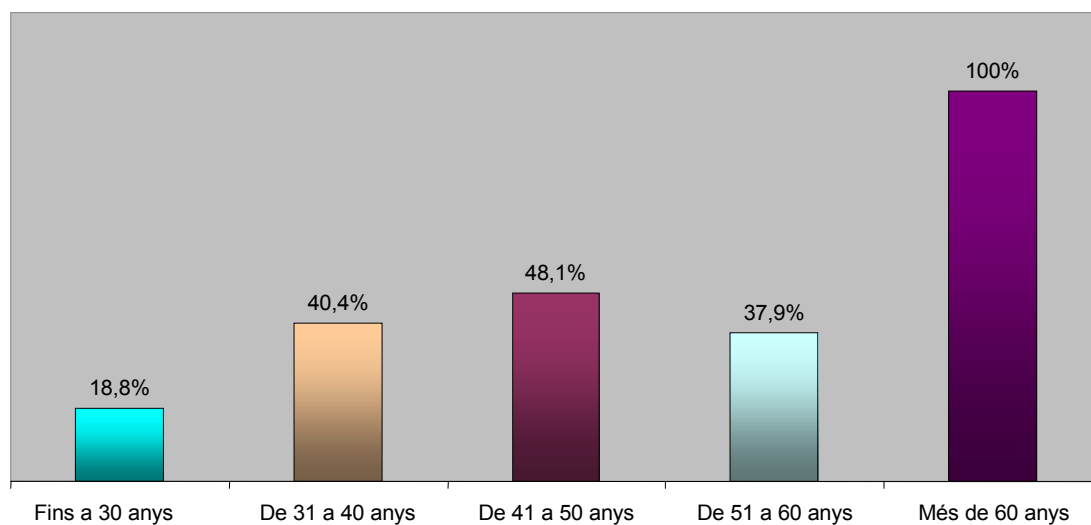
La distribució dels participants que afirmen haver assistit a algun curs específic de prevenció del consum de substàncies posterior a la finalització dels seus estudis segons el sexe es pot observar a la Figura 8.2.2.1.



**Figura 8.2.2.1. Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons el sexe.**

Malgrat que un percentatge més elevat dels participants de sexe masculí han realitzat cursos sobre prevenció del consum de substàncies un cop finalitzats els estudis, la prova estadística d'independència basada en la distribució khi-quadrat indica que les diferències per raó de sexe no són significatives ( $\chi^2_{(1)}=0,57$   $P=0,82$ ).

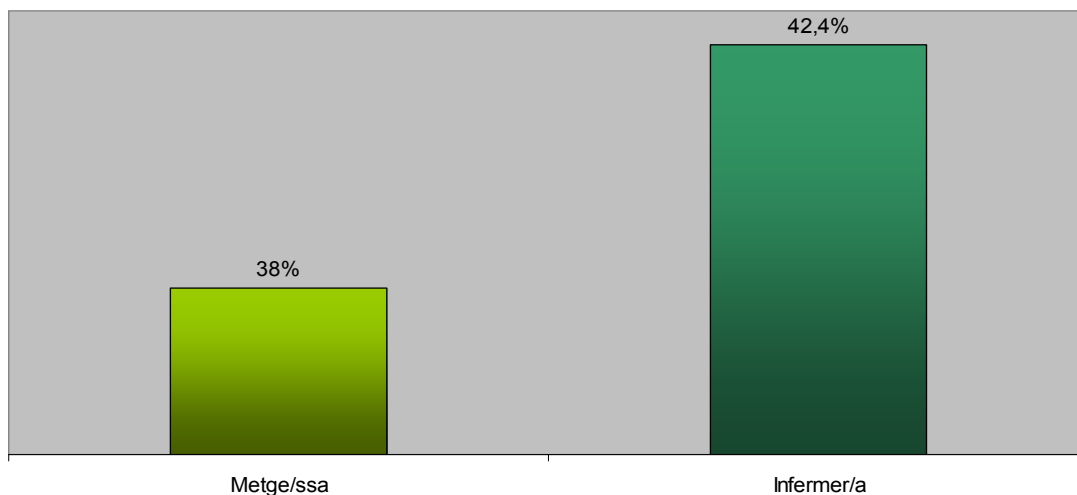
La Figura 8.2.2.2 ens permet observar la distribució dels participants que han realitzat cursos de prevenció de consum de substàncies segons la seva edat. Es pot apreciar que la totalitat dels professionals de més de 60 anys s'han format en relació a la temàtica amb posterioritat a l'acabament dels seus estudis, i que, per contra, el menor percentatge de professionals que s'han instruït en aquest camp es troba entre els menors de 30 anys. Aquestes diferències per raó d'edat no són significatives ( $\chi^2_{(4)}=7,58$   $P=0,111$ ).



**Figura 8.2.2.2.** Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons cada grup d'edat.

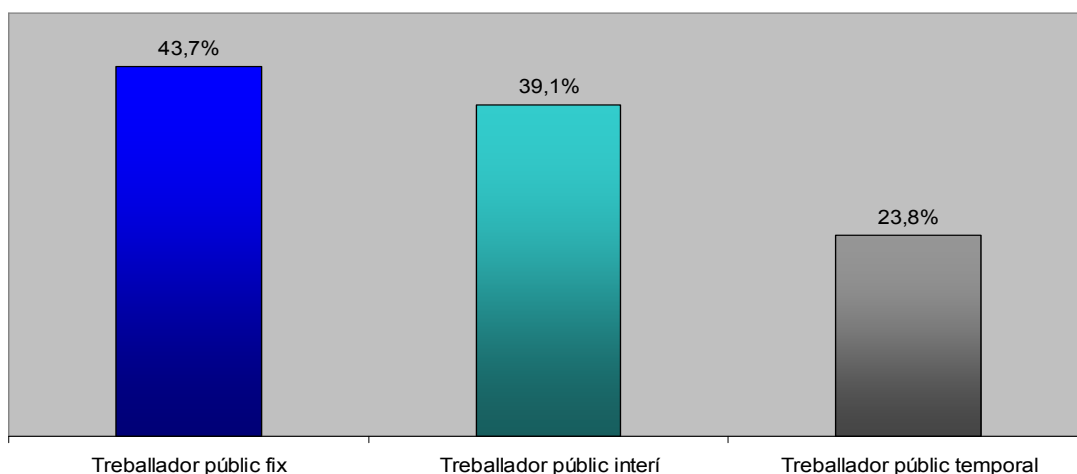
S'ha analitzat també la formació sobre la prevenció del consum de substàncies segons la professió dels participants, tal i com es pot veure a la Figura 8.2.2.3. Un percentatge major d'infermers/es han participat en cursos o postgraus específics un cop acabada la seva formació professional en comparació amb els metges/ses que també ho han fet. Tot i així, aquestes diferències no són estadísticament significatives ( $\chi^2_{(1)}=0,38$  P=0,54).





**Figura 8.2.2.3. Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons la professió.**

La Figura 8.2.2.4 ens permet observar que els treballadors públics de caràcter interí són aquells que menys formació posterior a la finalització dels estudis han rebut sobre temes relacionats amb la prevenció del consum de substàncies, essent els de caràcter fix els que més hi han participat, però les diferències observades no són estadísticament significatives ( $\chi^2_{(2)}=2,98$   $P=0,22$ ).



**Figura 8.2.2.4. Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis segons la seva situació laboral.**

Només 36 dels participants (18,5%) informen haver rebut formació específica sobre prevenció de consum de substàncies en els darrers dos anys. A la Taula 8.2.2.1 es presenta de forma més detallada el percentatge de participants que han rebut formació específica sobre prevenció del consum de substàncies en els darrers dos anys i la orientació del curs realitzat. S'observa que la majoria dels professionals han assistit a cursos que es poden classificar dins de l'actuació preventiva, essent un percentatge molt reduït aquells que han estat instruïts en temes de promoció de la salut.

**Taula 8.2.2.1. Percentatge de professionals que en els últims dos anys han realitzat algun tipus de formació sobre prevenció del consum de substàncies segons l'orientació del curs.**

Orientació del curs	Total
Promoció de la salut	13,9% (n = 5)
Prevenició (Detecció i/o tractament)	86,1% (n = 31)

En una escala de zero (*gens útil*) a deu (*completament útil*), els 79 participants que valoren la utilitat que tenen per al seu treball els cursos sobre prevenció del consum de substàncies li atorguen una mitjana de 7,25 (DT=1,69). A la Taula 8.2.2.2 es mostren els estadístics descriptius d'aquesta variable segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral dels professionals.

**Taula 8.2.2.2. Estadístics descriptius de la variable utilitat per al treball dels cursos sobre prevenció de consum de substàncies realitzats pels professionals de la salut segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

	PRIMER CURS	SEGON CURS
	Mitjana (D.T.)	Mitjana (D.T.)
Segons sexe	<b>n = 75</b>	<b>n = 23</b>
Home	<b>7,47</b> (1,93)	<b>8,38</b> (1,41)
Dona	<b>7,13</b> (1,62)	<b>7,60</b> (1,18)
	t=0,77 p=0,44	t=1,40 p=0,17
Segons grup d'edat	<b>n = 73</b>	<b>n = 23</b>
Fins a 30 anys	<b>7,33</b> (1,53)	- (-)
De 31 a 40 anys	<b>7,05</b> (1,75)	<b>7,78</b> (1,30)
De 41 a 50 anys	<b>7,52</b> (1,33)	<b>7,40</b> (0,89)
De 51 a 60 anys	<b>7,33</b> (2,01)	<b>8,44</b> (1,24)
Més de 60 anys	<b>7,00</b> (-)	- (-)
	F <sub>(4,68)</sub> =0,21 p=0,93	F <sub>(2,20)</sub> =1,37 p=0,28
Segons professió	<b>n = 77</b>	<b>n = 24</b>
Metge/ssa	<b>6,77</b> (1,99)	<b>7,50</b> (1,58)
Infermer/a	<b>7,55</b> (1,44)	<b>8,14</b> (0,95)
	t=-2,01 p=0,05	t=-1,24 p=0,23
Segons situació laboral	<b>n = 78</b>	<b>n = 24</b>
Treballador públic fix	<b>7,38</b> (1,48)	<b>8,25</b> (1,12)
Treballador públic interí	<b>7,10</b> (2,29)	<b>7,14</b> (1,34)
Treballador públic temporal	<b>6,50</b> (1,05)	<b>7,00</b> (1,26)
	F <sub>(2,75)</sub> =0,82 p=0,44	F <sub>(2,21)</sub> =2,17 p=0,12

L'anàlisi d'aquestes dades segons la prova t de comparació de dues mitjanes independents indica que no s'observen diferències significatives per raó de sexe però sí per professió, essent els infermers/es aquells que tenen una mitjana més elevada, i en conseqüència, consideren de major utilitat en la seva pràctica professional els cursos realitzats sobre prevenció de consum de substàncies que no pas els metges/ses.

L'anàlisi de la variància realitzat ens mostra que no es detecten diferències significatives segons l'edat dels professionals ni tampoc per la seva situació laboral pel que fa a la percepció que tenen de la utilitat en el dia a dia laboral de la formació rebuda.

En la valoració que fan els participants dels cursos realitzats en els darrers dos anys sobre la prevenció del consum de substàncies oferts per l'àmbit sanitari, es percep en general una escassa adequació dels coneixements facilitats ja que la puntuació mitjana atorgada és de 4,55 ( D.T.=2,19).

Aquesta variable s'ha analitzat segons el sexe, grup d'edat, professió i situació laboral dels participants. Les diferències observades en funció d'aquestes variables no són estadísticament significatives (veure Taula 8.2.2.3).

**Taula 8.2.2.3. Estadístics descriptius de la valoració que els participants fan de la formació sobre prevenció de consum de substàncies oferts en l'àmbit de treball en els darrers dos anys segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

	<b>VALORACIÓ Mitjana (D.T.)</b>	<b>Prova estadística Significació (p)</b>
<b>Segons sexe</b>	<b>n = 162</b>	
Home	<b>4,18</b> (1,95)	t= -1,17 p=0,24
Dona	<b>4,62</b> (2,26)	
<b>Segons grup d'edat</b>	<b>n = 160</b>	
Fins a 30 anys	<b>4,33</b> (1,97)	F <sub>(4,155)</sub> =2,07 p=0,09
De 31 a 40 anys	<b>4,59</b> (2,32)	
De 41 a 50 anys	<b>5,19</b> (2,13)	
De 51 a 60 anys	<b>4,11</b> (2,15)	
Més de 60 anys	<b>2,50</b> (3,53)	
<b>Segons professió</b>	<b>n = 164</b>	
Metge/ssa	<b>4,30</b> (1,95)	t=-1,62 p=0,11
Infermer/a	<b>4,84</b> (2,36)	
<b>Segons situació laboral</b>	<b>n = 166</b>	
Treballador públic fix	<b>4,69</b> (2,28)	F <sub>(2,163)</sub> =0,75 p = 0,47
Treballador públic interí	<b>4,37</b> (2,01)	
Treballador públic temporal	<b>4,06</b> (2,02)	

### 8.2.3. Valoració de l'oferta formativa en prevenció del consum de substàncies.

Per part dels participants, s'observa una tendència general a considerar que caldria una millora en qualitat i/o quantitat dels cursos existents sobre prevenció del consum de substàncies en el seu àmbit de treball. Més específicament, un 94,1% (n=160) de les persones que van donar aquesta informació van proposar que caldria augmentar en qualitat aquestes activitats formatives i un 88,8 % (n=159) valoraren que caldria millorar la quantitat.

L'especificació de quines activitats formatives augmentarien en quantitat o qualitat es recull a la Taula 8.2.3.1. Principalment, es poden detectar mancances en activitats referents a temes específics relacionats amb el consum de substàncies.

**Taula 8.2.3.1. Percentatge de participants que consideren que caldria augmentar les diferents activitats formatives per millorar la formació i resultats de la prova de McNemar.**

ACTIVITATS FORMATIVES	Qualitat	Quantitat	Mc Nemar
Conceptes bàsics en promoció de la salut	41,1% (n = 76)	24,3% (n = 45)	$\chi^2 = 13,85$ P < 0,005
Metodologia didàctica en promoció de la salut	48,1% (n = 89)	31,4% (n = 71)	$\chi^2 = 3,90$ P = 0,05
Disseny de materials de promoció de la salut	41,6% (n = 77)	38,9% (n = 72)	$\chi^2 = 0,25$ P = 0,61
Temes específics en relació al consum de substàncies (tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna)	80% (n = 148)	67 % (n = 124)	$\chi^2 = 8,01$ P = 0,005

En totes les activitats avaluades hi ha més participants que consideren que s'ha de millorar la qualitat dels cursos en comparació amb aquells que creuen que s'ha d'incrementar la quantitat dels mateixos. Els resultats de la prova no paramètrica de dues mostres relacionades de McNemar indica que aquestes diferències són significatives en tres de les activitats formatives: els conceptes bàsics en promoció de la salut, la metodologia didàctica en promoció de la salut, i els temes específics en relació al consum de substàncies (Taula 8.2.3.1).

#### 8.2.4. Dificultats per a la formació.

S'han proposat als participants alguns factors que poden haver impedit la realització de cursos de prevenció de consum de substàncies o l'assistència de tots els que haguessin desitjat. El rang de resposta anava de 0 (*no ha estat cap obstacle*) a 10 (*obstacle insuperable*). Els obstacles percebuts com a més insuperables són: la manca de temps

per motius laborals ( $X=6,33$ ;  $DT=2,63$ ), el desplaçament geogràfic ( $X=6,09$ ;  $DT=2,96$ ), seguit de motius personals ( $X=5,98$ ;  $DT=2,66$ ) i l'elevat cost dels cursos ( $X=5,16$ ;  $DT=2,88$ ). La manca d'interès pels cursos que s'ofereixen ( $X=3,52$ ;  $DT=2,38$ ) i la manca d'autorització ( $X=2,30$ ;  $DT=2,64$ ) no han estat considerats obstacles rellevants.

Aquestes variables s'han analitzat per raó del sexe (Taula 8.2.4.1), el grup d'edat (Taula 8.2.4.2), la professió (Taula 8.2.4.3) i la situació laboral (Taula 8.2.4.4).

**Taula 8.2.4.1. Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons el sexe i resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Factors obstaculitzants	SEXE		Prova t Sig. p
	Home	Dona	
Manca de temps degut a motius laborals.	<b>6,69</b> (2,48)	<b>6,26</b> (2,61)	t=0,96 p=0,34
Manca de temps per motius personals.	<b>6,24</b> (2,34)	<b>5,96</b> (2,74)	t=0,62 p=0,54
Elevat cost dels cursos.	<b>4,56</b> (2,87)	<b>5,40</b> (2,80)	t=-1,70 p=0,09
Desplaçament geogràfic.	<b>5,94</b> (2,83)	<b>6,16</b> (2,99)	t=-0,44 p=0,66
Manca d'interès pels cursos que s'ofereixen.	<b>4,11</b> (2,43)	<b>3,35</b> (2,33)	t=1,82 p=0,07
Manca d'autorització.	<b>2,59</b> (2,79)	<b>2,19</b> (2,61)	t=0,86 p=0,40
Altres	<b>8,33</b> (0,58)	<b>8,63</b> (1,19)	t=-3,40 p=0,70

A partir de la prova t de comparació de mitjanes s'observa que no hi ha diferències per raó del sexe dels participants sobre la mesura en què els diferents factors es consideren obstacles per a la realització de cursos de prevenció del consum de substàncies.

**Taula 8.2.4.2. Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons el grup d'edat i resultats de l'ANOVA.**

Factors obstaculitzants	GRUP D'EDAT					ANOVA Sig. p
	Mitjana (D.T.)					
	-->30	31-40	41-50	51-60	>60	
Manca de temps degut a motius laborals.	<b>5,50</b> (3,46)	<b>5,64</b> (2,75)	<b>6,96</b> (2,20)	<b>6,52</b> (2,43)	- (-)	<b>F<sub>(3,156)</sub>=2,68</b> <b>p=0,05</b>
Manca de temps per motius personals.	<b>4,62</b> (3,80)	<b>5,32</b> (2,80)	<b>6,86</b> (2,14)	<b>6,00</b> (2,46)	- (-)	<b>F<sub>(3,157)</sub>=4,12</b> <b>p=0,01</b>
Elevat cost dels cursos.	<b>6,38</b> (2,99)	<b>5,28</b> (3,06)	<b>4,96</b> (2,92)	<b>4,94</b> (2,52)	<b>7,00</b> (-)	F <sub>(4,154)</sub> =0,87 p=0,48
Desplaçament geogràfic.	<b>6,08</b> (4,01)	<b>6,11</b> (3,07)	<b>6,59</b> (2,79)	<b>5,56</b> (2,65)	<b>8,00</b> (-)	F <sub>(4,159)</sub> =0,92 p=0,45
Manca d'interès pels cursos que s'ofereixen.	<b>3,23</b> (2,65)	<b>3,16</b> (2,25)	<b>3,22</b> (1,99)	<b>4,18</b> (2,56)	- (-)	F <sub>(3,152)</sub> =2,05 p=0,11
Manca d'autorització.	<b>2,25</b> (3,25)	<b>2,50</b> (2,72)	<b>2,24</b> (2,37)	<b>2,22</b> (2,79)	- (-)	F <sub>(3,152)</sub> =0,11 p=0,96
Altres	- (-)	<b>8,80</b> (1,09)	<b>10,00</b> (-)	<b>8,00</b> (0,71)	- (-)	F <sub>(2,8)</sub> =2,31 p=0,16

En realitzar l'anàlisi de la variància per tal de comparar les respostes donades segons el grup d'edat dels participants, s'observen diferències significatives en el grau en què es considera un obstacle la manca de temps per motius laborals, essent els participants pertanyents a la franja d'edat de 41 a 50 anys aquells que tenen una mitjana més elevada, seguit per aquells amb edats compreses entre els 51 i 60 anys. Resulta interessant destacar que a mesura que augmenta l'edat també s'incrementa la mitjana de les puntuacions en què aquesta variable és considerada com un impediment per a la realització dels cursos de prevenció, tornant a disminuir entre els 51 i 60 anys. No obstant, els contrastos de Scheffé de comparació entre grups d'edat no arriben en cap cas a la significació estadística.

D'altra banda, les desigualtats també són significatives pel que fa a la manca de temps per motius personals. De la mateixa manera que la variable abans comentada, la mitjana



en què aquesta variable és considerada una dificultat s'incrementa amb l'edat, però són els participants entre 41 i 50 anys aquells que tenen una mitjana més alta i significativament diferent a la del grup de 31-40 anys (Scheffé:  $p=0,04$ ).

**Taula 8.2.4.3. Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons la professió i resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Factors obstaculitzants	PROFESSIÓ Mitjana (D.T.)		Prova t Sig. p
	Metge/ssa	Infermer/a	
Manca de temps degut a motius laborals.	<b>6,48</b> (2,74)	<b>6,16</b> (2,56)	t=0,78 p=0,44
Manca de temps per motius personals.	<b>5,93</b> (2,67)	<b>6,04</b> (2,67)	t=-0,26 p=0,79
Elevat cost dels cursos.	<b>4,39</b> (2,79)	<b>5,93</b> (2,78)	<b>t=-3,55</b> <b>p&lt;0,0005</b>
Desplaçament geogràfic.	<b>6,02</b> (2,77)	<b>6,13</b> (3,15)	t=-0,23 p=0,82
Manca d'interès pels cursos que s'ofereixen.	<b>3,48</b> (2,27)	<b>3,51</b> (2,47)	t=-0,08 p=0,94
Manca d'autorització.	<b>2,23</b> (2,52)	<b>2,35</b> (2,77)	t=-0,29 p=0,77
Altres	<b>8,00</b> (0,00)	<b>8,67</b> (1,12)	t=-0,81 p=0,44

En comparar les mitjanes de les respostes donades en relació al grau d'obstaculització que comporten els diferents factors per raó de professió, únicament s'han detectat diferències significatives en la variable que fa referència a l'elevat cost dels cursos, essent els infermers/es els que consideren aquest factor econòmic més obstaculitzant que els metges/ses.

**Taula 8.2.4.4. Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per millorar la formació en prevenció del consum de substàncies segons la situació laboral i resultats de l'ANOVA.**

Factors obstaculitzants	SITUACIÓ LABORAL Mitjana (D.T.)			ANOVA Sig. p
	Fix	Interí	Temporal	
Manca de temps degut a motius laborals.	<b>6,50</b> (2,65)	<b>6,08</b> (2,34)	<b>5,79</b> (3,17)	$F_{(2,165)}=0,82$ $p=0,44$
Manca de temps per motius personals.	<b>6,22</b> (2,55)	<b>5,90</b> (2,45)	<b>4,83</b> (3,50)	$F_{(2,165)}=2,17$ $p=0,12$
Elevat cost dels cursos.	<b>4,69</b> (2,99)	<b>5,93</b> (2,37)	<b>6,35</b> (2,62)	$F_{(2,163)}=4,58$ $p=0,01$
Desplaçament geogràfic.	<b>5,98</b> (3,02)	<b>6,31</b> (2,86)	<b>6,22</b> (2,86)	$F_{(2,169)}=0,21$ $p=0,81$
Manca d'interès pels cursos que s'ofereixen.	<b>3,63</b> (2,47)	<b>3,33</b> (2,39)	<b>3,35</b> (1,73)	$F_{(2,161)}=0,28$ $p=0,76$
Manca d'autorització.	<b>2,00</b> (2,52)	<b>2,71</b> (2,76)	<b>3,25</b> (2,89)	$F_{(2,159)}=2,24$ $p=0,11$
Altres	<b>8,33</b> (1,03)	<b>8,80</b> (1,09)	- (-)	$F_{(1,9)}=0,53$ $p=0,49$

Pel que fa a les diferències significatives detectades per raó de situació laboral a través de l'anàlisi de la variància, únicament es pot destacar l'elevat cost dels cursos. D'acord amb els contrastos de Scheffé, els treballadors de caràcter fix obtenen puntuacions mitjanes més baixes que els de caràcter interí ( $p=0,06$ ) i que els dels treballadors temporals ( $p=0,08$ ), amb tendència a la significació en tots dos casos. No s'observen diferències significatives entre els treballadors de caràcter interí i temporal ( $p=0,87$ ).

### 8.3. ACTIVITATS PREVENTIVES EN EDUCACIÓ PER A LA SALUT

#### 8.3.1. Importància atorgada a les diferents àrees de promoció de la salut.

A continuació es presenten les mitjanes i les desviacions típiques de les valoracions que els participants han fet de la importància que tenen per a ells, a nivell professional, les diferents àrees de la promoció de la salut. S'han comparat les puntuacions donades pels participants segons el sexe (Taula 8.3.1.1), el grup d'edat (Taula 8.3.1.2), la professió (Taula 8.3.1.3) i la situació laboral (Taula 8.3.1.4).

**Taula 8.3.1.1. Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons el sexe i resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Àrees de promoció de la salut	SEXE		Prova t Sig. p
	Mitjana (D.T.)		
	Home	Dona	
Alimentació i nutrició.	<b>8,00</b> (1,48)	<b>8,74</b> (1,37)	<b>t=-3,20 p&lt;0,0005</b>
Consum d'alcohol.	<b>8,14</b> (1,35)	<b>8,40</b> (1,49)	t=-1,07 p=0,29
Consum de tabac.	<b>8,22</b> (1,31)	<b>8,58</b> (1,48)	t=-1,50 p=0,13
Consum d'altres drogues.	<b>8,06</b> (1,43)	<b>8,39</b> (1,48)	t=-1,36 p=0,17
Infecció VIH/SIDA.	<b>8,04</b> (1,68)	<b>8,35</b> (1,54)	t=-1,17 p=0,24
Altres malalties de transmissió sexual.	<b>7,84</b> (1,61)	<b>8,07</b> (1,61)	t=-0,86 p=0,39
Salut bucodental.	<b>6,71</b> (1,86)	<b>7,30</b> (1,85)	t=-1,89 p=0,06
Diversitat cultural i immigració.	<b>6,37</b> (1,60)	<b>6,87</b> (1,86)	t=-1,69 p=0,09
Violència de gènere.	<b>6,82</b> (1,80)	<b>7,57</b> (1,71)	<b>t=-2,60 p=0,01</b>

La prova t de comparació de mitjanes per mostres independents ens indica per una banda, que existeixen diferències significatives per raó de gènere en la importància atorgada a l'alimentació i nutrició, i que són les dones les que concedeixen una puntuació més alta, i atorguen, en conseqüència, una major rellevància a aquesta parcel·la de la promoció de la salut. D'altra banda, també s'observen diferències significatives per raó de gènere en la importància percebuda quant a l'àrea de violència de gènere, essent les dones novament les que mostren una mitjana més elevada, tal i com es pot observar a la Taula 8.3.1.1.

**Taula 8.3.1.2. Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons el grup d'edat i els resultats de l'ANOVA.**

Àrees de promoció de la salut	GRUP D'EDAT					ANOVA Sig. p
	Mitjana (D.T.)					
	-->30	31-40	41-50	51-60	>60	
Alimentació i nutrició.	<b>9,19</b> (1,05)	<b>8,19</b> (1,68)	<b>8,59</b> (1,32)	<b>8,42</b> (1,67)	<b>9,00</b> (1,41)	$F_{(4,180)}=1,42$ $p=0,23$
Consum d'alcohol.	<b>8,13</b> (1,54)	<b>8,36</b> (1,39)	<b>8,65</b> (1,20)	<b>8,14</b> (1,58)	<b>9,50</b> (0,70)	$F_{(4,180)}=1,40$ $p=0,24$
Consum de tabac.	<b>8,50</b> (0,97)	<b>8,55</b> (1,40)	<b>8,61</b> (1,32)	<b>8,38</b> (1,58)	<b>9,50</b> (0,70)	$F_{(4,179)}=0,45$ $p=0,77$
Consum d'altres drogues.	<b>7,88</b> (1,45)	<b>8,28</b> (1,36)	<b>8,61</b> (1,16)	<b>8,21</b> (1,71)	<b>8,50</b> (2,12)	$F_{(4,180)}=1,02$ $p=0,40$
Infecció VIH/SIDA.	<b>8,19</b> (1,17)	<b>8,26</b> (1,57)	<b>8,48</b> (1,46)	<b>8,17</b> (1,70)	<b>8,50</b> (2,12)	$F_{(4,178)}=0,33$ $p=0,86$
Altres malalties de transmissió sexual.	<b>8,25</b> (1,29)	<b>8,13</b> (1,53)	<b>8,22</b> (1,70)	<b>7,79</b> (1,58)	<b>7,50</b> (2,12)	$F_{(4,176)}=0,72$ $p=0,58$
Salut bucodental.	<b>7,69</b> (1,54)	<b>6,93</b> (1,70)	<b>7,13</b> (1,99)	<b>7,30</b> (1,94)	<b>8,00</b> (1,41)	$F_{(4,177)}=0,66$ $p=0,62$
Diversitat cultural i immigració.	<b>7,31</b> (2,12)	<b>6,85</b> (1,49)	<b>6,59</b> (1,84)	<b>6,60</b> (1,92)	<b>8,50</b> (2,12)	$F_{(4,177)}=1,09$ $p=0,36$
Violència de gènere.	<b>7,75</b> (1,24)	<b>7,57</b> (1,54)	<b>7,30</b> (1,68)	<b>8,00</b> (1,41)	<b>7,42</b> (1,76)	$F_{(4,178)}=0,42$ $p=0,79$

La comparació de les respostes donades pels participants segons el grup d'edat a través de la prova estadística d'anàlisi de la variància indica que no hi ha diferències

significatives en la importància atorgada a les diferents àrees de la promoció de la salut per raó d'edat (veure taula 8.3.1.2).

**Taula 8.3.1.3. Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons la professió i resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Àrees de promoció de la salut	PROFESSIÓ Mitjana (D.T.)		Prova t Sig. p
	Metge/ssa	Infermer/a	
Alimentació i nutrició.	<b>8,24</b> (1,44)	<b>8,74</b> (1,57)	<b>t=-2,28 p=0,02</b>
Consum d'alcohol.	<b>8,11</b> (1,60)	<b>8,48</b> (1,30)	t=-1,78 p=0,08
Consum de tabac.	<b>8,37</b> (1,40)	<b>8,57</b> (1,45)	t=-0,93 p=0,35
Consum d'altres drogues.	<b>8,15</b> (1,59)	<b>8,43</b> (1,31)	t=-1,34 p=0,18
Infecció VIH/SIDA.	<b>8,25</b> (1,44)	<b>8,26</b> (1,68)	t=-0,03 p=0,97
Altres malalties de transmissió sexual	<b>7,99</b> (1,56)	<b>8,02</b> (1,63)	t=-1,36 p=0,89
Salut bucodental.	<b>7,24</b> (1,78)	<b>7,08</b> (1,94)	t=0,58 p=0,56
Diversitat cultural i immigració.	<b>6,62</b> (1,71)	<b>6,82</b> (1,87)	t=-0,77 p=0,44
Violència de gènere.	<b>7,16</b> (1,71)	<b>7,55</b> (1,76)	t=-1,50 p=0,13

S'ha dut a terme la prova t de comparació de mitjanes, però només s'han trobat diferències significatives per raó de professió en l'àrea de la promoció de la salut relacionada amb l'alimentació i nutrició. Els infermers/es consideren aquesta àrea més important que els metges/ses, perquè, tal i com es pot observar a la Taula 8.3.1.3, la mitjana d'aquests professionals és més alta.

**Taula 8.3.1.4. Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals les diferents àrees de la salut segons la situació laboral i resultats de l'ANOVA.**

Àrees de promoció de la salut	SITUACIÓ LABORAL			ANOVA Sig. p
	Fix	Interí	Temporal	
Alimentació i nutrició.	<b>8,62</b> (1,36)	<b>8,46</b> (1,63)	<b>7,95</b> (2,08)	$F_{(2,190)}=1,77$ p=0,17
Consum d'alcohol.	<b>8,33</b> (1,44)	<b>8,15</b> (1,67)	<b>8,62</b> (1,07)	$F_{(2,190)}=0,74$ p=0,48
Consum de tabac.	<b>8,58</b> (1,31)	<b>8,17</b> (1,80)	<b>8,62</b> (1,02)	$F_{(2,189)}=1,46$ p=0,23
Consum d'altres drogues.	<b>8,33</b> (1,49)	<b>8,17</b> (1,52)	<b>8,52</b> (1,12)	$F_{(2,190)}=0,44$ p=0,65
Infecció VIH/SIDA.	<b>8,25</b> (1,55)	<b>8,20</b> (1,79)	<b>8,55</b> (1,10)	$F_{(2,188)}=0,37$ p=0,69
Altres malalties de transmissió sexual.	<b>7,99</b> (1,56)	<b>7,87</b> (1,83)	<b>8,52</b> (1,12)	$F_{(2,186)}=1,28$ p=0,28
Salut bucodental.	<b>7,15</b> (1,91)	<b>7,23</b> (1,68)	<b>7,14</b> (1,98)	$F_{(2,187)}=0,03$ p=0,97
Diversitat cultural i immigració.	<b>6,62</b> (1,81)	<b>7,02</b> (1,68)	<b>6,85</b> (2,03)	$F_{(2,187)}=0,85$ p=0,43
Violència de gènere.	<b>7,26</b> (1,82)	<b>7,47</b> (1,67)	<b>8,00</b> (1,30)	$F_{(2,187)}=1,64$ p=0,20

Tampoc s'observen diferències significatives en la valoració de la importància de les diferents àrees de la salut segons la situació laboral dels participants d'acord amb els resultats de l'ANOVA (veure Taula 8.3.1.4).

S'ha preguntat als participants si fan ús de l'educació per a la salut com a eina de treball habitual per a la prevenció del consum de substàncies. De forma global, es pot apreciar que un major percentatge de professionals utilitza de forma habitual l'educació per la

salut en algun moment de la seva tasca diària amb la població atesa (63,4%), essent menys els que la utilitzen en algunes ocasions (33,5%) i molt pocs els que no en fan mai ús (3,1%).

A la Taula 8.3.1.5 es presenta la distribució dels participants d'acord amb la seva resposta a aquesta pregunta segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral. La prova estadística d'independència basada en la distribució khi-quadrat indica que no hi ha diferències estadísticament significatives en funció d'aquestes variables (veure Taula 8.3.1.5).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> L' incompliment de les condicions d'aplicació de la prova khi-quadrat fa que aquests resultats s'hagin d'interpretar amb cautela.

**Taula 8.3.1.5. Distribució dels professionals d'acord amb l'ús de l'educació de la salut com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.**

	<b>Sí</b>	<b>A vegades</b>	<b>No</b>	<b>Prova <math>\chi^2</math> Sig.</b>
<b>Segons sexe</b>				
Home	<b>33</b> (64,7%)	<b>17</b> (33,3%)	<b>1</b> (2%)	$\chi^2_{(2)}=0,37$ P=0,83
Dona	<b>85</b> (63%)	<b>45</b> (33,3%)	<b>5</b> (3,7%)	
<b>Segons grup d'edat</b>				
Fins a 30 anys	<b>9</b> (56,3%)	<b>6</b> (37,5%)	<b>1</b> (6,3%)	$\chi^2_{(8)}=4,56$ P=0,80
De 31 a 40 anys	<b>33</b> (70,2%)	<b>14</b> (29,8%)	<b>0</b> (0%)	
De 41 a 50 anys	<b>33</b> (62,3%)	<b>18</b> (34%)	<b>2</b> (3,8%)	
De 51 a 60 anys	<b>40</b> (59,7%)	<b>25</b> (39,7%)	<b>2</b> (3%)	
Més de 60 anys	<b>2</b> (100%)	<b>0</b> (0%)	<b>0</b> (0%)	
<b>Segons professió</b>				
Metge/ssa	<b>62</b> (67,4%)	<b>28</b> (30,4%)	<b>2</b> (2,2%)	$\chi^2_{(2)}=1,22$ P=0,54
Infermer/a	<b>60</b> (60,6%)	<b>35</b> (35,4%)	<b>4</b> (4%)	
<b>Segons situació laboral</b>				
Treballador públic fix	<b>81</b> (64,3%)	<b>40</b> (31,7%)	<b>5</b> (4%)	$\chi^2_{(4)}=4,52$ P=0,34
Treballador públic interí	<b>32</b> (69,6%)	<b>14</b> (30,4%)	<b>0</b> (0%)	
Treballador públic temporal	<b>10</b> (47,6%)	<b>10</b> (47,6%)	<b>1</b> (4,8%)	

### 8.3.2. Dificultats per a realitzar activitats de promoció de la salut i prevenció del consum de substàncies.

S'ha proposat als professionals que ordenin segons la seva influència en la no realització de l'educació per la salut en Atenció Primària un total de sis indicadors considerats



obstacles per a la implementació de programes de promoció de la salut. A la Taula 8.3.2.1 es detallen les mitjanes i desviacions típiques d'aquestes variables segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral.

Cal remarcar que en l'entrevista administrada als professionals, el rang de resposta en relació a aquesta qüestió anava d'1 (indicador menys important) a 6 (indicador més important). Per tal de facilitar l'anàlisi i interpretació de les dades, posteriorment a la complementació, es van transformar totes les puntuacions de manera que 1 va passar a ser el valor atorgat a l'indicador més important i 6 al menys important.

**Taula 8.3.2.1. Estadístics descriptius de la mesura en què els participants consideren que els diferents indicadors influeixen en la realització d'educació per la salut en Atenció Primària segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació laboral i resultats de les proves t i ANOVA de comparació de mitjanes.**

(1)

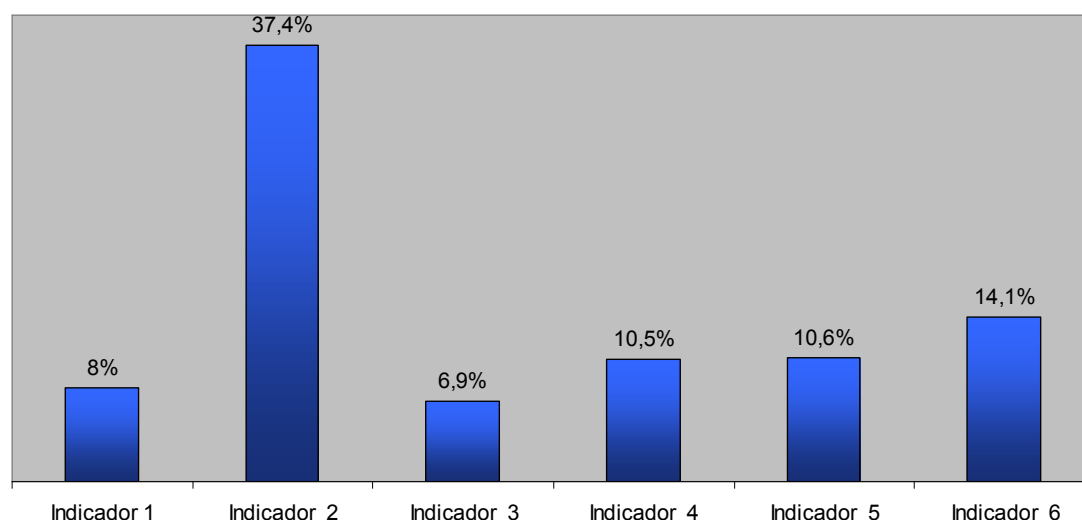
MITJANA (D.T.)						
Indicador (1)	1	2	3	4	5	6
Sexe	<b>n = 181</b>	<b>n = 183</b>	<b>n = 181</b>	<b>n = 183</b>	<b>n = 181</b>	<b>n = 183</b>
Home	<b>3,24</b> (1,60)	<b>4,36</b> (1,67)	<b>2,98</b> (1,46)	<b>3,96</b> (1,34)	<b>3,88</b> (1,47)	<b>2,94</b> (1,61)
Dona	<b>3,08</b> (1,48)	<b>4,61</b> (1,52)	<b>2,76</b> (1,47)	<b>3,62</b> (1,56)	<b>3,95</b> (1,34)	<b>3,53</b> (1,61)
	t=0,65	t=-0,96	t=0,92	t=1,34	t=-0,32	<b>t=-2,20</b>
	p=0,15	p=0,34	p=0,36	p=0,18	p=0,75	<b>p=0,03</b>
Grup d'edat	<b>n = 180</b>	<b>n = 182</b>	<b>n = 180</b>	<b>n = 182</b>	<b>n = 180</b>	<b>n = 182</b>
< 30 anys	<b>2,69</b> (1,40)	<b>4,06</b> (1,84)	<b>2,63</b> (1,50)	<b>4,00</b> (1,32)	<b>3,50</b> (1,72)	<b>4,38</b> (1,71)
31 - 40 anys	<b>2,98</b> (1,51)	<b>4,52</b> (1,68)	<b>2,44</b> (1,22)	<b>3,30</b> (1,63)	<b>3,87</b> (1,29)	<b>2,87</b> (1,56)
41 - 50 anys	<b>3,13</b> (1,44)	<b>4,63</b> (1,47)	<b>2,78</b> (1,45)	<b>3,81</b> (1,47)	<b>4,09</b> (1,15)	<b>3,02</b> (1,42)
51 - 60 anys	<b>3,22</b> (1,60)	<b>4,42</b> (1,56)	<b>3,03</b> (1,59)	<b>3,89</b> (1,47)	<b>3,98</b> (1,50)	<b>3,73</b> (1,72)
> 60 anys	<b>4,00</b> (2,83)	<b>5,00</b> (1,41)	<b>4,50</b> (2,12)	<b>3,00</b> (2,83)	<b>3,50</b> (2,12)	<b>4,00</b> (0,00)
	F <sub>(4,175)</sub> =0,64	F <sub>(4,177)</sub> =0,48	F <sub>(4,175)</sub> =1,81	F <sub>(4,177)</sub> =1,38	F <sub>(4,175)</sub> =0,67	<b>F<sub>(4,177)</sub>=4,32</b>
	p=0,63	p=0,75	p=0,13	p=0,24	p=0,61	<b>P&lt;0,0005</b>
Professió	<b>n = 186</b>	<b>n = 188</b>	<b>n = 186</b>	<b>n = 188</b>	<b>n = 186</b>	<b>n = 188</b>
Metge/ssa	<b>3,13</b> (1,47)	<b>4,63</b> (1,58)	<b>2,81</b> (1,41)	<b>3,63</b> (1,48)	<b>3,96</b> (1,33)	<b>3,08</b> (1,61)
Infermer/a	<b>2,99</b> (1,53)	<b>4,47</b> (1,56)	<b>2,74</b> (1,49)	<b>3,72</b> (1,55)	<b>3,84</b> (1,45)	<b>3,61</b> (1,62)
	t=0,65	t=0,66	t=0,34	t=-4,43	t=0,55	<b>t=-2,25</b>
	p=0,51	p=0,51	p=0,74	p=0,67	p=0,58	<b>p=0,02</b>
Situació laboral	<b>n = 188</b>	<b>n = 190</b>	<b>n = 188</b>	<b>n = 190</b>	<b>n = 188</b>	<b>n = 190</b>
Públic fix	<b>3,09</b> (1,35)	<b>4,52</b> (1,51)	<b>2,94</b> (1,56)	<b>3,76</b> (1,49)	<b>3,89</b> (1,40)	<b>3,18</b> (1,56)
Públic interí	<b>3,11</b> (1,76)	<b>4,63</b> (1,57)	<b>2,38</b> (1,19)	<b>3,65</b> (1,65)	<b>4,02</b> (1,25)	<b>3,59</b> (1,65)
Públic temporal	<b>3,00</b> (1,87)	<b>4,38</b> (1,96)	<b>2,76</b> (1,26)	<b>3,68</b> (1,43)	<b>3,67</b> (1,62)	<b>3,81</b> (1,89)
	F <sub>(2,185)</sub> =0,04	F <sub>(2,187)</sub> =0,19	F <sub>(2,185)</sub> =2,50	F <sub>(2,187)</sub> =0,59	F <sub>(2,185)</sub> =0,47	F <sub>(2,187)</sub> =2,02
	p=0,96	p=0,83	p=0,08	p=0,55	p=0,62	p=0,13

1. Considerar que l'estil de vida és un assumpte personal.
2. Sobrecàrrega assistencial.
3. Considerar que l'estil de vida no es troba dins les funcions del professional de la salut.
4. Falta de motivació.
5. Formació inadequada.
6. Incapacitat de les persones per canviar d'hàbits.

Els resultats de la prova t de comparació de dues mitjanes independents indica que s'observen diferències significatives per raó de sexe quant a la valoració que es fa de la influència de l'indicador "incapacitat de les persones per canviar d'hàbits", essent les dones les que consideren en major mesura que aquest aspecte té més importància en la no realització de l'educació per a la salut en Atenció Primària, donat que la mitjana d'elles és més elevada. També s'observen diferències significatives en aquest indicador per raó de professió essent els infermers/es els que consideren aquest factor com a més rellevant, ja que presenten una mitjana superior a la dels metges/ses.

L'anàlisi de la variància no detecta diferències significatives segons la situació laboral dels participants, però sí segons el grup d'edat i també en l'indicador referent a la incapacitat de les persones per canviar d'hàbits. D'acord amb els contrastos de Scheffé, els participants de fins a 30 anys tenen una mitjana significativament més elevada que els de 31 a 40 anys ( $p=0,03$ ) però només tendeix a la significació estadística respecte al grup d'edat de 41 a 50 ( $p=0,06$ ). No s'observen diferències significatives entre la resta dels grups d'edat.

A la Figura 8.3.2.1 es presenta el percentatge de participants que han valorat com a més important cada un dels sis indicadors que han estat considerats obstacles per a la implementació de programes de promoció de la salut. Tal i com es pot comprovar, l'indicador que un major percentatge dels participants considera com a més obstaculitzant és la sobrecàrrega assistencial, amb una gran diferència respecte a la resta. Per contrapartida, l'indicador que menys professionals han considerat com a més rellevant és el que fa referència a la consideració que l'estil de vida no es troba dins de les seves funcions.



**Figura 8.3.2.1. Percentatge de participants que han donat màxima importància als diferents indicadors pel que fa a la seva influència en la no realització de l'educació de la salut en atenció primària.**

Indicador 1. Considerar que l'estil de vida és un assumpte personal.

Indicador 2. Sobrecàrrega assistencial.

Indicador 3. Considerar que l'estil de vida no es troba dins les funcions del professional de la salut.

Indicador 4. Falta de motivació.

Indicador 5. Formació inadequada.

Indicador 6. Incapacitat de les persones per canviar d'hàbits.

### 8.3.3. Activitats de prevenció realitzades.

En aquest apartat es presenten els resultats relacionats amb les activitats preventives dutes a terme pels professionals en la seva tasca al si dels centres de salut.

S'ha procedit a analitzar segons el sexe les respostes que els professionals de la salut han donat en relació a la dificultat que consideren que comporta dur a terme cinc activitats de promoció de la salut en el consum de substàncies, com ara: recollir informació sobre el consum de substàncies, recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies, definir les necessitats de canvi en un pacient consumidor de substàncies, dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient, i seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies.

**Taula 8.3.3.1. Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies segons el sexe i resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies	SEXE		Prova t Sig. P
	Mitjana (D.T.)		
	Home	Dona	
Recollir informació sobre el consum de substàncies.	<b>5,06</b> (2,24)	<b>5,01</b> (2,77)	t=0,10 p=0,92
Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies.	<b>5,45</b> (2,01)	<b>5,85</b> (2,42)	t=-1,03 p=0,31
Definir les necessitats de canvi per un pacient consumidor de substàncies.	<b>5,68</b> (2,06)	<b>6,19</b> (2,22)	t=-1,42 p=0,16
Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient.	<b>5,60</b> (2,28)	<b>6,50</b> (2,37)	<b>t=-2,32 p=0,02</b>
Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies.	<b>5,04</b> (2,59)	<b>5,93</b> (2,64)	<b>t=-2,05 p=0,04</b>

A la Taula 8.3.3.1 es presenten les mitjanes i les desviacions típiques de la dificultat que perceben els participants per aplicar aquestes cinc activitats de la prevenció del consum de substàncies segons el sexe. D'acord amb els resultats de la prova t de comparació de mitjanes independents s'observen diferències significatives per raó de sexe en les dificultats que es perceben quant a la dificultat de dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient, atès que la mitjana de les dones és més elevada que la dels homes. Les diferències també són estadísticament significatives en la dificultat que implica seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies, essent novament les dones les que tenen una mitjana més elevada que els homes.

**Taula 8.3.3.2. Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats dirigides a la prevenció del consum de substàncies segons el grup d'edat i resultats de l'ANOVA.**

Activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies	GRUP D'EDAT					ANOVA Sig. p
	Mitjana (D.T.)					
	-->30	31-40	41-50	51-60	>60	
Recollir informació sobre el consum de substàncies.	<b>4,80</b> (2,91)	<b>4,43</b> (2,70)	<b>5,76</b> (2,09)	<b>5,02</b> (2,68)	<b>1,50</b> (2,12)	$F_{(4,178)}=2,77$ <b>p=0,03</b>
Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies.	<b>6,44</b> (2,10)	<b>5,22</b> (2,61)	<b>6,24</b> (1,94)	<b>5,64</b> (2,32)	<b>3,00</b> (2,83)	$F_{(4,179)}=2,38$ <b>p=0,05</b>
Definir les necessitats de canvi per un pacient consumidor de substàncies.	<b>6,50</b> (2,12)	<b>6,06</b> (2,12)	<b>5,96</b> (2,08)	<b>6,06</b> (2,36)	<b>3,00</b> (2,83)	$F_{(4,180)}=1,14$ <b>p=0,34</b>
Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient.	<b>6,94</b> (2,11)	<b>6,49</b> (2,25)	<b>6,09</b> (2,20)	<b>6,21</b> (2,60)	<b>3,50</b> (4,95)	$F_{(4,180)}=1,17$ <b>p=0,32</b>
Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies.	<b>5,63</b> (2,80)	<b>5,70</b> (2,25)	<b>5,28</b> (2,58)	<b>5,89</b> (2,88)	<b>4,00</b> (5,66)	$F_{(4,180)}=0,59$ <b>p=0,67</b>

Els resultats segons el grup d'edat es presenten a la Taula 8.3.3.2. L'anàlisi de la variància ens indica que hi ha diferències per raó d'edat en la dificultat que perceben els participants a l'hora de recollir informació sobre el consum de substàncies i sobre les creences dels pacients respecte al consum. En el primer cas, són els participants d'entre 41 i 50 anys els que tenen una mitjana més elevada, seguit dels que tenen entre 51 i 60 anys. Pel que fa a la recollida de les creences dels pacients, són els professionals més joves, de fins a 30 anys, els que ho consideren més difícil, seguit dels professionals amb edats compreses entre 41 i 50 anys. No obstant, la prova de contrastos de Scheffé no detecta diferències significatives entre els diversos grups.

**Taula 8.3.3.3. Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies segons la professió i resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies	PROFESSIÓ Mitjana (D.T.)		Prova t Sig. p
	Metge/ssa	Infermer/a	
Recollir informació sobre el consum de substàncies.	<b>4,95</b> (2,48)	<b>5,09</b> (2,75)	t=-3,39 p=0,70
Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies.	<b>5,79</b> (2,14)	<b>5,77</b> (2,48)	t=0,07 p=0,94
Definir les necessitats de canvi per un pacient consumidor de substàncies.	<b>5,80</b> (2,17)	<b>6,27</b> (2,18)	t=-1,48 p=0,14
Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient.	<b>6,02</b> (2,32)	<b>6,52</b> (2,35)	t=-1,46 p=0,15
Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies.	<b>5,48</b> (2,62)	<b>5,83</b> (2,62)	t=-9,22 p=0,36

A la Taula 8.3.3.3 es presenten les mitjanes i desviacions típiques del grau de dificultat que perceben els participants en l'aplicació d'activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies segons la professió. Tal i com es pot apreciar, la prova t de comparació de mitjanes no detecta diferències significatives per raó d'aquesta variable.

**Taula 8.3.3.4. Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies segons la situació laboral i resultats de l'ANOVA.**

Activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies	SITUACIÓ LABORAL			ANOVA Sig. p
	Fix	Interí	Temporal	
Recollir informació sobre el consum de substàncies.	<b>5,19</b> (2,62)	<b>4,78</b> (2,69)	<b>4,38</b> (2,54)	$F_{(2,188)}=1,08$ p=0,34
Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies.	<b>5,78</b> (2,38)	<b>5,83</b> (2,33)	<b>5,50</b> (2,11)	$F_{(2,189)}=0,14$ p=0,86
Definir les necessitats de canvi per un pacient consumidor de substàncies.	<b>6,02</b> (2,27)	<b>6,22</b> (2,05)	<b>5,76</b> (2,25)	$F_{(2,190)}=0,31$ p=0,73
Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient.	<b>6,06</b> (2,46)	<b>6,74</b> (2,28)	<b>6,38</b> (2,06)	$F_{(2,190)}=1,39$ p=0,25
Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies.	<b>5,56</b> (2,76)	<b>6,15</b> (2,59)	<b>5,14</b> (2,01)	$F_{(2,188)}=1,29$ p=0,28

La Taula 8.3.3.4 mostra les mitjanes i desviacions típiques de la mesura en què els participants consideren que els resulta difícil aplicar les diferents activitats encaminades a la prevenció del consum de drogues segons la situació laboral. L'anàlisi de la variància indica que no hi ha diferències significatives en aquesta variable segons la situació laboral dels professionals.

## 8.4. ACTIVITATS PREVENTIVES I CONSUM DE SUBSTÀNCIES: TABAC, ALCOHOL I CÀNNABIS

### 8.4.1. Prevenció del consum de tabac

A la Taula 8.4.1.1 es presenta la distribució dels participants segons la freqüència amb què duen a terme activitats relacionades amb el consum de tabac.



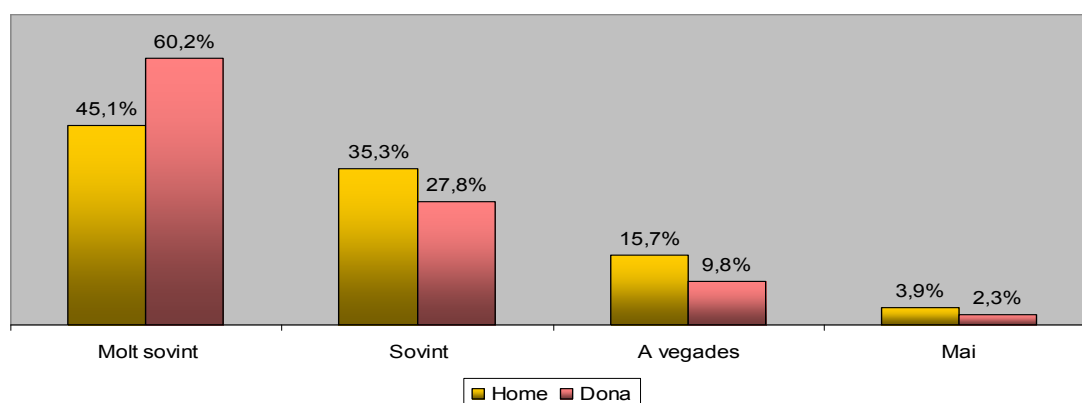
**Taula 8.4.1.1. Distribució de participants segons la freqüència amb què realitzen activitats preventives del consum de tabac.**

<b>INSTRUMENTS D'AVALUACIÓ DEL TABAC</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)	192	55,2%	30,7%	10,9%	3,1%
Test de Fagerström	105	29,7%	38,4%	21,1%	10,8%
Qüestionari de Richmond	182	18,1%	26,4%	29,7%	25,8%
Qüestionari per a les etapes del canvi segons el model Transteòric de Prochaska i DiClemente	182	3,3%	4,4%	35,2%	57,1%
<b>PROGRAMES DE CANVI PER CONSUMIDORS</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<i>A la persona sense intenció de canvi</i>					
Li dona consell breu i específic d'abandonament del tabac.	189	49,7%	29,6%	17,5%	3,2%
Li lliura informació de les conseqüències adverses del consum de tabac sobre la salut.	185	24,9%	29,2%	38,9%	7%
Seguiment: pregunta pel consum almenys una vegada a l'any	188	51,6%	37,8%	9%	1,6%
<i>A la persona amb intenció de canvi</i>					
Li ofereix consell i ajuda per deixar de fumar.	185	58,9%	34,6%	5,9%	0,5%
Li ofereix seguiment i suport durant el procés de deshabitació	187	54%	37,4%	6,4%	2,1%
L'informa que hi han procediments efectius per abandonar el consum de tabac com ara: tractament farmacològic i teràpia psicològica.	189	63,5%	29,6%	3,7%	3,2%
L'informa dels recursos assistencials per ajudar-lo a abandonar el tabac com són: les unitats de tabaquisme que es disposen en el mateix centre d'atenció primària, a l'hospital o centres d'atenció a les drogo dependències.	189	52,9%	27,5%	12,7%	6,9%
Seguiment: programa visites periòdiques	146	49,3%	39%	7,5%	4,1%
<b>PREVENCIÓ PRIMÀRIA DEL TABAQUISME</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Realitza activitats informatives i de sensibilització a la comunitat sobre el consum de tabac.	189	11,1%	11,6%	32,8%	44,4%
Participa en campanyes preventives dirigides a reduir la iniciació del tabaquisme.	109	7,9%	6,3%	30,7%	55%
Participa en accions concretes com ara: dia mundial sense tabac.	187	5,9%	4,3%	17,1%	72,7%
Participa de les accions legislatives que potencien la creació d'espais favorables a la vida sense fum de tabac, especialment en els àmbits i espais d'ús comú (pòsters, rètols de prohibició).	188	18,1%	25,5%	15,4%	41%
Realitza consell antitabàquic sistemàtic a la població atesa a la seva consulta.	188	51,1%	36,7%	4,8%	7,4%
<b>TASQUES PREVENTIVES EXTERNES</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Impulsa programes comunitaris coordinats entre diferents institucions, educadors de carrer, centres d'ensenyament, associacions.	188	3,2%	8%	23,9%	64,9%
Treballa coordinadament amb institucions en el disseny de estratègies comunes per evitar l'inici del consum de tabac (escoles, instituts, àmbits de treball).	190	3,7%	8,9%	21,6%	65,8%
Desenvolupa recerca sobre aquesta problemàtica de salut, per a poder conèixer millor la realitat de la situació i avaluar l'efectivitat real de les mesures emprades.	189	1,6%	4,2%	16,4%	77,8%

L'instrument d'avaluació utilitzat amb més freqüència és el programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS). La resta d'instruments es fa servir molt menys.

És destacable que totes les activitats relacionades amb programes de canvi per a consumidors es duen a terme molt sovint per més del 50% dels participants, llevat del lliurament d'informació sobre les conseqüències adverses del tabac a les persones sense intenció de canvi.

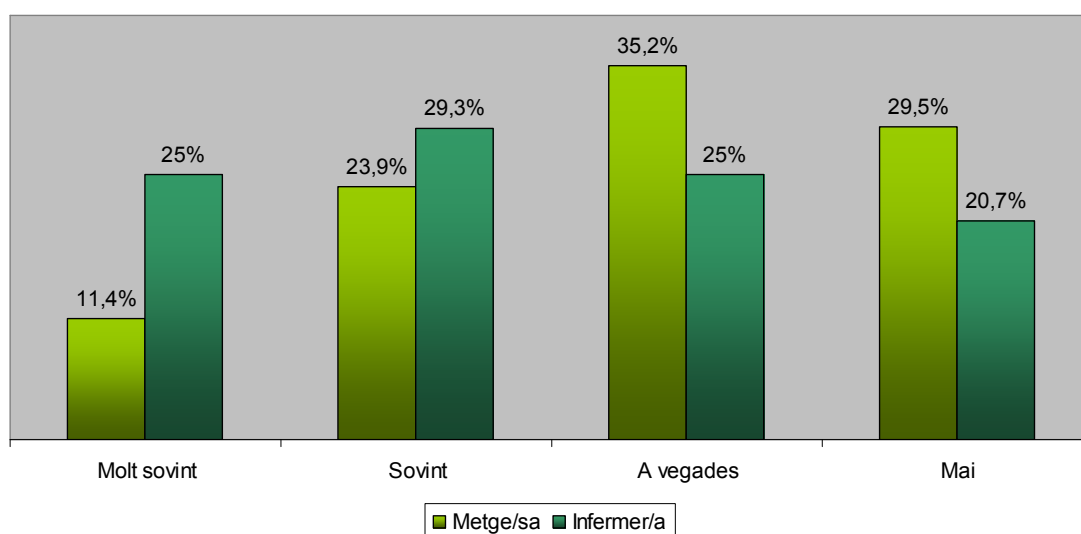
En relació amb les activitats de prevenció primària, només el consell antitabàquic sistemàtic a la població atesa a la consulta es realitza per la majoria dels professionals amb molta regularitat. La resta de les activitats es fan amb molta menys freqüència. Sobre les tasques preventives externes, la gran majoria dels participants informen no fer-ne mai. Les respostes que han donat els participants a les preguntes referides a la freqüència d'ús de les activitats adreçades al consum de tabac han estat comparades per raó de sexe amb la prova U de Mann-Whitney, i únicament es tendeix a la significació estadística en la pregunta sobre l'ús de programes d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS) ( $Z = -1,91$   $P = 0,056$ ), en el sentit que les dones utilitzen molt sovint aquesta activitat, ja que més de la meitat de les participants ho fan, tal i com es pot apreciar a la Figura 8.4.1.1.



**Figura 8.4.1.1. Distribució de participants segons la freqüència d'ús dels programes d'activitats preventives i de promoció de la salut en relació al consum de tabac i el sexe.**

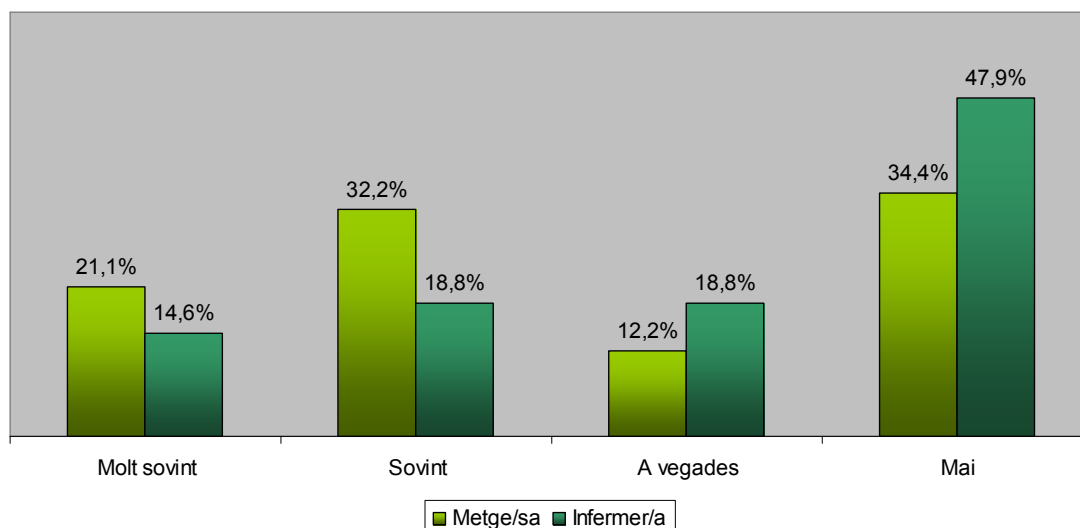
En comparar la freqüència de realització de les activitats respecte al consum de tabac segons el grup d'edat dels participants, amb la prova de Kuskal-Wallis, no s'han observat diferències significatives ( $p > 0,05$ ).

Amb la prova no paramètrica U de Mann-Whitney s'han comparat les respostes donades pels participants per raó de professió. Es detecten diferències significatives en el cas de l'aplicació del qüestionari Richmond ( $Z = -2,62$   $P = 0,01$ ) en el sentit que els infermers/es utilitzen amb major freqüència aquest test (*molt sovint* i *sovint*) mentre que un major percentatge de metges/ses ho fa *a vegades* o *mai*, com es pot observar a la Figura 8.4.1.2.



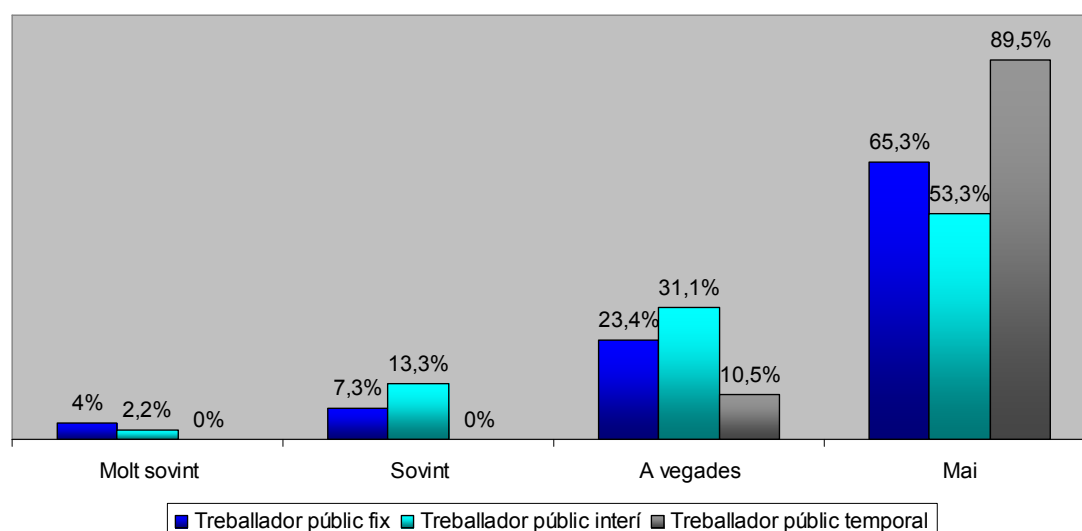
**Figura 8.4.1.2. Distribució de participants segons la freqüència d'ús del test de Richmond i la professió.**

També s'han observat diferències significatives segons la professió en la participació en accions legislatives que potencien la creació d'espais favorables a la vida sense fum de tabac, especialment en els àmbits i espais d'ús comú ( $Z = -2,31$   $P = 0,02$ ), essent els metges/ses els que hi participen amb major regularitat (*molt sovint* i *sovint*) mentre que quasi la meitat dels infermers/es informen no fer-ho mai, tal i com es pot apreciar a la Figura 8.4.1.3.



**Figura 8.4.1.3. Distribució de participants segons la freqüència de participació en accions legislatives dirigides a la vida sense fum i professió.**

En dur a terme la comparació de les respostes donades sobre les activitats relacionades amb el tabac i la situació laboral mitjançant l'aplicació de la prova de Kruskal-Wallis, s'han detectat diferències significatives pel que fa a la freqüència d'aplicació només en l'assiduïtat amb la qual els participants impulsen programes comunitaris coordinats entre diferents institucions ( $\chi^2_{(2)}=7,80$   $P=0,02$ ). D'altra banda, a través de la prova no paramètrica U de Mann-Whitney s'aprecia que els treballadors fixos realitzen amb major assiduïtat aquest tipus de programes que no pas els treballadors de caràcter temporal ( $Z=-2,17$   $P=0,03$ ). De la mateixa manera, els interins també participen amb major regularitat en l'impuls d'aquestes activitats coordinades que no pas els treballadors contractats temporalment ( $Z=-2,79$   $P=0,005$ ). No s'observen diferències significatives entre els de caràcter fix i els treballadors interins ( $Z=-1,35$   $P=0,18$ ) pel que fa a la freqüència de realització d'aquesta activitat (veure Figura 8.4.1.4).



**Figura 8.4.1.4. Distribució de participants segons la freqüència amb què els participants impulsen programes comunitaris coordinats i la seva situació laboral.**

#### 8.4.2. Prevenció del consum d'alcohol.

La distribució de participants relacionada amb la regularitat amb què es duen a terme activitats adreçades a prevenir el consum d'alcohol per part dels participants es presenta a la Taula 8.4.2.1.

**Taula 8.4.2.1. Distribució de participants segons la freqüència amb què realitzen activitats preventives del consum d'alcohol.**

<b>INSTRUMENTS D'AVALUACIÓ DE L'ALCOHOL</b>	n	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)	188	60,1%	28,2%	8,5%	3,2%
Interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics (ISCA)	186	50,5%	28,5%	9,7%	11,3%
Qüestionari Audit	179	10,1%	11,2%	25,1%	53,6%
Qüestionari Cage	185	20,5%	24,3%	20,5%	34,6%
Qüestionari de Malt	177	5,6%	8,5%	24,5%	61,6%
Qüestionari per a les etapes del canvi segons el model Transteòric de Prochaska i DiClemente	179	3,4%	5,6%	21,2%	69,8%
<b>PROGRAMES DE CANVI PER CONSUMIDORS</b>	n	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
A la persona sense intenció de canvi					
A les persones no bevedores o bevedors lleugers (20 grams les dones o 40 grams els homes) d'alcohol pur al dia, li dóna consell breu i específic.	188	33%	28,2%	26,6%	12,2%
A les persones que presenten un consum de risc > 20 grams les dones o > 40 grams els homes, li aconsella una reducció de consum.	188	50,5%	30,9%	13,3%	5,3%
A les persones que presenten un consum perjudicial amb patologia derivada però sense dependència, li aconsella que modifiqui aquest hàbit que li perjudica	189	64,6%	25,4%	5,3%	4,8%

<b>la salut i li ofereix tractament reparador.</b>					
A les persones que presenten dependència li ofereix consell adreçat a la deshabituació i tractament específic.	188	58%	28,7%	6,9%	6,4%
En tots els casos lliura material específic per pacients inclòs en el programa “beveu menys” o altres	186	19,4%	22,6%	36%	22%
Seguiment: Pregunta pel consum com a mínim una vegada a l’any.	188	56,4%	34,6%	5,3%	3,7%
<b>A la persona amb intenció de canvi</b>					
Li ofereix consell i ajuda per deixar de beure.	177	68,9%	22,6%	4,5%	4%
Li ofereix seguiment i suport durant el procés de deshabituació	187	63,1%	27,3%	4,8%	4,8%
L’informa que hi ha procediments efectius per abandonar el consum d’alcohol com ara: tractament farmacològic i teràpia psicològica.	188	60,6%	30,9%	4,8%	3,7%
L’informa dels recursos assistencials per ajudar-lo a abandonar el consum d’alcohol com són: les unitats de deshabituació en centres especialitzats, a l’hospital o centres d’atenció a les drogodependències.	188	59%	30,3%	6,4%	4,3%
Seguiment: programa visites periòdiques	142	53,5%	29,6%	10,6%	6,3%
<b>PREVENCIÓ PRIMÀRIA CONSUM D’ALCOHOL</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Realitza activitats informatives i de sensibilització a la comunitat sobre el consum de d’alcohol	190	3,7%	10,5%	27,4%	58,4%
Participa en campanyes preventives adreçades a reduir la iniciació del consum d’alcohol.	189	0,5%	6,9%	27%	65,6%
Participa en Programes educatius que permetin: Modificar la percepció de normalitat del consum. Modificar les actituds de pro-consum. Modificar la percepció normativa del grup i creences errònies de l’ús d’ alcohol.	189	2,1%	4,8%	25,9%	67,2%
Participa en accions concretes com ara: el dia mundial sense alcohol.	189	1,1%	2,6%	8,5%	87,8%
Recolza les accions legislatives com: Disminuir l’accessibilitat i disponibilitat. Control de l’oferta, lleis de regulació de la venda i de la publicitat.	188	20,2%	28,2%	11,2%	40,4%
Realitza consell sistemàtic a la població atesa a la seva consulta.	190	45,8%	30,5%	8,4%	15,3%
<b>TASQUES PREVENTIVES EXTERNES</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Impulsa programes comunitaris coordinats entre diferents institucions, educadors de carrer, centres d’ensenyament, associacions	189	1,6%	3,2%	25,9%	69,3%
Treballa coordinadament amb institucions en el disseny de estratègies comunes per evitar l’inici del consum de tabac (escoles, instituts, àmbits de treball).	190	1,6%	3,7%	23,2%	71,6%
Desenvolupa recerca sobre aquesta problemàtica de salut, per a poder conèixer millor la realitat de la situació i avaluar l’efectivitat real de les mesures emprades.	188	0%	1,6%	20,7%	77,7%

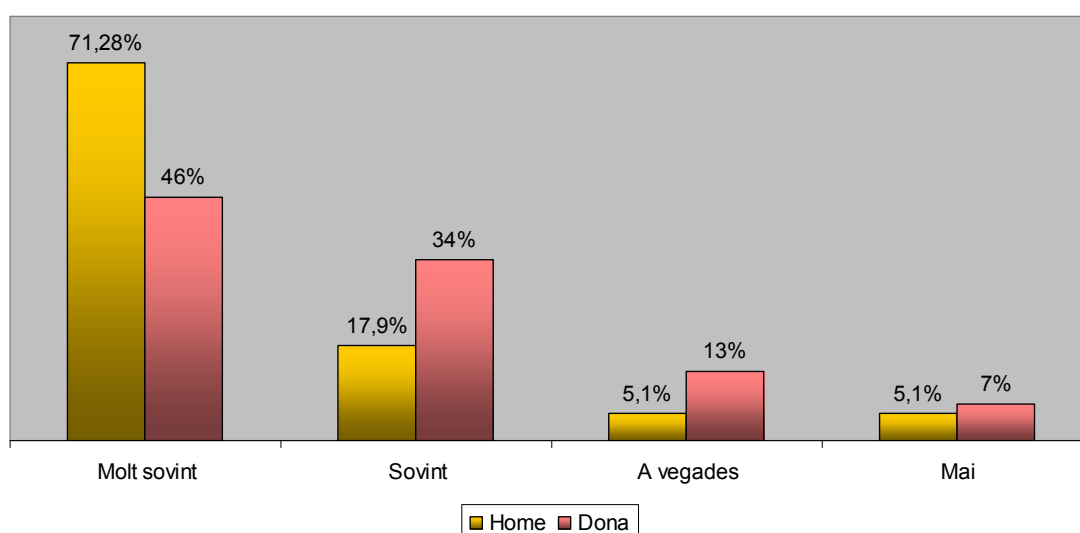
Els instruments d’avaluació que es fan servir amb més freqüència són els programes d’activitats preventives (PAPPS) i de promoció de la salut, i sovint l’interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics (ISCA).

En relació a les activitats relacionades amb programes de canvi per a consumidors, moltes d’elles es duen a terme amb molta freqüència (més del 50% dels participants),

llevat del lliurament de material específic, com ara el programa “beure menys” i el donar consell breu i específic a persones no bevedores o a bevedors lleugers.

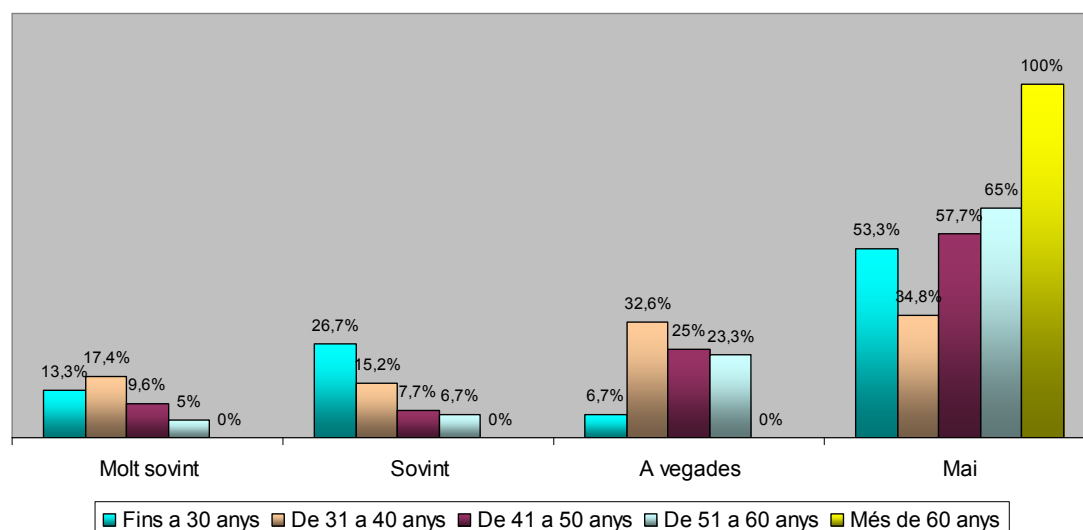
En relació a les activitats de prevenció primària, només el consell sistemàtic a la població atesa a la consulta es realitza amb regularitat (si tenim en compte els que ho fan molt sovint i sovint) per la majoria dels professionals. La resta de les activitats es realitzen amb molt poca freqüència. De fet, en gairebé totes les tasques (llevat del recolzament a accions legislatives), la majoria dels participants informen no fer-ho mai. Pel que fa a les tasques preventives externes, les persones que ho fan a vegades i els que no ho fan mai, suposen més d'un 90% dels professionals.

Les respostes que s'han donat en relació a la freqüència de realització per part dels participants en les activitats adreçades al consum d'alcohol han estat comparades per raó de sexe amb la prova U de Mann-Whitney. Només s'han trobat diferències significatives en la freqüència en que es duu a terme el seguiment amb programació de visites periòdiques amb aquelles persones amb intenció de canvi ( $Z = -2,58$   $P = 0,01$ ) en el sentit que són els homes els que duen a terme amb major freqüència aquesta activitat adreçada al tractament del consum d'alcohol, tal i com es pot observar a la Figura 8.4.2.1.



**Figura 8.4.2.1. Distribució de participants segons la freqüència de realització de seguiment i visites periòdiques i el sexe.**

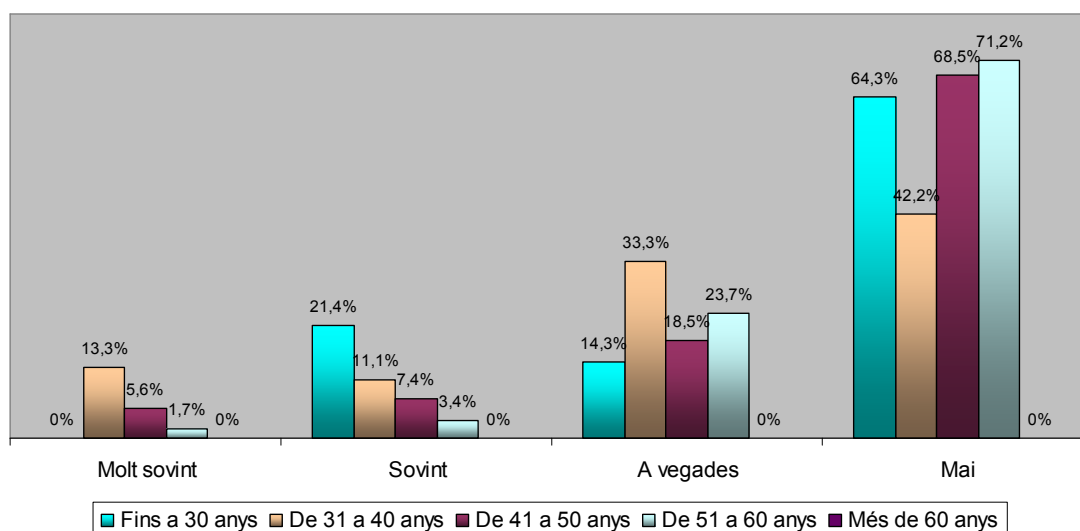
Per tal de comparar les respostes donades dels participants quant a la freqüència de realització d'activitats associades al consum d'alcohol per grups d'edat, s'ha aplicat la prova de Kruskal-Wallis i s'han observat diferències significatives en: la freqüència d'aplicació del qüestionari Audit ( $\chi^2_{(4)}=12,37$  P=0,01); la d'administració del qüestionari Malt ( $\chi^2_{(3)}=12,06$  P=0,01); la regularitat amb què els participants ofereixen consell adreçat a la deshabitució i al tractament específic a les persones que presenten dependència i que no tenen intenció de canvi ( $\chi^2_{(4)}=12,48$  P=0,01); la regularitat amb què s'ofereix consell i ajuda per deixar de beure a les persones amb intenció de canvi ( $\chi^2_{(4)}=9,82$  P=0,04); la freqüència amb què informen dels recursos assistencials per ajudar a abandonar el consum d'alcohol ( $\chi^2_{(4)}=11,67$  P=0,02); la regularitat amb què realitzen seguiment i visites periòdiques ( $\chi^2_{(4)}=18,15$  P=0,001); i el grau amb què participen en accions legislatives, com ara disminuir l'accessibilitat i la disponibilitat o controlar l'oferta, i les lleis de regulació de la venda i publicitat de l'alcohol ( $\chi^2_{(4)}=13,16$  P=0,01). A les Figures 8.4.2.2 a 8.4.2.8 es presenten les distribucions dels participants segons la resposta a aquestes qüestions i el grup d'edat.



**Figura 8.4.2.2. Distribució dels participants segons la freqüència d'aplicació del qüestionari Audit i el grup d'edat.**

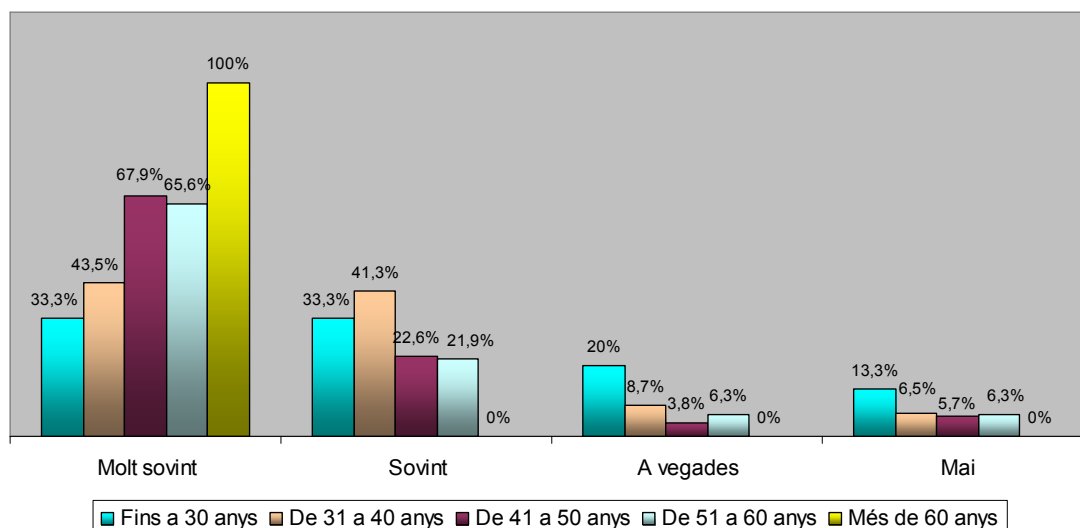


En el cas de la freqüència amb què els professionals apliquen el qüestionari Audit a aquells pacients que no presenten intenció de canvi es pot apreciar, a partir de la prova no paramètrica U de Mann-Whitney, que els participants amb edats compreses entre els 31 i 40 anys administren amb major freqüència el qüestionari que els participants amb edats entre els 41 i 50 ( $Z = -2,31$   $P = 0,02$ ). També el grup d'entre 31 i 40 anys aplica amb major regularitat aquesta eina de treball en comparació amb el grup entre 51 i 60 anys ( $Z = -3,31$   $P = 0,001$ ). Les diferències no són significatives entre els altres grups d'edat.



**Figura 8.4.2.3. Distribució dels participants segons la freqüència d'aplicació del qüestionari Malt i el grup d'edat.**

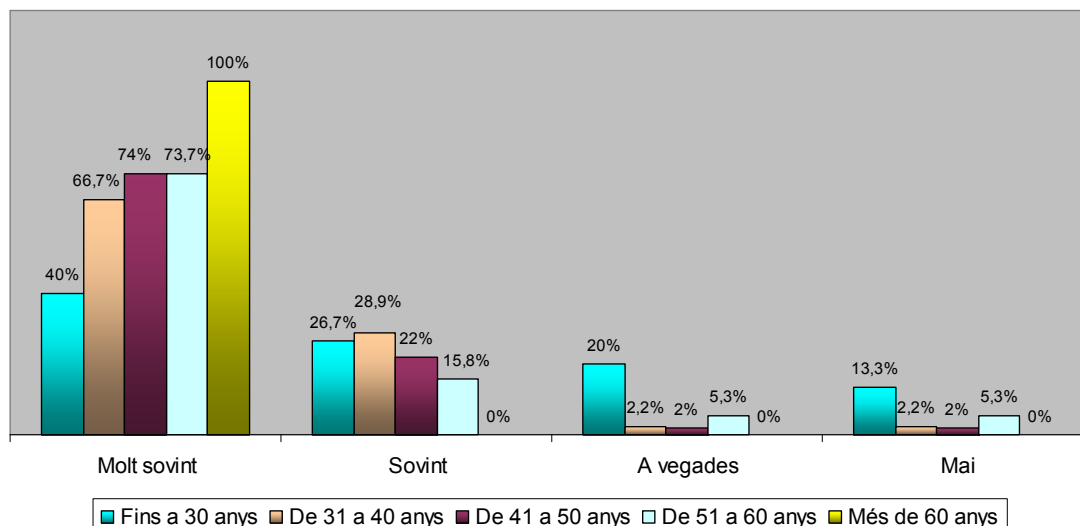
En comparar les respostes dels participants sobre l'aplicació del qüestionari Malt segons el grup d'edat (veure Figura 8.4.2.3), la prova U de Mann-Whitney indica que els professionals participants amb edats entre 31 i 40 anys apliquen amb major freqüència aquest qüestionari als pacients sense intenció de canvi que aquells participants amb edats compreses entre els 41 i 50 ( $Z = -2,56$   $P = 0,01$ ). De la mateixa manera, els participants d'entre 31 i 40 anys apliquen aquesta prova amb major assiduitat que els participants de 51 a 60 anys ( $Z = -2,30$   $P = 0,001$ ). En els altres grups d'edat les diferències no arriben a la significació estadística.



**Figura 8.4.2.4. Distribució dels participants segons la freqüència amb què ofereixen consell adreçat a la deshabitució i al tractament específic del alcohol i el grup d'edat.**

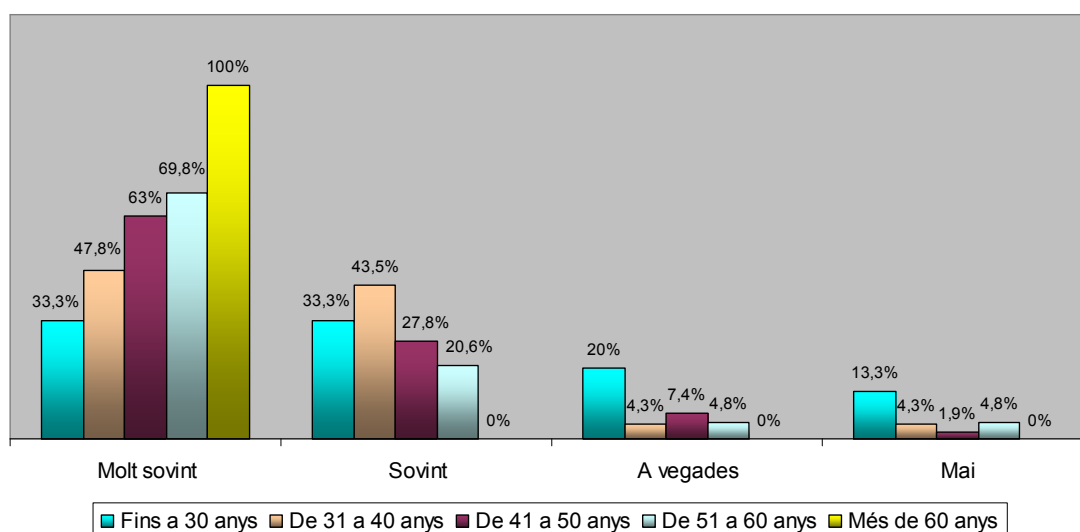
En relació a la regularitat amb què els participants ofereixen consell adreçat a la deshabitució i al tractament específic a les persones que presenten dependència i no tenen intenció de canvi, segons el grup d'edat al qual pertanyen els participants (Figura 8.4.2.4), els resultats de la prova U de Mann-Whitney indiquen que aquells participants amb una edat inferior o igual a 30 anys duen a terme aquesta activitat amb més freqüència que aquells participants inclosos dins la franja d'edat de 41 a 50 ( $Z = -2,58$   $P = 0,01$ ) i els d'edat compreses entre els 51 i 60 anys ( $Z = -2,39$   $P = 0,02$ ).

D'altra banda, els participants pertanyents a la franja d'edat que oscil·la dels 41 a 50 duen a terme aquesta pràctica més freqüentment que els participants de 31 a 40 anys ( $Z = 2,29$   $P = 0,02$ ). De la mateixa manera, els participants que tenen entre 51 i 60 anys ofereixen consell amb més regularitat que no pas aquells que tenen entre 31 i 40 anys ( $Z = -2,02$   $P = 0,04$ ).



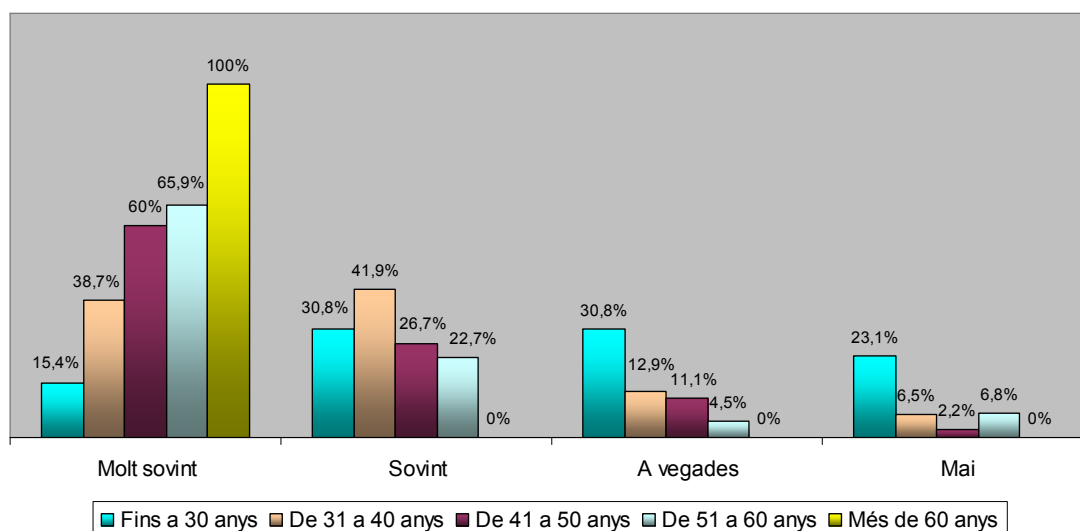
**Figura 8.4.2.5. Distribució dels participants segons la freqüència amb què ofereixen consell i ajuda per deixar de beure alcohol i el grup d'edat.**

Pel que fa a la regularitat amb què s'ofereix consell i ajuda per deixar de beure a aquelles persones amb intenció de canvi segons el grup d'edat dels participants (Figura 8.4.2.5), s'observen diferències significatives entre els grups de 31 a 40, de 41 a 50 i de 51 a 60 anys en comparació amb les respostes donades pels participants de fins a 30 anys ( $Z = -2,31$   $P = 0,02$   $Z = -2,80$   $P = 0,005$  i  $Z = -2,54$   $P = 0,01$  respectivament), en el sentit que els participants entre 31 i 60 anys informen una major freqüència de consell als pacients que volen canviar el seu hàbit en comparació amb el grup de participants més jove.



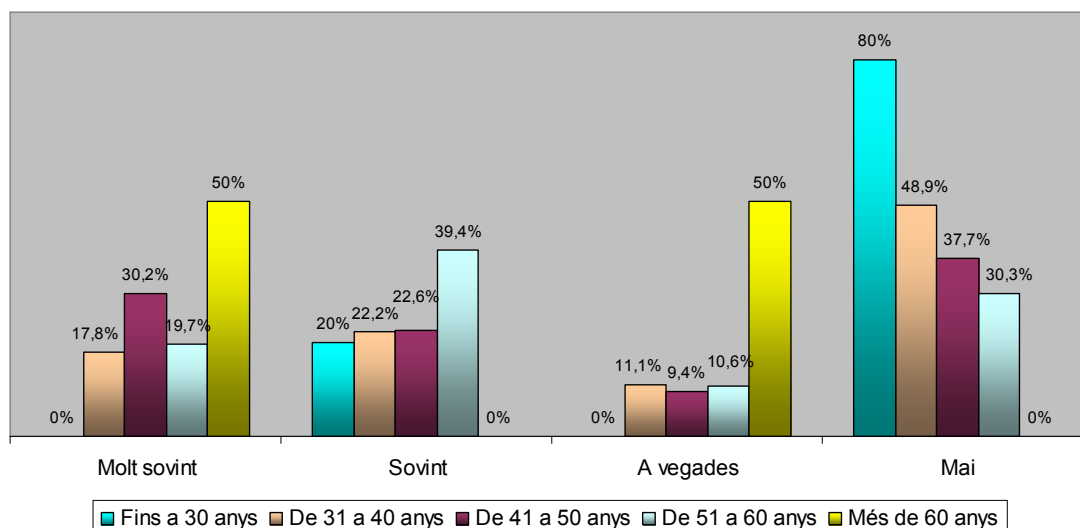
**Figura 8.4.2.6. Distribució dels participants segons la freqüència amb què informen dels recursos assistencials per abandonar l'alcohol i el grup d'edat.**

A l'hora de comparar per grup d'edat dels participants la freqüència amb què informen dels recursos assistencials per ajudar als pacients a abandonar el consum d'alcohol, com són el tractament farmacològic i la teràpia psicològica (Figura 8.4.2.6), s'observa que els participants més joves, de fins a 30 anys ho fan amb menor freqüència que els participants que es troben inclosos dins dels grups d'edat de 41 a 50 ( $Z = -2,41$   $P = 0,02$ ) i de 51 a 60 ( $Z = -2,78$   $P = 0,005$ ). Alhora, també es pot observar que els participants de 31 a 40 anys duen a terme aquesta tasca amb menor freqüència que els participants amb edats entre 51 i 60 anys ( $Z = -2,02$   $P = 0,04$ ).



**Figura 8.4.2.7. Distribució dels participants segons la freqüència amb què realitzen seguiment dels pacients amb intenció de canvi en relació al consum d'alcohol i el grup d'edat.**

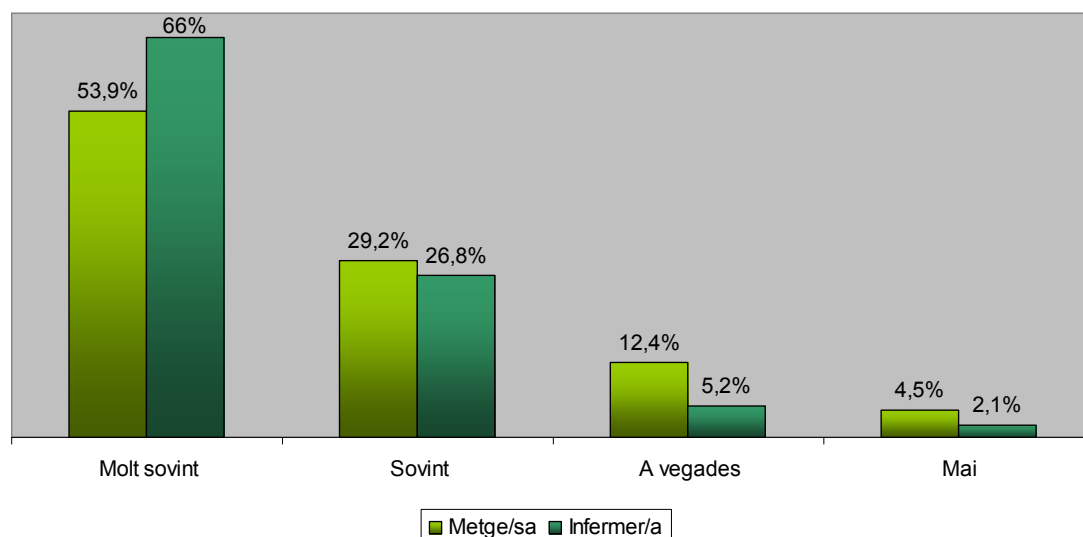
En el cas de la freqüència amb què els professionals realitzen un seguiment dels pacients amb intenció de canvi, i estableixen una programació de visites periòdiques (Figura 8.4.2.7), s'observa que els participants amb edat igual o inferior a 30 anys fan aquest tipus de sessions de control amb menor freqüència que la resta dels grups, és a dir, que els professionals d'edats entre 31 i 40 ( $Z = -2,23$   $P = 0,03$ ), 41 i 50 ( $Z = -3,36$   $P = 0,001$ ), 51 i 60 ( $Z = -3,49$   $P < 0,005$ ) i més de 60 anys ( $Z = -1,93$   $P = 0,05$ ). A més, també s'observen diferències significatives entre els participants de 31 a 40 i de 51 a 60, essent els segons els que la realitzen amb major freqüència ( $Z = -2,14$   $P = 0,03$ ).



**Figura 8.4.2.8. Distribució dels participants segons la freqüència amb què recolzen accions legislatives relacionades amb el consum d'alcohol i el grup d'edat.**

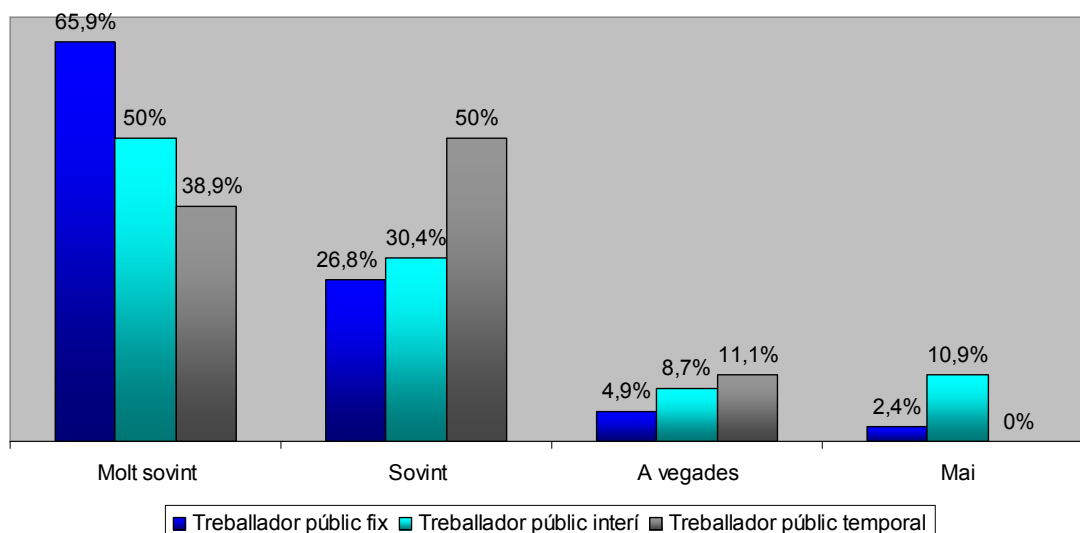
En relació a la regularitat amb què els participants recolzen accions legislatives dirigides a la disminució del consum d'alcohol (Figura 8.4.2.8), els resultats de la prova U de Mann-Whitney indiquen que els professionals més joves, de fins a 30 anys d'edat, donen suport a aquestes accions amb menor assiduitat que la resta dels grups d'edat, és a dir, que els participants de 31 a 40 ( $Z = -2,08$   $P = 0,04$ ), de 41 a 50 ( $Z = -2,92$   $P = 0,003$ ), de 51 a 60 ( $Z = -3,29$   $P = 0,001$ ) i més de 60 anys ( $Z = -2,23$   $P = 0,03$ ). No s'aprecien diferències significatives en la resta dels grups ( $P > 0,05$ ).

La prova no paramètrica U de Mann-Whitney s'ha aplicat per comparar la freqüència amb què realitzen les activitats detallades a la Taula 8.4.1.1 per raó de professió. S'ha trobat tendència a la significació estadística en la freqüència d'aplicació de programes d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS) ( $Z = -1,95$   $P = 0,051$ ) en el sentit que els infermers/es apliquen aquests programes amb major freqüència que els metges/ses (Figura 8.4.2.9).



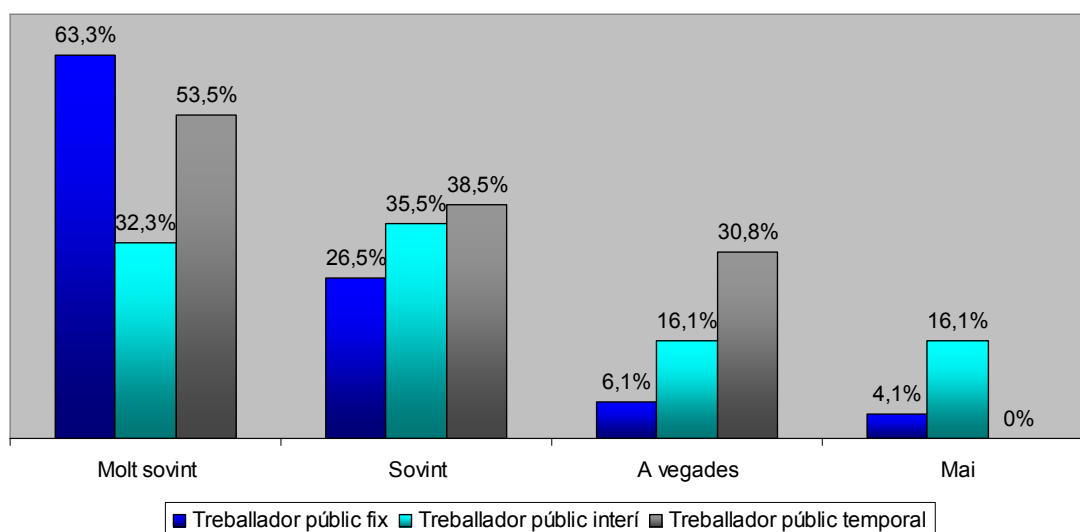
**Figura 8.4.2.9. Distribució de participants segons la freqüència d'ús de programes d'activitats preventives i de promoció de la salut en relació a l'alcohol i professió.**

D'altra banda, també s'han comparat les respostes donades pels professionals en relació a la freqüència de realització d'aquestes activitats associades al consum d'alcohol segons la situació laboral dels participants. La prova no paramètrica de Kruskal-Wallis indica que existeixen diferències significatives únicament en la freqüència amb què els professionals informen els pacients dels recursos assistencials per ajudar-los a abandonar el consum d'alcohol ( $\chi^2_{(2)}=7,50$   $P=0,02$ ) i en el costum de programar sessions de seguiment ( $\chi^2_{(4)}=14,35$   $P=0,001$ ). A les Figures 8.4.2.10 i 8.4.2.11 es presenta la distribució dels participants segons la resposta a aquestes dues qüestions i la seva situació laboral.



**Figura 8.4.2.10. Distribució dels participants segons la freqüència amb què informen als pacients sobre els recursos assistencials per abandonar el consum d'alcohol i la situació laboral.**

Els contrastos no paramètrics de Mann-Whitney indiquen que en relació a la freqüència amb què els professionals informen els pacients sobre els recursos assistencials per ajudar-los a abandonar el consum d'alcohol i la situació laboral dels primers, els treballadors públics de caràcter fix realitzen aquesta activitat amb més freqüència que els de caràcter interí ( $Z = -2,22$   $P = 0,03$ ) i que els de caràcter temporal ( $Z = -2,08$   $P = 0,04$ ) però no són significatives les diferències entre els interins i els temporals ( $Z = -0,24$   $P = 0,81$ ).



**Figura 8.4.2.11. Distribució dels participants segons la freqüència amb què programen visites periòdiques i la situació laboral.**

Pel que fa a la regularitat amb què els professionals de la salut programen un seguiment dels pacients amb intenció d'abandonar el consum d'alcohol, s'observa novament que els treballadors de caràcter fix duen a terme aquestes sessions amb major regularitat que els interins ( $Z = -3,39$   $P = 0,001$ ) i els temporals ( $Z = -2,37$   $P = 0,02$ ). No són estadísticament significatives les diferències que s'observen entre els treballadors interins i els temporals.

#### **8.4.3. Prevenció del consum de cànnabis.**

A la Taula 8.4.3.1 es presenta la distribució de participants segons la freqüència amb què duen a terme activitats relacionades amb la prevenció del consum de cànnabis.



**Taula 8.4.3.1. Distribució de participants segons la freqüència amb què realitzen les activitats preventives del consum de cànnabis.**

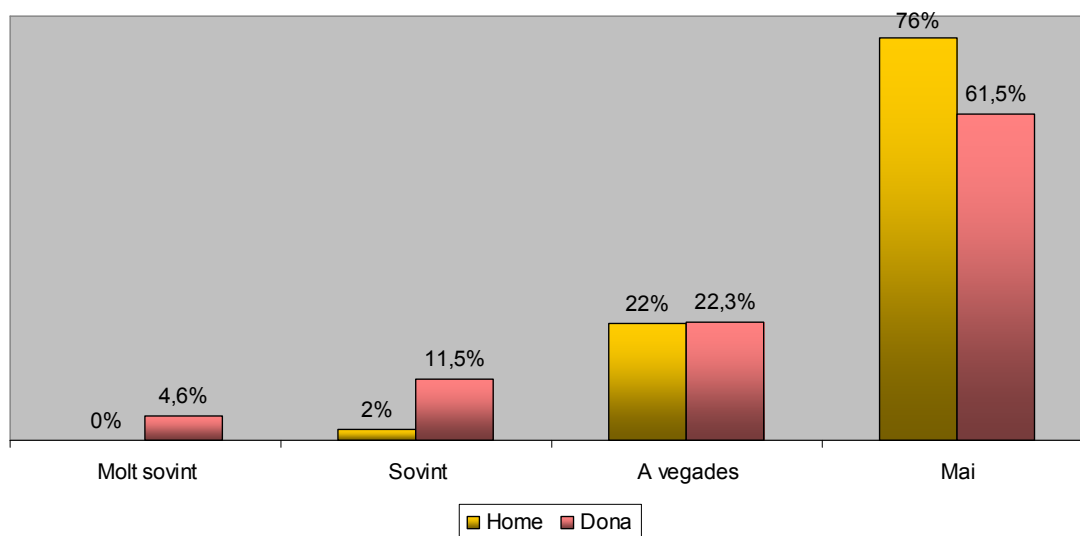
<b>INTRUMENTS D'AVALUACIÓ CÀNNABIS</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)	187	35,8%	23%	24,6%	16,6%
Qüestionari per a les etapes del canvi segons el model Transteòric de Prochaska i DiClemente	183	4,9%	4,4%	24%	66,7%
Altres instruments.	151	5,3%	2,6%	9,9%	82,1%
<b>PROGRAMES DE CANVI PER CONSUMIDORS</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<b>A la persona sense intenció de canvi</b>					
Li dona consell breu i específic d'abandonament del consum	185	35,1%	30,3%	26,5%	8,1%
Li lliura informació de les conseqüències adverses del consum de cànnabis sobre la salut.	185	21,2%	25,9%	33%	20%
Seguiment: pregunta pel consum almenys una vegada a l'any	183	36,1%	30,1%	22,4%	11,5%
<b>A la persona amb intenció de canvi</b>					
Li ofereix consell i ajuda per deixar el consum.	186	45,7%	31,7%	16,1%	6,5%
Li ofereix seguiment i suport durant el procés de deshabitació	184	42,9%	29,3%	18,5%	9,2%
L'informa que hi ha procediments efectius per abandonar el consum com ara: tractament farmacològic i teràpia psicològica.	187	41,2%	30,5%	21,4%	7%
L'informa dels recursos assistencials per ajudar-lo a abandonar el cànnabis com ara els centres d'atenció a les drogodependències.	187	42,2%	29,9%	19,8%	8%
Seguiment: programa visites periòdiques	183	36,6%	25,7%	26,2%	11,5%
<b>PREVENCIÓ PRIMÀRIA CONSUM CÀNNABIS</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Realitza activitats informatives i de sensibilització a la comunitat sobre el consum de cànnabis.	185	3,2%	8,6%	22,7%	65,4%
Participa en campanyes preventives dirigides a reduir la iniciació del consum de cànnabis.	187	2,7%	3,2%	19,3%	74,9%
Realitza consell sistemàtic a la població atesa a la seva consulta.	189	28%	21,7%	15,3%	34,9%
<b>TASQUES PREVENTIVES EXTERNES</b>	<b>n</b>	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
Impulsa programes comunitaris coordinats entre diferents institucions, educadors de carrer, centres d'ensenyament, associacions.	189	0,5%	4,8%	15,9%	78,8%
Treballa coordinadament amb institucions en el disseny d'estratègies comunes per evitar l'inici del consum de cànnabis (escoles, instituts, àmbits de treball)	189	1,1%	6,3%	14,3%	78,3%
Desenvolupa recerca sobre aquesta problemàtica de salut, per a poder conèixer millor la realitat de la situació i avaluar l'efectivitat real de les mesures emprades.	190	1,5%	2,1%	13,7%	82,6%

L'instrument d'avaluació més utilitzat és també el PAPPS, tot i que la freqüència d'ús és inferior a la referida en el cas de la prevenció del consum de tabac i alcohol.

Quant a les activitats relacionades amb programes de canvi per a consumidors, les activitats es duen a terme amb força regularitat si tenim en compte els que ho fan molt sovint i sovint.

En relació a les activitats de prevenció primària, se segueix la mateixa tendència que amb l'alcohol i el tabac. Només el consell sistemàtic a la població atesa a la consulta es realitza amb força regularitat (si tenim en compte els que ho fan molt sovint i sovint) per la majoria dels professionals. La resta de les activitats no es realitza gairebé mai. Sobre les tasques preventives externes, si tenim en compte les persones que ho fan a vegades i els que no ho fan mai, en totes les activitats se sobrepassa el 90% dels participants, la qual cosa indica que els professionals de la salut realitzen amb molt poca assiduitat aquest tipus d'activitats.

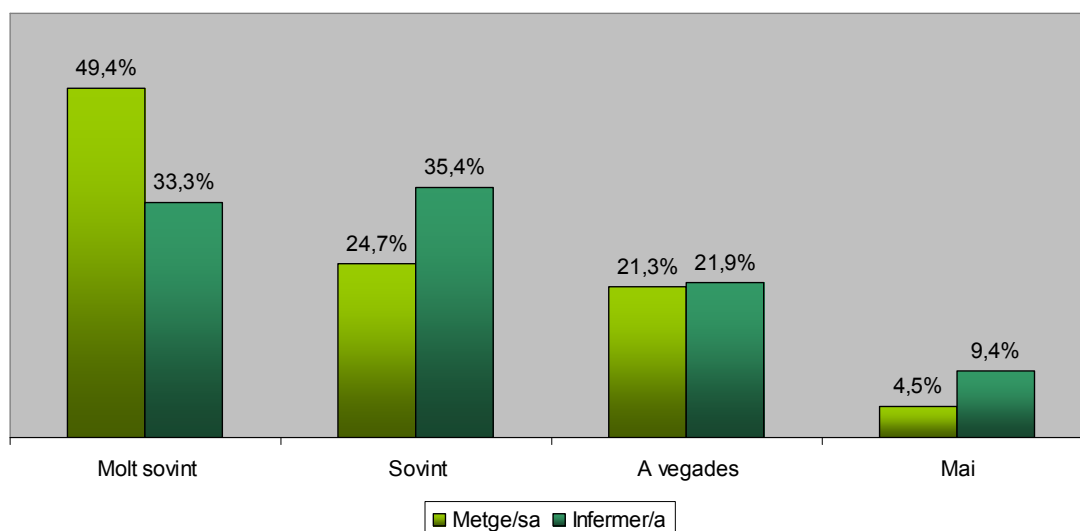
En comparar les respostes donades pels participants respecte a la freqüència d'ús de les activitats adreçades al consum de cànnabis per raó de sexe, s'han trobat diferències significatives en la regularitat amb què es realitzen activitats informatives i de sensibilització a la comunitat sobre el consum de cànnabis ( $Z = -2,18$   $P = 0,03$ ) en el sentit que les dones les fan amb més freqüència que els homes (veure Figura 8.4.3.1).



**Figura 8.4.3.1. Distribució dels participants segons la freqüència amb què realitzen activitats informatives i de sensibilització sobre el consum de cànnabis i el sexe.**

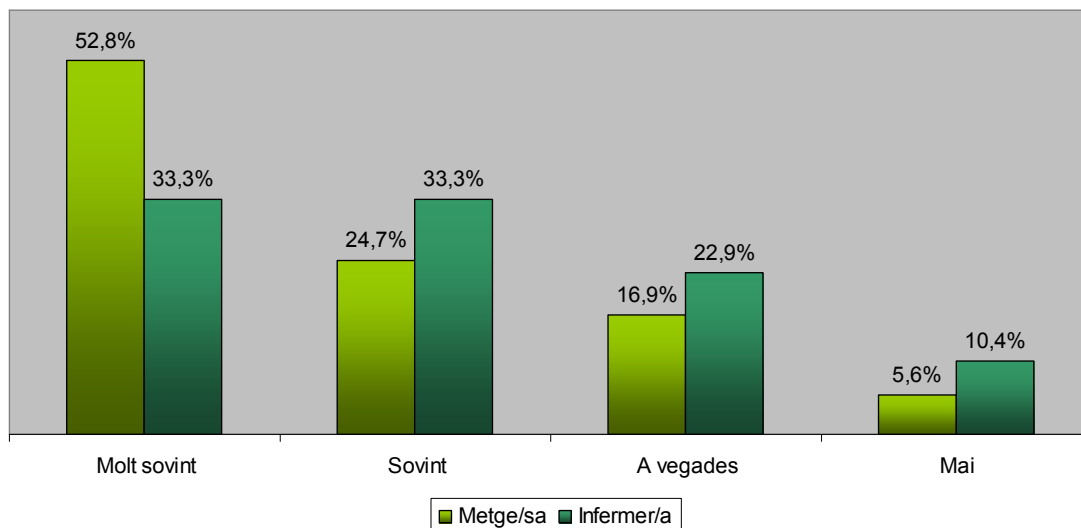
D'altra banda, s'han comparat les respostes donades pels participants en relació a la freqüència amb que duen a terme les diverses activitats relacionades amb el consum de cànnabis segons el grup d'edat amb la prova no paramètrica de Kruskal-Wallis i en cap cas s'han trobat diferències estadísticament significatives ( $P > 0,05$ ).

S'han comparat les respostes donades segons la professió dels participants amb la prova no paramètrica de comparació de dos mostres independents, U de Mann-Whitney, i s'han observat diferències significatives en dues activitats, mentre que en una tercera s'observa una tendència a la significació. Concretament, s'aproxima a la significació estadística la freqüència amb què els professionals informen sobre els procediments efectius per abandonar el consum, com ara el tractament psicològic i la teràpia farmacològica ( $Z = -1,95$   $P = 0,051$ ) en el sentit que els metges/ses realitzen aquesta tasca més sovint que els infermers/es (Figura 8.4.3.2).



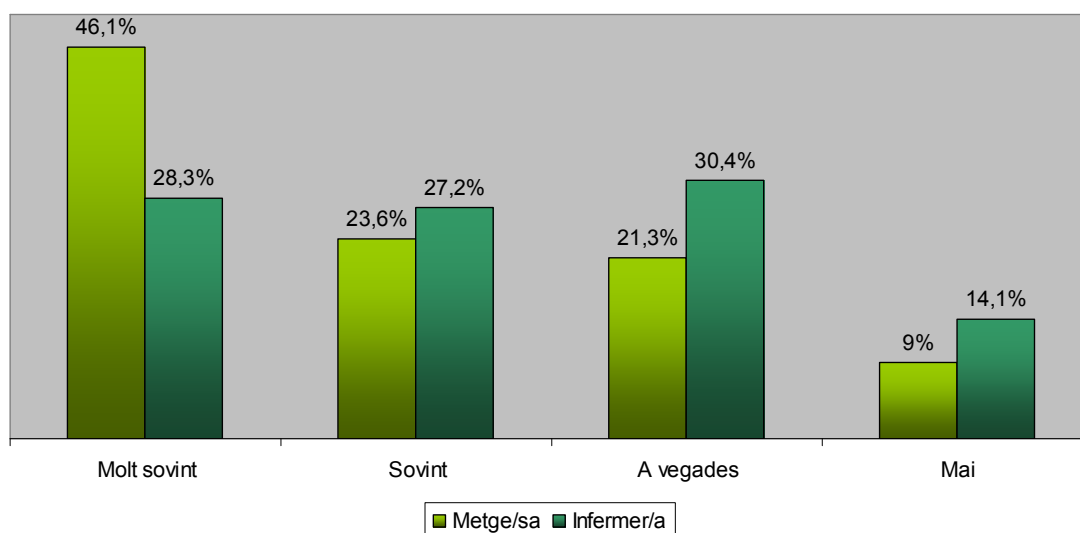
**Figura 8.4.3.2. Distribució en què els participants informen sobre procediments efectius per abandonar el consum de cànnabis i la professió.**

També s'han trobat diferències significatives per raó de professió en la freqüència amb què s'informa sobre els recursos assistencials per ajudar a abandonar el consum de cànnabis, com ara els centres d'atenció a les drogodependències ( $Z = -2,58$   $P = 0,01$ ). Són els metges/ses els que donen amb major regularitat aquesta informació si els comparem amb els infermers/es (Figura 8.4.3.3).



**Figura 8.4.3.3. Distribució en què els participants informen sobre els recursos assistencial per abandonar el cànnabis i la professió.**

És estadísticament significativa també la diferència entre metges/ses i infermers/es pel que fa a l'assiduitat amb què els professionals programen i realitzen visites periòdiques a les persones amb intenció de canvi ( $Z = -2,47$   $P = 0,01$ ) en el sentit que són els metges/ses els que ho fan amb més freqüència que els infermers/es (Figura 8.4.3.4).



**Figura 8.4.3.4. Distribució en què els participants realitzen seguiment als pacients amb intenció de canvi en relació al consum de cànnabis i la professió.**

S'han comparat les respostes donades segons la situació laboral dels professionals que han participat amb la prova Kruskal-Wallis, però en cap cas les diferències observades són estadísticament significatives ( $P > 0,05$ ).

#### 8.4.4 Valoració de les activitats

En aquest apartat es presenta l'anàlisi de dades relacionat amb les dificultats i els beneficis que comporta l'aplicació d'activitats preventives dirigides a les substàncies específiques detallades anteriorment. A continuació, es presenten les dades referents a la valoració que els professionals fan sobre la importància de la promoció de la salut a la consulta d'Atenció Primària.

En primer lloc, es va preguntar als participants quines dificultats havien trobat a l'hora de realitzar les activitats dirigides a la prevenció del consum de tabac, alcohol i cànnabis. Les dificultats més rellevants expressades pels professionals han estat la falta de temps amb un percentatge de 22,4% ( $n=34$ ) i la manca de formació per part dels professionals amb una freqüència del 17,8% ( $n=27$ ). Seguidament, es troba la poca resposta/receptivitat del pacient amb un 10,5% ( $n=16$ ), i la pressió assistencial amb un 9,9% ( $n=15$ ). La resta de les dificultats han estat mencionades amb menor freqüència.

Les dificultats percebudes pels professionals en aquest tipus de tasques han estat analitzades per raó de sexe (Taula 8.4.4.1), grup d'edat (Taula 8.4.4.2), professió (Taula 8.4.4.3) i situació laboral (Taula 8.4.4.4). La suma dels percentatges és superior a 100 perquè cada participant podia donar més d'una resposta.

**Taula 8.4.4.1. Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons el sexe.**

Dificultats	SEXE	
	Home	Dona
Falta de temps.	<b>31,8%</b> (14)	<b>20,4%</b> (20)
Falta de formació dels professionals.	<b>18,2%</b> (8)	<b>21,3%</b> (22)
Poca resposta/receptivitat del pacient	<b>13,6%</b> (6)	<b>8,7%</b> (9)
Pressió assistencial.	<b>22,7%</b> (10)	<b>3,9%</b> (4)
Manca de motivació dels pacients.	<b>11,3%</b> (5)	<b>6,8%</b> (7)
Poca efectivitat del tractament.	<b>9,1%</b> (4)	<b>2,9%</b> (3)
El pacient no assisteix a consulta o es mostra reticent a parlar del problema.	<b>2,3%</b> (1)	<b>5,8%</b> (6)
Falta de sinceritat del pacient o dubtes sobre aquesta	<b>2,3%</b> (1)	<b>4,9%</b> (5)
Falta de compromís del pacient.	<b>4,5%</b> (2)	<b>3,9%</b> (4)
Poca consciència del problema.	<b>2,3%</b> (1)	<b>3,9%</b> (4)
Dificultats per canviar els hàbits.	<b>0%</b> (0)	<b>3,9%</b> (4)
El sistema no programa activitats d'aquest tipus.	<b>4,5%</b> (2)	<b>1,0%</b> (1)
Població amb què treballa.	<b>0%</b> (0)	<b>2,9%</b> (3)
Dificultats per a interrogar al pacient.	<b>0%</b> (0)	<b>1,9%</b> (2)
Falta de coordinació entre serveis.	<b>0%</b> (0)	<b>1,9%</b> (2)
Falta de material.	<b>0%</b> (0)	<b>1,9%</b> (2)
Cap.	<b>2,3%</b> (1)	<b>10,7%</b> (11)
Altres.	<b>0%</b> (0)	<b>1,0%</b> (1)

Es pot apreciar que tant els homes com les dones donen una major importància a la falta de temps, malgrat que els homes ho fan amb un major percentatge. A la vegada, els homes consideren amb molta freqüència la pressió assistencial com un factor obstaculitzant, mentre que les dones ho fan amb menor freqüència. La mateixa tendència s'observa pel que fa a la falta de temps, la poca resposta/receptivitat del pacient, la manca de motivació del pacient i la poca efectivitat del tractament.

D'altra banda, més dones que homes destaquen com a dificultats la falta de formació dels professionals, la reticència dels pacients o la seva manca de sinceritat. També són les dones les que expressen amb més freqüència l'absència d'obstacles a l'hora de realitzar les tasques preventives (Taula 8.4.4.1).

La falta de temps és una dificultat informada sobretot pels participants entre 31 i 60 anys, i la manca de formació dels professionals és referida amb més o menys freqüència a tots els grups d'edat excepte entre els majors de 60 anys (Taula 8.4.4.2).

**Taula 8.4.4.2. Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons el grup d'edat.**

Dificultats	GRUP D'EDAT				
	%(n)				
	-->30	31-40	41-50	51-60	>60
Falta de temps.	8,3% (1)	26,5% (9)	27,3% (12)	23,6% (13)	0% (0)
Falta de formació dels professionals.	16,7% (2)	14,7% (5)	22,7% (10)	20% (10)	0% (0)
Poca resposta/receptivitat del pacient	0% (0)	8,8% (3)	0% (0)	5,5% (3)	0% (0)
Pressió assistencial.	0% (0)	8,8% (3)	11,4% (5)	10,9% (6)	50% (1)
Manca de motivació dels pacients.	8,3% (1)	11,8% (4)	11,4% (5)	5,5% (3)	0% (0)
Poca efectivitat del tractament.	0% (0)	5,9% (2)	4,5% (2)	5,5% (3)	0% (0)
El pacient no assisteix a consulta o es mostra reticent a parlar del problema.	8,3% (1)	8,8% (3)	0% (0)	5,5% (3)	0% (0)
Falta de sinceritat del pacient o dubtes sobre aquesta.	8,3% (1)	2,9% (1)	2,3% (1)	5,5% (3)	0% (0)
Falta de compromís del pacient.	16,7% (2)	2,9% (1)	0% (0)	5,5% (3)	0% (0)
Poca consciència del problema.	0% (0)	2,9% (1)	4,5% (2)	3,6% (2)	0% (0)
Dificultats per canviar els hàbits.	8,3% (1)	5,9% (2)	2,3% (1)	0% (0)	50% (1)
El sistema no programa activitats d'aquest tipus.	0% (0)	2,9% (1)	2,3% (1)	1,8% (1)	0% (0)
Població amb què treballa.	8,3% (1)	0% (0)	2,3% (1)	1,8% (1)	0% (0)
Dificultats per a interrogar al pacient.	0% (0)	5,9% (2)	0% (0)	0% (3)	0% (0)
Falta de coordinació entre els serveis.	0% (0)	0% (0)	2,3% (1)	1,8% (1)	0% (0)
Falta de material.	8,3% (1)	2,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Cap.	8,3% (1)	11,8% (4)	4,5% (2)	7,3% (4)	50% (1)
Altres.	16,7% (2)	8,8% (3)	0% (0)	9,1% (5)	0% (0)



**Taula 8.4.4.3. Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons la professió.**

Dificultats	PROFESSIÓ	
	Metge/ssa	Infermer/a
Falta de temps.	29,1% (23)	19,2% (14)
Falta de formació dels professionals.	16,4% (13)	23,3% (17)
Poca resposta/receptivitat del pacient	15,2% (12)	5,5% (4)
Pressió assistencial.	19% (15)	0% (0)
Manca de motivació dels pacients.	16,5% (13)	6,8% (5)
Poca efectivitat del tractament.	7,6% (6)	1,4% (1)
El pacient no assisteix a consulta o es mostra reticent a parlar del problema.	2,5% (2)	6,8% (5)
Falta de sinceritat del pacient o dubtes sobre aquesta.	1,3% (1)	6,8% (5)
Falta de compromís del pacient.	3,8% (3)	4,1% (3)
Poca consciència del problema.	2,5% (2)	4,1% (3)
Dificultats per canviar els hàbits.	2,5% (2)	2,7% (2)
El sistema no programa activitats d'aquest tipus.	2,5% (2)	1,4% (1)
Població amb què treballa.	3,8% (3)	0% (0)
Dificultats per a interrogar al pacient.	0% (0)	2,7% (2)
Falta de coordinació entre serveis.	1,3% (1)	4,1% (2)
Falta de material.	0% (0)	2,7% (2)
Cap.	2,5% (2)	13,7% (10)
Altres.	2,5% (2)	11% (8)

Es pot apreciar que els metges/ses donen major importància a la falta de temps, igual com també els/les infermers/es, però en menor percentatge (Taula 8.4.4.3). Per la seva banda, els infermers/es fan referència amb major freqüència a la falta de formació dels professionals. Els metges/ses també posen de rellevància aquest darrer factor, tot i que en menor percentatge. D'altra banda, es pot apreciar que tant la pressió assistencial com la poca resposta/receptivitat del pacient són factors obstaculitzants freqüentment referits pels metges/ses, mentre que els infermers/es ho fan amb molta menys assiduitat.

Altrament, més metges/ses destaquen com a dificultats la falta de motivació dels pacients i la poca efectivitat del tractament.

Són els infermers/es els que expressen amb més freqüència l'absència d'obstacles a l'hora de realitzar les tasques preventives.

La falta de temps és la dificultat més informada per tots els professionals de diferents situacions laborals, tot i que s'observa un major percentatge en els treballadors de caràcter fix (Taula 8.4.4.4). La falta de formació dels professionals és referida amb un major percentatge pels treballadors de caràcter fix, seguits dels interins, mentre que els temporals no fan referència a aquesta dificultat. Una tendència semblant s'observa en la poca resposta/receptivitat del pacient, la pressió assistencial, la manca de motivació dels pacients i la manca d'efectivitat del tractament: els treballadors de caràcter interí i fix fan més freqüentment referència a aquests obstacles que no els temporals.

D'altra banda, són els treballadors de caràcter temporal els que expressen amb més freqüència l'absència d'obstacles a l'hora de realitzar les tasques preventives.

**Taula 8.4.4.4. Percentatge de participants que consideren els diferents factors com a dificultats per realitzar les activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons la situació laboral.**

Dificultats	SITUACIÓ LABORAL		
	Fix	Interí	Temporal
Falta de temps.	25,7% (26)	22,2% (8)	20% (3)
Falta de formació dels professionals.	22,8% (23)	19,4% (7)	0% (0)
Poca resposta/receptivitat del pacient.	10,9% (11)	11,1% (4)	6,7% (1)
Pressió assistencial.	11,9% (12)	8,3% (3)	0% (0)
Manca de motivació dels pacients.	7,9% (8)	11,1% (4)	6,7% (1)
Poca efectivitat del tractament.	5% (5)	5,6% (2)	0% (0)
El pacient no assisteix a consulta o es mostra reticent a parlar del problema.	4% (4)	5,6% (2)	6,7% (1)
Falta de sinceritat del pacient o dubtes sobre aquesta.	3% (3)	8,3% (3)	0% (0)
Falta de compromís del pacient.	1% (1)	11,1% (4)	6,7% (1)
Poca consciència del problema.	4% (4)	0% (0)	6,7% (1)
Dificultats per canviar d'hàbits.	1% (1)	5,6% (2)	6,7% (1)
El sistema no programa activitats d'aquest tipus.	2% (2)	0% (0)	1% (6,7)
Població amb què treballa..	3% (3)	0% (0)	0% (0)
Dificultats per a interrogar al pacient.	0% (0)	2,8% (1)	6,7% (1)
Falta de material.	0% (0)	2,8% (1)	6,7% (1)
Falta de coordinació entre serveis	2% (2)	0% (0)	0% (0)
Cap.	6,9% (7)	8,3% (3)	13,3% (2)
Altres.	5,9% (6)	2,8% (1)	20% (3)

S'han analitzat els beneficis que segons els participants comporta l'aplicació de tasques dirigides a la prevenció del consum de tabac, alcohol i cànnabis en la consulta d'Atenció Primària. Les dades mostren que un 21,7% (n=28) consideren que comporta cap o pocs beneficis. Un 16,3% (n= 21) diuen que el fet de portar a terme aquestes activitats els genera satisfacció personal i tenir la sensació que fan la feina ben feta; un 13,2% (n=17) posa l'èmfasi en la millora de la salut dels pacients, mentre que un 11,6% (n=15) considera que aquestes activitats afavoreixen que la població estigui ben informada. La resta de beneficis rep un menor percentatge de respostes. No obstant, és remarcable que un 10,1% (n=13) considera que manca un sistema de valoració que permeti conèixer l'evolució del tractament i si s'estan assolint els objectius.

Les respostes donades pels participants en relació als beneficis que comporta l'aplicació de les activitats preventives a la consulta han estat analitzades per raó del sexe (Taula 8.4.4.5), grup d'edat (Taula 8.4.4.6), professió (Taula 8.4.4.7) i situació laboral (Taula 8.4.4.8).

**Taula 8.4.4.5. Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis segons el sexe.**

Beneficis	SEXE	
	Home	Dona
Cap o pocs beneficis.	<b>2,1%</b> (8)	<b>22,1%</b> (19)
Satisfacció personal / Fer la feina ben feta.	<b>17,9%</b> (7)	<b>14%</b> (12)
Millora de la salut dels pacients.	<b>17,9%</b> (7)	<b>11,6%</b> (10)
Població informada.	<b>15,4%</b> (6)	<b>10,5%</b> (9)
Falta de sistema de valoració.	<b>7,7%</b> (3)	<b>11,6%</b> (10)
Altres.	<b>5,1%</b> (2)	<b>11,6%</b> (10)
Millora de la qualitat assistencial.	<b>12,8%</b> (5)	<b>7%</b> (6)
Abandonament/disminució del consum.	<b>2,6%</b> (1)	<b>9,3%</b> (8)
Professional més informat i format.	<b>7,7%</b> (3)	<b>7%</b> (6)
Consciència de l'addicció.	<b>5,1%</b> (2)	<b>3,5%</b> (3)
Consciència social/ promoció de la salut.	<b>2,6%</b> (1)	<b>4,7%</b> (4)
Adquisició de coneixement sobre la població.	<b>2,6%</b> (1)	<b>2,3%</b> (1)
Sense resultats o a llarg termini	<b>2,6%</b> (1)	<b>1,2%</b> (1)

Es pot apreciar que les dones, amb el percentatge més elevat, consideren que la realització d'activitats de prevenció del consum de tabac, alcohol i cànnabis no

comporta cap tipus de benefici o pocs beneficis, mentre que els homes ho consideren amb molta menor freqüència. D'altra banda, s'observa que els homes responen amb una major freqüència que les dones que el fet de realitzar aquest tipus d'activitats comporta beneficis com ara la satisfacció personal de fer la feina ben feta, la millora de la salut dels pacients, el fet que la població estigui informada, i la millora de la qualitat assistencial. Alhora, les dones, amb major freqüència que no els homes, fan referència a la manca d'un sistema que permeti valorar els beneficis que implica realitzar aquest tipus d'activitats (Taula 8.4.4.5).

En relació als grups d'edat i la percepció dels beneficis obtinguts amb la realització de les activitats preventives, es pot observar que els professionals amb edats compreses entre els 31 i 60 anys són els que fan més referència a la manca de beneficis o pocs beneficis. El grup amb edats compreses entre els 41 i 50 anys és el que fa més al·lusió a aquest factor. En relació a la satisfacció personal i el sentir que es fa la feina ben feta, el grup de major edat i el més jove són els que fan referència a aquest benefici amb major freqüència, seguit del grup de 31 a 40 anys. És també el grup de menys de 30 anys el que considera amb major freqüència la millora de la salut dels pacients, tot i que els altres grups d'edat també hi facin referència, però amb un percentatge menor. Finalment, el grup d'edat de 41 a 50 anys esmenta amb un major percentatge que la resta la falta d'un sistema de valoració de les activitats de prevenció, i el benefici relacionat amb la millora de la qualitat assistencial (Taula 8.4.4.6).

**Taula 8.4.4.6. Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons el grup d'edat.**

Beneficis	GRUP D'EDAT				
	%(n)				
	>30	31-40	41-50	51-60	>60
Cap o pocs beneficis.	0% (0)	19,4% (6)	23,7% (9)	20,8% (10)	0% (0)
Satisfacció personal / Fer la feina ben feta.	33,3% (2)	22,6% (7)	10,5% (4)	12,5% (6)	50% (1)
Millora de la salut dels pacients.	33,3% (2)	9,7% (3)	18,4% (7)	10,4% (5)	0% (0)
Població informada.	0% (0)	12,9% (4)	7,9% (3)	14,6% (7)	50% (1)
Falta de sistema de valoració.	0% (0)	3,2% (1)	18,4% (7)	8,3% (4)	0% (0)
Altres.	0% (0)	9,7% (3)	7,9% (3)	10,4% (5)	50% (1)
Millora de la qualitat assistencial.	0% (0)	9,7% (3)	13,2% (5)	6,3% (3)	0% (0)
Abandonament/disminució del consum.	16,7% (1)	9,7% (3)	2,6% (1)	8,3% (4)	0% (0)
Professional més informat i format.	0% (0)	9,7% (3)	10,5% (4)	4,2% (2)	0% (0)
Consciència de l'addicció.	16,7% (1)	0% (0)	2,6% (1)	4,2% (2)	50% (1)
Consciència social/ promoció de la salut..	16,7% (1)	0% (0)	2,6% (1)	6,3% (3)	0% (0)
Adquisició de coneixement sobre la població.	0% (0)	0% (0)	2,6% (1)	4,2% (2)	0% (0)
Sense resultats o a llarg termini	0% (0)	6,5% (2)	0% (0)	2,1% (1)	0% (0)

**Taula 8.4.4.7. Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons la professió.**

Beneficis	PROFESSIÓ	
	Metge/ssa	Infermer/a
Cap o pocs beneficis.	25,4% (18)	17,2% (10)
Satisfacció personal / Fer la feina ben feta	15,5% (11)	15,5% (9)
Millora de la salut dels pacients.	14,1% (10)	12,1% (7)
Població informada.	22,5% (16)	12,1% (7)
Falta de sistema de valoració.	7% (5)	12,1% (7)
Altres.	5,6% (4)	13,8% (8)
Millora de la qualitat assistencial.	11,3% (8)	5,2% (3)
Abandonament/disminució del consum.	5,6% (4)	8,6% (5)
Professional més informat i format.	7% (5)	6,9% (4)
Consciència de l'addicció.	2,8% (2)	5,2% (3)
Consciència social/ promoció de la salut..	2,8% (2)	5,2% (3)
Adquisició de coneixement sobre la població.	5,6% (4)	0% (0)
Sense resultats o a llarg termini	2,8% (2)	1,7% (1)



Es pot apreciar que tant els metges/ses com els infermers/es consideren que la realització d'activitats preventives del consum d'alcohol, tabac i cànnabis no comporta cap tipus de benefici o escassos beneficis.

Els metges/ses consideren que el principal benefici obtingut és que la població estigui informada, mentre que pels infermers/es ho és la satisfacció personal i sentir que la feina es fa ben feta (Taula 8.4.4.7). En aquest darrer cas, metges/ses i infermers/es presenten el mateix percentatge.

D'altra banda, els metges/ses posen més èmfasi que no pas els infermers/es en els beneficis relacionats amb la millora de la salut dels pacients i la millora de la qualitat assistencial. Per la seva banda, els infermers/es destaquen amb major freqüència l'abandonament, la disminució del consum, i la falta d'un sistema que permeti valorar les activitats preventives.

En relació a la situació laboral, s'observa que tot els grups d'edat fan referència a l'absència o els escassos beneficis en la realització d'activitats preventives adreçades al consum d'alcohol, tabac i cànnabis, però són els treballadors de caràcter fix aquells que més al·lusió fan a aquest factor (Taula 8.4.4.8).

Tant pels treballadors interins com pels temporals, el benefici esmentat amb major freqüència és la satisfacció personal i sentir que es fa la feina ben feta. El percentatge és menor en el cas dels treballadors temporals. Aquesta tendència s'observa també en els beneficis relacionats amb la millora de la salut dels pacients, el fet que la població estigui informada, i l'abandonament o disminució del consum dels pacients.

Els treballadors fixos i temporals són els que fan referència amb major freqüència a la falta d'un sistema de valoració de les activitats preventives.

**Taula 8.4.4.8. Percentatge de participants en relació als beneficis que consideren que els ha comportat la realització d'activitats de prevenció de consum de tabac, alcohol i cànnabis, segons la situació laboral.**

Beneficis	SITUACIÓ LABORAL		
	Fix	Interí	Temporal
Cap o pocs beneficis.	25,8% (23)	12,5% (4)	12,5% (1)
Satisfacció personal / Fer la feina ben feta.	10,1% (9)	25% (8)	37,5% (3)
Millora de la salut dels pacients.	11,2% (10)	15,6% (5)	25% (2)
Població informada.	11,2% (10)	12,5% (4)	12,5% (1)
Falta de sistema de valoració.	11,2% (10)	6,3% (2)	12,5% (1)
Altres.	11,2% (10)	6,3% (2)	0% (0)
Millora de la qualitat assistencial.	9% (8)	9,4% (3)	0% (0)
Abandonament/disminució del consum.	4,5% (4)	12,5% (4)	12,5% (1)
Professional més informat i format.	9% (8)	0% (0)	12,5% (1)
Consciència de l'addicció.	5,6% (5)	0% (0)	0% (0)
Consciència social/ promoció de la salut..	3,4% (3)	6,3% (2)	0% (0)
Adquisició de coneixement sobre la població.	4,5% (4)	0% (0)	0% (0)
Sense resultats o a llarg termini	3,4% (3)	0% (0)	0% (0)

D'altra banda, s'han analitzat les respostes donades pels participants sobre el grau en què consideraven que era importat la promoció de la salut en la consulta dels professionals de l'Atenció Primària. El rang de resposta oscil·lava de 0 (*gens important*)

a 10 (*molt important*). Un 32,6% (n=59) han valorat com a molt important la promoció de la salut en la consulta del professional. És destacable que el 66,3% (n=120), és a dir, dos de cada tres participants, han donat puntuacions compreses entre 8 i 10. Cap dels participants ha considerat la promoció de la salut com a *gens important*.

A la Taula 8.4.4.9 es presenten els índexs descriptius per raó del sexe, grup d'edat, professió i situació laboral.

**Taula 8.4.4.9. Distribució dels participants en relació a la percepció de la importància de l'ús de l'educació per la salut en la consulta en l'Atenció Primària, segons el sexe, el grup d'edat, la professió i la situació la laboral, i els resultats de les proves t i ANOVA de comparació de mitjanes.**

	VALORACIÓ Mitjana (D.T.)	Prova Sig. p
<b>Segons sexe</b>		
<b>n = 174</b>		
Home	7,40 (1,95)	<b>t=-3,28 p&lt;0,0005</b>
Dona	8,35 (1,83)	
<b>Segons grup d'edat</b>		
<b>n = 175</b>		
Fins a 30 anys	9,21 (1,19)	<b>F<sub>(4,170)</sub>=2,85 p=0,02</b>
De 31 a 40 anys	8,36 (1,87)	
De 41 a 50 anys	7,90 (1,75)	
De 51 a 60 anys	7,68 (2,12)	
Més de 60 anys	10,00 ( 0 )	
<b>Segons professió</b>		
<b>n = 178</b>		
Metge/ssa	7,59 (2,02)	<b>t=-3,03 p&lt;0,0005</b>
Infermer/a	8,51 (1,70)	
<b>Segons situació laboral</b>		
<b>n = 180</b>		
Treballador públic fix	7,95 (1,92)	<b>F<sub>(2,177)</sub>=0,74 p=0,48</b>
Treballador públic interí	8,21 (1,81)	
Treballador públic temporal	8,45 (2,09)	

Els resultats de la prova t de comparació de mitjanes indiquen que hi ha diferències significatives per raó de sexe i professió quant a la importància atorgada pels

professionals a la pràctica de promoció per la salut a la consulta. Els homes donen més importància a la promoció de la salut a la consulta, ja que presenten una mitjana més elevada que les dones. Passa el mateix amb els infermers/es que han puntuat més alt aquesta variable que els metges/ses.

Els resultats de l'ANOVA detecten diferències significatives per raó d'edat, essent els participants majors de 60 anys aquells que presenten una mitjana més elevada i que, per tant, donen una major importància a l'ús de l'educació per la salut en la consulta en Atenció Primària. Pel que fa a la resta de grups d'edat, s'observa que la mitjana va disminuint a mesura que s'incrementa l'edat. No obstant, la prova de contrastos de Scheffé no detecta diferències significatives entre els grups d'edat.

## **8.5. FACTORS RELACIONATS AMB L'ÚS DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT COM A EINA DE TREBALL**

### **8.5.1. Relació amb les activitats formatives.**

A la Taula 8.5.1.1 es presenten les mitjanes i desviacions típiques de les valoracions que els professionals han fet sobre la formació rebuda en Educació per a la Salut durant la carrera, sobre la formació que tenen en prevenció del consum de substàncies pel treball que realitzen, sobre la utilitat dels cursos realitzats en relació a la prevenció del consum de substàncies, sobre la formació en prevenció del consum de substàncies oferta en els darrers dos anys pel centre en el que treballen, en funció de si utilitzen o no la Promoció de la Salut com una eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies. D'acord amb la prova t de comparació de mitjanes per mostres independents, s'observen diferències significatives en la valoració que fan els professionals de la utilitat de la formació rebuda per al treball que fan habitualment segons si recorren de forma freqüent o no a la Promoció de la Salut, essent aquelles persones que la utilitzen habitualment les que presenten unes mitjanes més elevades en comparació amb les que no ho fan. També s'observen diferències significatives quant a la valoració que fan de la formació rebuda en el propi àmbit de treball sobre la prevenció del consum de substàncies en els darrers dos anys segons l'ús de la Promoció

de la Salut com a eina habitual de treball, essent novament aquelles persones que la utilitzen freqüentment les que tenen una mitjana més elevada.

**Taula 8.5.1.1. Estadístics descriptius de la valoració que els professionals fan de la formació rebuda relacionada amb la Educació per a la Salut, segons si utilitzen o no aquesta com a eina de treball habitual per a la prevenció del consum de substàncies, i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

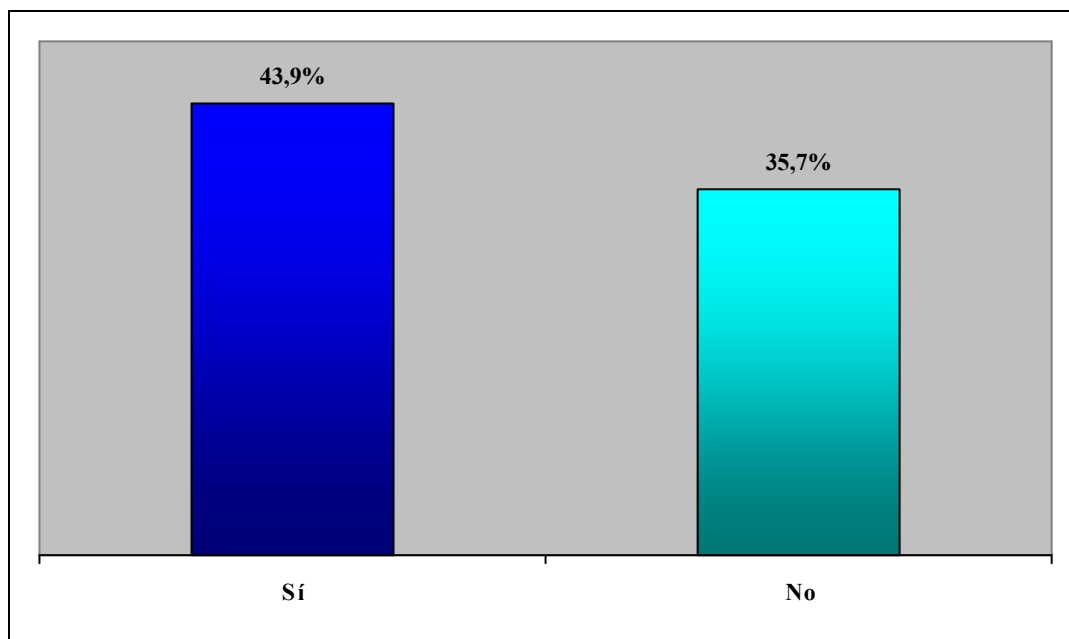
Valoració dels professionals sobre la formació	PROMOCIÓ DE LA SALUT COM A EINA HABITUAL Mitjana (D.T.)		Prova t Sig. p
	Sí	No	
Formació rebuda a la carrera en Educació per la Salut	5,73 (1,67)	5,17 (2,61)	t=0,81 p=0,42
Formació sobre el consum de substàncies pel treball que realitza	5,41 (2,07)	3,67 (1,75)	t=2,03 p=0,04
Utilitat dels cursos realitzats sobre prevenció del consum de substàncies	7,43 (1,66)	6,00 (1,00)	t=1,47 p=0,15
Formació en prevenció del consum de substàncies oferta en l'àmbit de treball en els darrers dos anys	4,80 (2,23)	2,00 (2,55)	t=2,72 p=0,01

S'han analitzat també les respostes que els participants han donat sobre en quina mesura consideren que alguns factors poden haver impedit la realització de cursos de prevenció de consum de substàncies o dificultat l'assistència a tots aquells que haguessin desitjat, segons si recorren o no a la Promoció de la Salut com a eina habitual per a la prevenció del consum de substàncies (Taula 8.5.1.2). D'acord amb els resultats de la prova t de comparació de mitjanes s'observa que només hi ha diferències significatives en el cas del desplaçament geogràfic. Són aquelles persones que utilitzen la Promoció de la Salut com a estratègia habitual de treball les que atorguen puntuacions més elevades a aquest factor obstaculitzant.

**Taula 8.5.1.2. Estadístics descriptius de la mesura en què els diferents factors han estat un obstacle per a millorar la formació en prevenció del consum de substàncies, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per a la prevenció del consum de substàncies, i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Factors obstaculitzats	PROMOCIÓ DE LA SALUT COM A EINA HABITUAL Mitjana (D.T.)		Prova t Sig. p
	Sí	No	
Manca de temps degut a motius laborals.	<b>6,11</b> (2,55)	<b>6,67</b> (3,08)	t=-0,51 p=0,61
Manca de temps per motius personals.	<b>5,95</b> (2,58)	<b>6,33</b> (3,14)	t=-0,35 p=0,73
Elevat cost dels cursos.	<b>4,84</b> (2,93)	<b>3,83</b> (3,66)	t=0,81 p=0,42
Desplaçament geogràfic.	<b>6,16</b> (2,92)	<b>2,67</b> (1,97)	<b>t=2,89 p=0,005</b>
Manca d'interès pels cursos que s'ofereixen.	<b>3,44</b> (2,30)	<b>3,50</b> (1,87)	t=-0,61 p=0,95
Manca d'autorització.	<b>2,34</b> (2,75)	<b>1,83</b> (2,86)	t=0,43 p=0,66

A la Figura 8.5.1.1 es pot observar el percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació continuada o postgrau específic en prevenció del consum de substàncies des que van finalitzar els seus estudis, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina habitual de treball per la prevenció del consum de substàncies. Es pot observar que, proporcionalment, un nombre més elevat de professionals que utilitzen la Promoció de la Salut com a estratègia habitual en el seu treball informen haver realitzat cursos especialitzats en la prevenció del consum de substàncies una vegada finalitzada la seva carrera universitària, en comparació amb aquells que no l'utilitzen sistemàticament, tot i que les diferències no són estadísticament significatives ( $\chi^2_{(1)} = 1,24$ ;  $p=0,27$ ).



**Figura 8.5.1.1. Percentatge de participants que han realitzat algun curs de formació sobre prevenció de consum de substàncies una vegada finalitzats els estudis, segons la utilització o no de la Promoció de la Salut com a eina habitual de treball per la prevenció del consum de substàncies.**

## **8.6. IMPORTÀNCIA ATORGADA A LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I DIFICULTATS PERCEBUES EN LA SEVA APLICACIÓ**

### **8.6.1. Importància atorgada a les àrees de promoció de la salut relacionades amb conductes addictives.**

A la Taula 8.6.1.1 es presenten les mitjanes i les desviacions típiques de les valoracions que els professionals han fet de la importància que tenen al seu parer determinades àrees de la promoció de la salut, com ara el consum d'alcohol, de tabac i d'altres drogues, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina habitual per la prevenció del consum de substàncies. En tots els casos, la importància mitjana atorgada pels professionals que utilitzen habitualment la Promoció de la Salut és major que la d'aquells que no ho fan, però les diferències només són significatives en el cas del consum de tabac.

**Taula 8.6.1.1. Estadístics descriptius de la importància que tenen pels professionals algunes àrees de la salut relacionades amb el consum de substàncies, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per la prevenció del consum i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Àrees de promoció de la salut	PROMOCIÓ DE LA SALUT COM A EINA HABITUAL Mitjana (D.T.)		Prova t Sig. p
	Sí	No	
Consum d'alcohol.	<b>8,51</b> (1,47)	<b>8,01</b> (1,40)	t=2,30 p=0,23
Consum de tabac.	<b>8,74</b> (1,36)	<b>8,09</b> (1,44)	<b>t=3,13 p&lt;0,005</b>
Consum d'altres drogues.	<b>8,46</b> (1,48)	<b>8,07</b> (1,38)	t=1,81 p=0,07

### 8.6.2. Dificultats i obstacles percebuts

La Taula 8.6.2.1 mostra les mitjanes i les desviacions típiques de les puntuacions sobre la valoració que els professionals de la salut fan sobre la influència en la no realització de l'Educació per a la Salut en Atenció Primària dels sis indicadors considerats obstacles per a la implementació de programes de promoció de la salut, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina habitual per a la prevenció del consum de substàncies. Els resultats de la prova t de comparació de dues mitjanes independents indica que no existeixen diferències significatives entre ambdós grups.



**Taula 8.6.2.1. Estadístics descriptius de la mesura en què els participants consideren que els diferents indicadors influeixen en la no realització d'educació per la salut en Atenció Primària, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per a la prevenció del consum de substàncies i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Obstacles per aplicar programes de promoció de la salut	PROMOCIÓ DE LA SALUT COM A EINA HABITUAL (D.T.)		Prova t Sig. p
	Sí	No	
Considerar que l'estil de vida és un assumpte personal.	<b>3,13</b> (1,58)	<b>3,01</b> (1,41)	t=-0,51 p=0,61
Sobrecàrrega assistencial.	<b>4,62</b> (1,52)	<b>4,37</b> (1,67)	t=1,06 p=0,29
Considerar que l'estil de vida no es troba dins les funcions del professional de la salut.	<b>2,71</b> (1,52)	<b>2,96</b> (1,34).	t=-1,11 p=0,27
Falta de motivació.	<b>3,79</b> (1,47)	<b>3,50</b> (1,60)	t=1,27 p=0,20
Formació inadequada.	<b>3,77</b> (1,33)	<b>4,10</b> (1,49)	t=-1,56 p=0,12
Incapacitat de les persones per canviar d'hàbits.	<b>3,36</b> (1,63)	<b>3,33</b> (1,63)	t=0,12 p=0,90

S'han analitzat, segons l'ús o no de la Promoció de la Salut com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies, les respostes que els professionals de la salut han donat en relació a la dificultat que consideren que comporta dur a terme cinc activitats de promoció del consum de substàncies, com ara: recollir informació sobre al consum de substàncies, recollir informació sobre les creences dels pacients respecte el consum de substàncies, definir les necessitats de canvi en un pacient consumidor de substàncies, dissenyar un programa de canvi d'hàbits per a un pacient, i seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies. Les mitjanes i les desviacions típiques, i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes, es presenten a la Taula 8.6.2.2. S'observen diferències significatives segons l'ús de la Promoció de la Salut com a eina habitual de treball en les dificultats percebudes en totes les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies, llevat de la del seguiment i

avaluació dels efectes del consell sobre el consum de substàncies. En tots els casos amb significació estadística, la dificultat percebuda és, com a mitjana, més alta entre aquells professionals que no recorren habitualment a la Promoció de la Salut.

**Taula 8.6.2.2. Estadístics descriptius del grau de dificultat que té per als participants l'aplicació de les activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies, segons si utilitzen o no la Promoció de la Salut com a eina de treball habitual per a la prevenció del consum de substàncies i els resultats de la prova t de comparació de mitjanes.**

Activitats adreçades a la prevenció del consum de substàncies	PROMOCIÓ DE LA SALUT COM A EINA HABITUAL (D.T.)		Prova t Sig. p
	Sí	No	
Recollir informació sobre el consum de substàncies.	4,58 (2,65)	5,74 (2,43)	t=-2,99 p<0,005
Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies.	5,41 (2,44)	6,31 (2,02)	t=-2,63 p=0,01
Definir les necessitats de canvi per un pacient consumidor de substàncies.	5,72 (2,27)	6,61 (2,00)	t=-2,75 p=0,01
Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient.	5,92 (2,38)	6,87 (2,30)	t=-2,73 p=0,01
Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies.	5,63 (2,69)	5,70 (2,62)	t=-0,185 p=0,853

## 8. 7. ELABORACIÓ D'UN MODEL PREDICTIU DE L'ÚS DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT COM A EINA DE TREBALL

Per analitzar quines variables prediuen millor la utilització de l'Educació per a la Salut com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies per part dels professionals de la salut, s'ha construït un model de regressió logística jeràrquica amb el paquet estadístic SPSS, versió 15.0. S'inclouen, en primer lloc (bloc 1), les variables demogràfiques: sexe, edat, professió (metge/infermer) i situació laboral (treballador fix,

interí o temporal), mitjançant el mètode *introducir*. Posteriorment s'aplica el mètode per passos de Wald i se seleccionen com a predictors potencials les següents variables:

- Valoració de la formació en Educació per la Salut rebuda en la carrera.
- Valoració de la formació en prevenció al consum per al treball que realitza.
- Formació rebuda en els últims dos anys (Sí/ No).
- Valoració de la formació rebuda en els últims dos anys.
- Importància atorgada a les àrees de promoció de la salut relacionades amb:
  - El consum d'alcohol
  - El consum de tabac
  - El consum d'altres drogues
- Les dificultats percebudes per realitzar cinc activitats relacionades amb el consum de substàncies com són:
  - Recollir informació sobre el consum de substàncies
  - Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies.
  - Definir les necessitats de canvi per un pacient consumidor de substàncies.
  - Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per a un pacient.
  - Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies.

La Taula 8.7.1 mostra els resultats de l'anàlisi de regressió logística jeràrquica que prediu la utilització de l'Educació per a la Salut com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies per part dels professionals de la salut. Es pot apreciar que cap de les variables demogràfiques és rellevant en la predicció de l'ús de l'Educació per a la Salut com a eina de treball. Les variables del segon bloc que entren a formar part del model són: la dificultat percebuda respecte a dissenyar un programa de canvi d'hàbits per a un pacient, la valoració de la formació en prevenció del consum de substàncies per al treball que realitza, i la importància atorgada a l'àrea de promoció de la salut relacionada amb el consum de tabac. Segons l'índex de Nagelkerke, aquest model explica un 21,3% de la variabilitat de la utilització de l'ES com a eina habitual de treball i classifica correctament un 68% dels participants, i un 85,4% dels que la utilitzen, però només un 37% dels que només ho fan ocasionalment o no ho fan mai.

**Tabla 8.7.1. Resultats de la Regressió logística jeràrquica binària per predir l'ús de l'Educació per a la Salut com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies (n= 150).**

BLOC	X <sup>2</sup> (p) /Bones classificacions	B	WALD	P	O.R.	I.C. 95% O.R.
1 Sexe	1,81 (p =0,88) 63,3%	0,003	0,00	0,99	1,00	0,42 : 2,38
1 Edat		0,01	0,39	0,53	1,01	0,97 : 1,06
1 Professió		0,01	0,001	0,98	1,01	0,48 : 2,11
1 Situació laboral (1)		-0,60	0,88	0,35	0,55	0,16 : 1,93
1 Situació laboral (2)		-0,79	1,55	0,21	0,45	0,13 : 1,58
2 Dificultat disseny programa canvi hàbits	25,34 (p= 0,001) 92%	0,23	7,16	0,007	1,26	1,06 : 1,49
2 Valoració formació prevenció pel treball		-0,28	5,62	0,02	0,75	0,59 : 0,95
2 Importància promoció salut tabac		-0,32	5,42	0,02	0,72	0,55 : 0,95

A la Taula 8.7.2 es presenten les mitjanes o els percentatges corresponents a les variables introduïdes en el model predictiu segons si s'utilitza l'ES com a eina habitual de treball per a la prevenció de consum de substàncies. S'observa que, en comparació amb els que no el fan servir habitualment, els professionals que utilitzen l'EpS com a eina habitual de treball perceben menys dificultats a l'hora de dissenyar un programa de canvi d'hàbits per a un pacient, valoren més la formació rebuda en prevenció del consum de substàncies per al treball que realitzen, i donen més importància a l'àrea de promoció de la salut relacionada amb el consum de tabac.

**Taula 8.7.2. Comparació entre els professionals que utilitzen l'EpS com a eina habitual de treball per a la prevenció del consum de substàncies i els que no ho fan, pel que fa a les variables introduïdes en el model de regressió logística.**

VARIABLE	ES com a eina de treball	
	Sí	No
Sexe (% d'homes)	28,0%	26,5%
Edat (Mitjana/DT)	2,94 / 1,00	2,99 / 1,01
Professió (% de metges)	50,8%	43,5%
Situació laboral (% fixos)	65,9%	64,3%
Situació laboral (% interins)	26,0%	20,0%
Dificultat disseny programa canvi hàbits (Mitjana/DT)	5,92 / 2,38	6,87 / 2,30
Valoració formació prevenció pel treball (Mitjana/DT)	8,32 / 1,78	7,94 / 2,06
Importància promoció salut tabac (Mitjana/DT)	8,74 / 1,36	8,09 / 1,44

## 9. DISCUSSIÓ

### 9.1. ACTIVITATS FORMATIVES

**Els professionals de la salut més joves i les dones concedeixen puntuacions més elevades a la formació universitària rebuda en EpS durant l'etapa universitària en comparació als de major edat i als homes respectivament.** L'associació entre formació en EpS i sexe coincideix amb els resultats trobats en l'estudi de Díez (2001), el qual també va observar que els professionals de la salut que es consideraven millor formats en aquesta temàtica eren les dones. Uns resultats semblants s'han trobat en estudis anteriors realitzats per Frank et al., (1999) a Atlanta, Gary et al. (1999) a Columbia, Holund et al.(1997) a Dinamarca i Maheux et al. al Canadà (1989).

**Els professionals d'infermeria valoren més que els metges la formació rebuda al llarg de la carrera.** Aquest resultat concorda amb les investigacions realitzades d'ençà de la dècada del 1960 sobre el paper de les infermeres en matèria d'educació i prevenció (Lewis i Resnidck, 1967). El Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA considera que les infermeres tenen una funció crucial en l'educació del pacient, la prevenció de la malaltia, el seu tractament, i el control i el seguiment de les malalties cròniques (*Departament de Salut i Serveis Humans EUA, 1997; Ministeri de Salut EUA, 2002*). Altres estudis realitzats als EUA i al Regne Unit mostren que els pacients han manifestat un alt nivell de satisfacció davant les intervencions educatives realitzades per professionals d'infermeria, la qual cosa fa pensar que els usuaris del sistema de salut avalen aquest paper rellevant de la infermeria (Norman, 2001).

**En general, però, els professionals valoren poc la formació rebuda.** També Díez (2001) constata que el 64% dels metges d'Atenció Primària de Galícia consideren deficient la seva formació en EpS; Mejías et al. (2001) exposen que només un 35,8% de metges d'Atenció Primària de 13 Comunitats Autònomes valora la formació teòrica i tècnica en EpS com prou adequada. Els resultats obtinguts en l'estudi realitzat per la Direcció General de Planificació, Ordenació i Coordinació Sanitàries d'Extremadura (2006) mostren que el 41,6% dels professionals de la salut (metges i infermeres) consideren que la formació en EpS és adequada; un 5,3%, molt adequada; un 17,7% força adequada, un 30,3%, per contra, poc adequada. Aquest resultat són

concordants amb la informació aportada per l'informe SESPAS (2000), elaborat a partir de la revisió de 131 Plans d'Estudi de Llicenciatures i Diplomatures Universitàries de l'Estat Espanyol, i que conclou que les matèries en Educació i Promoció per a la Salut tenen una presència curricular limitada en la formació dels estudis universitaris. La percepció dels professionals de la salut és, doncs, congruent amb aquesta situació (Gómez, 2000).

En relació amb la formació rebuda pels professionals en matèria de prevenció de consum de substàncies, els resultats mostren que **el personal d'infermeria tendeix a valorar millor que el personal mèdic la formació rebuda en la prevenció del consum de substàncies al llarg dels estudis universitaris**. Tot i així la puntuació mitjana atorgada sobre deu entre els professionals d'infermeria és de 5,6 i entre els metges de 5,2. En estudis previs realitzats amb mostres formades exclusivament per metges s'observa que el 39% dels participants considera que té una formació suficient per prevenir i tractar els problemes relacionats amb l'alcohol, percentatge que es redueix al 15 i el 17% en el cas de la cocaïna i l'heroïna respectivament (Mejías et al. 2001). També Varela et al. (2003) assenyalen que un 84,2% dels metges d'Atenció Primària de Salut avaluen com a insuficient la formació rebuda en matèria de consum d'alcohol. En canvi en un estudi de Rodríguez et al. (2001), es recull que un 66,5% dels metges de Murcia considera que té els coneixements apropiats sobre el consum excessiu d'alcohol i els problemes derivats.

Diversos informes d'àmbit internacional realitzats a la dècada del 1990 són coincidents a l'hora d'assenyalar la poca representació curricular en els plans d'estudis d'Infermeria i Medicina de matèries relacionades amb els estils de vida, com ara el consum de tabac, alcohol i altres drogues (Kristeller i Ockene, 1996; Najem, Passannante i Foster 1995; Richmond, 1999). García-Rodríguez (1990), en un treball realitzat amb estudiants de Ciències de la Salut, arriba als següents resultats: un 47,2% considera escassa la formació rebuda en consum de substàncies; un 77,8% voldria participar en cursos especialitzats en temes relacionats amb les drogues; i un 62% creu necessària la formació relacionada amb les drogodependències. Ferry i Runfola (1999), en un estudi realitzat als Estats Units, van comprovar que la majoria de metges i estudiants de Medicina no disposaven de la preparació adequada per tractar la dependència a la nicotina. Malgrat la formació mèdica ha estat assenyalada com un instrument destacat

en el control i la prevenció del tabaquisme, tot indica que ha estat infrautilitzada en la majoria de països (Crofton i Tessier, 1999). Martínez (2003), per la seva banda, també assenyala que la formació de pregrau en Educació i Promoció de la Salut i en la prevenció del consum de substàncies és molt reduïda en les Facultats de Ciències de la Salut. En la mateixa línia, Lloret, Poveda i Soliveres (2004), arriben a resultats similars i mostren les mancances formatives en el cas de les universitats espanyoles, almenys pel que fa a les drogodependències: el 75,3% de les assignatures que inclouen continguts d'aquesta índole són assignatures optatives; un 17,2% corresponen a assignatures de lliure elecció, i només un petit percentatge, el 7,5%, figuren en matèries obligatòries. Per contra, aquesta temàtica és inexistent a les assignatures troncales. Les respostes dels professionals de la mostra estudiada en aquest treball corroboren les insuficiències formatives, a escala universitària, detectades en altres estudis.

Pel que fa a la formació continuada dels professionals de la salut en matèria de prevenció i consum de substàncies en la mostra estudiada d'infermers i metges s'observa que **menys de la meitat dels professionals enquestats (40,7%) va realitzar formació continuada, la majoria (86,1%) en prevenció del consum de substàncies.** Per contra les conclusions de l'estudi realitzat per Mejías et al. (2001) amb una mostra de metges d'Atenció Primària de tretze comunitats autònomes subratllen que un de cada tres metges no havia rebut cap tipus de formació específica en el maneig de problemes relacionats amb l'alcohol i altres drogues. Alhora Mejías et al. (2001) detecten que la majoria dels professionals que havien rebut formació en aquestes matèries havia estat a través d'una activitat formativa de menys de 40 hores, realitzada fora de l'horari laboral, i finançada per la pròpia institució sanitària. També Varela et al. (2003) en un altre treball amb una mostra de 158 metges de Lugo especifiquen que un 41,2% dels homes i un 39,3% de les dones han realitzat cursos sobre prevenció del consum de substàncies un cop finalitzats els estudis. Alhora en l'enquesta realitzada per *la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias d'Extremadura* (2006) es comprova la poca assistència dels professionals a activitats de formació continuada. Altrament, quan els professionals afirmen haver realitzat activitats formatives, la càrrega lectiva ha estat, en general, d'una durada inferior a 30 hores.

En el cas de la formació continuada en la prevenció del consum de substàncies psicoactives, un estudi realitzat per Tenas, et al. (2008), amb metges i infermeres de



Múrcia, ha mostrat que el 41,2% dels professionals han rebut formació específica en tabaquisme: un 56,9% a través de cursos de formació continuada, i la resta mitjançant sessions clíniques i cursos d'una altra índole. L'estudi de Cerrada et al. (2005) mostra que només un 26,1% dels 480 professionals d'Atenció Primària (metges, pediatres i infermers) ha assistit a cursos específics sobre tabaquisme, tot i que el 93,5% considera necessària la formació continuada en tècniques de consell per ajudar els pacients a abandonar el consum. En un treball realitzat per Sainz (2006), amb una mostra de 500 professionals d'infermeria i metges de l'Hospital Clínic San Carlos de Madrid, es mostra que el 80% dels professionals creu que necessita més formació i preparació específica en tabaquisme.

Segons les dades d'un estudi realitzat per Anderson et al. (2003) a escala europea, només dues cinques parts dels professionals de la salut havien rebut 4 hores o més de formació sobre dependència de l'alcohol. Segura et al. (2006) assenyalen que un 30% dels professionals d'APS manifesta no haver realitzat cap tipus de formació en temes relacionats amb l'alcohol; i més de la meitat (52%) reconeix tenir una escassa formació en relació amb aquesta temàtica. Un estudi sobre la percepció de coneixements i formació dels professionals de la salut realitzat a Nova Zelanda (Wouldes, 2009) mostra que el 49% dels participants van informar que necessitaven més coneixements sobre els efectes de l'alcohol; el 74%, sobre cànnabis; el 81%, sobre metamfetamina i opiàcis, i el 84%, sobre la metadona. Només una petita proporció de professionals de la salut va informar que no se sentia segur per assessorar les dones sobre el consum d'alcohol (14%) o de tabac (8%). L'estudi realitzat pel Ministeri de Salut de Nova Zelanda (2010) també mostra que la meitat dels professionals consideren que necessiten més formació sobre els efectes de l'alcohol i un 74% informa que els calen més coneixements sobre el cànnabis. Alhora l'esmentat estudi indica que només el 28% de dones i el 17% d'homes han realitzat formació continuada específica en tabaquisme.

**Els participants perceben els coneixements oferts en les activitats de formació continuada sobre la prevenció del consum de substàncies com a poc adequats a la pràctica clínica, i atorguen a aquest indicador una valoració mitjana de 4,55 (D.T.=2,19). A més, el 94,1% dels professionals enquestats considera que caldria incrementar l'oferta formativa en qualitat; i el 88,8%, en quantitat.** En l'estudi de Mejías et al. (2001), la valoració mitjana de les activitats formatives era de 6,75 sobre

10, i només un de cada tres participants judicava l'activitat formativa realitzada com a regular o dolenta. En l'avaluació d'un curs de formació sobre tabaquisme realitzat pel Ministerio de Sanidad y Consumo (2002) els coneixements proporcionats sobre tabaquisme van obtenir una puntuació mitjana de 8,4 sobre 10; i la dotació d'habilitats per al desenvolupament de la tasca assistencial, 8,8 sobre 10. Un 99% dels participants van declarar que el curs els havia proporcionat una motivació més gran per intervenir en la població fumadora.

En l'estudi de Cornuz et al. (2002) s'observa que la formació dels professionals de la salut en tabaquisme augmenta la qualitat de l'assessorament als fumadors i incrementa la motivació per l'abandó del consum i l'abstinència. Olano, Matilla, Otero, Esteban i Rodríguez (2007) corroboren que la formació específica dels professionals d'APS en tabaquisme pot ser una mesura efectiva per ajudar als fumadors a deixar l'hàbit i fer augmentar significativament les taxes d'abstinència a llarg termini. L'estudi realitzat amb una mostra de metges d'APS mostra que la formació contribueix a detectar més i millor la població fumadora (Cerrada, López, Bouzas, Gómez i Sanz 2005). Altres estudis (Kottke et al., 1999; Spences et al., 1999) han confirmat que quan els professionals tenen formació específica en la matèria, el percentatge d'intervencions per l'abandó del consum augmenta. Per tant fora bo analitzar quin tipus de formació sobre el consum de substàncies s'està oferint per tal d'adaptar-la als interessos i necessitats dels professionals de la salut a fi d'incrementar les taxes de participació en formació continuada.

Els resultats del present treball indiquen que hi ha una sèrie d'**obstacles** que no faciliten la implicació dels professionals de la salut en la formació continuada, en ordre d'importància: **la manca de temps per motius laborals (X=6,33; DT=2,63); l'inconvenient o desplaçament geogràfic (X=6,09; DT=2,96); motius d'índole personal (X=5,98; DT=2,66)**. En el cas del personal interí, cal afegir-hi l'**elevat cost dels cursos (X=5,16; DT=2,88)**. Per contra, són obstacles poc rellevants la manca d'interès pels cursos que s'ofereixen (X=3,52; DT=2,38) i la manca d'autorització per assistir-hi (X=2,30; DT=2,64). No s'observen diferències per raó de sexe en els obstacles percebuts. Cal destacar, però, que a mesura que augmenta l'edat dels participants, també s'incrementa la mitjana de les puntuacions de la variable "manca de temps per motius laborals" com un impediment per a la realització dels cursos de

prevenció. Això es nota, en particular, a les franges d'edat compreses entre els 41 i els 50 anys, i els 51 i 60 anys. El mateix fenomen es repeteix en el cas de la variable “manca de temps per motius personals”. No sembla que la situació familiar (fills menors d'edat, en edat escolar, etc.) influeixi gaire en aquesta mena de valoracions (perquè aleshores aquest factor també s'hauria de reflectir, tant o més, en l'interval d'edat dels 31 a 40 anys).

Aquests resultats es troben en línia dels observats en altres estudis amb una metodologia distinta (percentatges de resposta en lloc de puntuacions; agrupament de variables diferent, etc.). Segons Burguete i Fenollosa (1998), amb una mostra de 120 professionals el 40% de casos de no assistència a cursos de formació és degut a l'inconvenient del desplaçament geogràfic, la durada excessiva del curs i/o la recepció inadequada de la notificació de l'activitat, però un 31.8% dels participants addueix causes laborals, com ara coincidència d'horaris o –per contra- realització del curs fora de l'horari laboral, i un 28% declara raons de caràcter personal i familiar. Segons un estudi de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (2005) els principals factors de la inscripció dels professionals a les activitats formatives són l'aplicabilitat pràctica dels coneixements oferts (96% de la mostra) i la disponibilitat de temps, sobretot en forma de facilitats laborals per part del centre sanitari (90%). En un estudi de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de Extremadura (2006) s'arriba a conclusions similars, és a dir l'inconvenient o desplaçament geogràfic és assenyalat com un obstacle important per un 42% dels participants; una mica per sobre d'altres variables igualment significatives, com ara “la manca de temps per motius personals” 40,4% i la “la manca de temps per motius laborals” 39,3%. Per contra, la variable “els cursos que s'ofereixen no m'interessen” és valorada com a important per un 25,3%; i el cost de les activitats de formació representa un obstacle elevat únicament per un 21,3% dels participants. Finalment, la variable “no m'autoritzen a realitzar activitats formatives” és poc significativa (14,6%).

## 9.2. ACTIVITATS PREVENTIVES

Els resultats de l'estudi indiquen que no hi ha diferències remarcables entre les diferents àrees de promoció de la salut avaluades pels professionals. No obstant això, **les àrees relacionades amb l'alimentació i nutrició, i el consum d'alcohol, tabac i drogues,**

**juntament amb la infecció del VIH/SIDA, són les àrees de promoció de la salut que presenten puntuacions lleugerament més elevades, amb una mitjana de 8 sobre 10.**

Aquest resultat concorden amb l'estudi realitzat per la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias d'Extremadura (2006): en aquest cas, les àrees prioritzades pels professionals foren també l'alimentació, nutrició i problemes derivats, com ara l'anorèxia i la bulímia; i la del consum d'alcohol, tabac i altres drogues. El fet que aquestes àrees estiguin relacionades amb els estils de vida i uns factors de risc afavoridors del desenvolupament de malalties cròniques pot ser la causa que els professionals els hi atorguin més puntuació. Spanau, et al. (2010), en un estudi realitzat amb metges i infermeres anglesos, arriben a unes conclusions semblants, i assenyalen també la importància que els professionals atorguen a la realització d'activitats preventives en la pràctica assistencial. Cornuz et al. (2001), autors d'un estudi d'àmbit suís, remarquen igualment la motivació dels professionals a l'hora d'aplicar activitats preventives relacionades amb les àrees esmentades de promoció de la salut.

**Les dones i les infermeres atorguen puntuacions més elevades que no pas els homes a l'alimentació i a la nutrició.** Tot i que la mostra examinada té més dones que homes (en una proporció de 2.75:1, aproximadament), hi ha un parell de raons que poden explicar aquests resultats. D'una banda, el fet que a l'Atenció Primària de Salut s'atenen malalties cròniques d'una elevada prevalença, com ara la dislipèmia, la diabetis mellitus, la hipertensió arterial, i l'obesitat i el sobrepès, que es beneficien del consell i la intervenció nutricional (Royo, 2004). I d'una altra, l'elevada feminització de les professions sanitàries, que en els professionals d'infermeria representa un 88,6%, i en el cas del metges, un 44,9%, però amb una forta concentració en l'especialitat de medicina de família. Tot sembla indicar que aquest percentatges augmentaran en un futur immediat (Solsona, Treviño, Merino i Ferrer, 2005).

L'Educació per la Salut (EpS) com un mitjà de prevenció és **utilitzada per més de la meitat dels professionals en la prevenció del consum de substàncies**. Aquests resultats també coincideixen amb els obtinguts en l'estudi de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias d'Extremadura (2006), on s'informa que la EpS s'utilitza de forma habitual per la major part dels participants. En canvi, Seguí, Linares, Blanco, Ramos i Torrent (2004) assenyalen, en un estudi realitzat

a Menorca, que el consell i les recomanacions d'EpS representa únicament el 34% de l'activitat realitzada pels professionals d'APS; uns resultats que són gairebé idèntics als de l'estudi de Díez (2001) a Galícia, on només un 38% dels metges d'APS utilitza l'EpS. A Múrcia els resultats de l'estudi de Gervás (1991) mostren encara percentatges més baixos, ja que només en un 10% de les consultes és realitza EpS. Altres autors han trobat percentatges igualment baixos a la Gran Bretanya, com ara Lawlor (2000), segons el qual els metges generals proporcionaven recomanacions sobre estils de vida a una minoria de pacients. Per la seva banda, Silagy i Ketteridge (1998) troben que només un 27% de pacients havia rebut consell sobre aspectes concrets del seu estil de vida en el darrer any. Als Estats Units, Ogando et al. (1995) observa que l'EpS només es realitza en un 12% de consultes. Per la seva banda, Frank i Harvey (1996) al Canadà van detectar que la pràctica del consell davant de pacients amb hàbits no saludables era realitzada pel 36% de metges, únicament.

Les raons d'un dèficit semblant d'EpS han estat identificades per altres estudis. Els resultats del treball de Sáez, Marqués, Pallarés, Serrano, Nuín i Martínez (1999), dut a terme amb professionals de la salut de Lleida, mostren que hi ha correlació entre la formació en EpS (28,2-39,8%) i la realització d'activitats de EpS (44,6-57%); i que la realització d'aquestes activitats anava associada a la disponibilitat de recursos i al lloc de treball o el nivell assistencial. De manera semblant, els resultats del nostre estudi mostren que **el 37,4% dels professionals assenyalen la sobrecàrrega assistencial com l'obstacle més destacat per no realitzar educació per la salut**. Mejías et al. (2000), mostren que el 61% dels metges gallecs atribueixen la no realització de l'educació per la salut a la manca de temps; i un 36% a l'escassa formació. Cornuz et al. (2001), que estudien el cas suís, han trobat que un 41% dels professionals també assenyalen la manca de temps com el principal obstacle per fer educació per la salut; i un 44 % menciona, a més, la manca d'interès dels pacients. Colom et al. (2004) observen que els obstacles per no realitzar educació per la salut presenten diferències segons els professionals: el 40,9% de metges destaquen la manca de temps mentre que el 16,7% de professionals d'infermeria assenyalen la formació insuficient. Nebot et al. (2007) exposen que els principals problemes per una implantació efectiva de programes d'educació per la salut, segons els professionals de la salut de Catalunya, són, per aquest ordre: la manca de temps, les mancances de formació, i les actituds –o la falta de confiança– dels professionals mateixos envers la prevenció i la seva eficàcia. Vogt, Hall i Marteau

(2007) remarquen que un 22% de metges anglesos tampoc no confien en l'eficàcia de l'EpS; i que un 16% atribueix la manca d'EpS a la insuficiència de coneixements.

La sobrecàrrega assistencial i la limitació de temps són factors que fan difícil la realització d'activitats d'EpS en l'àmbit assistencial. El nostre estudi corrobora les conclusions dels estudis anteriors i també s'adiu amb l'informe de la Unió Internacional de Promoció i Educació per la Salut de la Comissió Europea (1999), on es reconeix que el sector sanitari, per ell mateix, no pot aportar grans canvis a les conductes orientades a la salut, i que, per tant, calen accions coordinades amb altres sectors.

Incorporar accions de prevenció, promoció i educació per la salut a l'activitat diària dels professionals dels centres de salut fa necessària una planificació i estandardització de les actuacions corresponents (Villalbí, 2001). En el nostre estudi s'han trobat diferències significatives per raó de sexe, edat i professió en quatre de les cinc activitats relacionades amb la prevenció de consum de substàncies. **Les dones presenten més dificultat per dissenyar un programa de canvi d'hàbits i fer el seguiment i l'avaluació dels efectes del consell. Els professionals de 41-50 anys i els de 51-60 anys valoren com a més difícil recollir informació sobre el consum de substàncies, mentre que els professionals més joves i els metges (sense distinció de franges d'edat) són els que presenten més dificultats a l'hora de recollir dades sobre les creences dels pacients.** Segons el programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS) qualsevol intervenció de prevenció i promoció de la salut impulsada des de l'àmbit d'Atenció Primària de Salut hauria de tenir en compte els factors que poden incidir tant en l'aplicació dels programes de prevenció com en la elecció d'un model de prevenció. Les dificultats expressades pels professionals es poden minimitzar i tenir una major probabilitat d'èxit si es fonamenten en teories i models. El coneixement i la utilització de models fa possible identificar les variables i les dimensions dels comportaments, a més de facilitar la selecció dels mètodes i les estratègies més adients per modificar una situació o un problema de salut (Gustavo i Cabrera, 2000).

### 9.3. ACTIVITATS PREVENTIVES APLICADES EN EL CONSUM DE TABAC, ALCOHOL I CANNÀBIS.

El Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) és utilitzat amb molta freqüència per més de la meitat dels professionals per detectar el consum de tabac (55,2%) i el consum d'alcohol (60,1%). Però en el cas del cànnabis només és utilitzat per un 35,8% dels professionals. Pel que fa al consum de tabac Cabezas, et al. (1996) observaren, a l'estat espanyol, un registre de detecció del consum del 49%. La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2001), en un estudi on s'avaluava el PAPPS, va trobar un registre de detecció de consum de tabac del 54%. Subias et al. (2003), en una enquesta sobre la percepció de la població davant les activitats preventives, mostren que el 88% creu que l'activitat preventiva més realitzada pels professionals de l'AP és el control del tabaquisme. Per contra, Humair i Ward (1998), a Sydney, han comprovat que només un 32% dels metges identifica les persones fumadores. A Montreal, Makmi et al. (2002) mostren que només el 10,5% dels metges generals realitza activitats preventives en relació al tabaquisme. A l'altre extrem, els metges i el personal d'infermeria de Gal·les i Anglaterra, segons McEwan i West (2001), gairebé sempre (99%) pregunten als pacients sobre el consum de tabac i un 57% informa, a més, que actualitza aquestes dades periòdicament. Thorndike, Regan i Rigotti (2007) observen que els metges d'AP de Boston pregunten pel consum de tabac en el 68% dels fumadors. Stead, Angus, Holme i Taid (2009), en una revisió de la literatura científica, troben que entre el 62% i el 98% dels metges de família europeus realitzen cribatge per el consum de tabac.

En una auditoria d'històries clíniques realitzada pel Departament de Salut de Catalunya (2000), s'observa que el registre de cribatge del consum d'alcohol és del 32,2%. Torres, Ceña, Pippi, Fernández, Peñarrubia i García (2008), en un centre d'APS de Barcelona, observen un registre de consum d'alcohol del 47,6%. Per contra, Rubio et al. (2000), en una revisió de les històries clíniques d'un Centre de Salut d'Andalusia, troben que el cribatge de consum d'alcohol estava registrat en el 70,7% de casos. Aquest resultat concorden amb els trobats en l'estudi realitzat per Cerrada et al. (2005) en una Àrea Bàsica de Salut (ABS) de Madrid, on el 72% dels professionals realitzen cribatge sobre el consum d'alcohol; un percentatge que s'incrementa fins un 92,4% quan les persones presenten malalties associades al consum. Segura-Garcia et al. (2006), en un estudi

realitzat en 28 ABS espanyoles, mostren que el 46,7% dels professionals realitzen cribatge pel consum d'alcohol. Altres estudis han trobat registres de consum que oscil·len entre un 40% i un 53,4% (Altisent et al. 1999; Mena et al. 1999). A Michigan, Spandorfer et al. (1999) destaquen que el 64,9% dels metges realitzen cribatge per l'abús o la dependència de l'alcohol en la visita inicial en un 80% dels pacients.

En el cas del cànnabis, els estudis són més aviat escassos. Wouldes (2009), en un informe realitzat pel Departament de Psicologia Clínica de Austràlia, mostra que el 78% de professionals de la salut pregunten de manera sistemàtica pel consum d'alcohol; i el 88% pel consum de tabac. Però aquests percentatges baixen significativament quan es pregunta pel consum d'altres drogues, com ara el cànnabis (52%), els opiàcis (34%) o la metamfetamina (33%). En el nostre entorn, tot i que el PAPPS recomana el cribatge de consum de drogues, no hi ha estudis ni treballs que n'hagin avaluat la seva aplicació en l'àmbit de l'APS. En part, per la manca –encara– d'instruments específics d'avaluació i diagnòstic adaptats a l'APS.

Una vegada detectat el consum, els professionals disposen d'una sèrie d'instruments específics per avaluar i diagnosticar el consum de tabac i alcohol. **En general, els instruments d'avaluació i diagnòstic pel consum de les substàncies estudiades són poc utilitzats pels professionals. En el cas del tabac s'observa que el test de Fagerström és utilitzat molt sovint per un 29,7% dels professionals i sovint per un 38,4%, mentre que el questionari Richmon és utilitzat molt sovint pel 18,1% dels entrevistats i sovint per un 26,4%.** Cerrada et al. (2005) assenyalen que el 72% dels professionals madrilenys d'APS avalua el consum de tabac sempre o freqüentment; una proporció que augmenta fins al 92,4% quan es tracta de pacients que presenten malalties relacionades amb el tabaquisme. Humair i Ward (1998), quan analitzen els instruments utilitzats pels professionals de Sydney per l'abandonament del consum de tabac a l'APS, observen que la quantificació del consum a partir del Test de Fagemström es realitza entre el 46% i el 54% dels fumadors. Al Canadà, Tremblay et al. (2005), mostren que el 93% dels metges avaluen la condició dels fumadors; el 92% els pregunta pel nombre de cigarretes consumides diàriament; i el 34% s'informen sobre quan han fumat la primera cigarreta.. També s'ofereix més seguiment i es proporciona consell escrit en el 63,3% de pacients. Per la seva banda, Kottke et al. (1998) constaten que la



majoria de professionals només aconsellen als fumadors que presenten patologia associada i amb una elevada dependència.

En el cas del consum d'alcohol, els resultats mostren que **el qüestionari ISCA dissenyat per preguntar sobre el consum d'alcohol és utilitzat molt sovint pel 50% dels professionals, mentre que la resta d'instruments (Audit, Cage i Malt) són utilitzats per menys de la meitat dels professionals: l'Audit és utilitzat molt sovint pel 10,1% dels professionals; el Cage, pel 20,5%; i el Malt, pel 5,6%, únicament.** Spandorfer et al. (1999) assenyalen que el 95% de metges de família pregunten sovint o sempre per la quantitat i la freqüència del consum d'alcohol. No obstant això, només el 35% afirma que sovint o sempre utilitza el qüestionari Cage. Rubio et al. (2000), en una revisió d'històries clíniques, troben que el consum d'alcohol es va quantificar en el 63,1% de casos: en un 36,9%, però, no hi constava la quantitat consumida, i en un 46,4% el consum era de risc, raó per la qual es va realitzar en tots els casos alguna mena d'intervenció per modificar o disminuir el consum. L'auditoria d'HC realitzada per Seculi et al. (2003) mostra que el consum de risc només es va detectar i avaluar en el 6,7% de consumidors. Segura et al. (2006) exposen que el 14,5 % dels professionals no utilitza cap instrument d'avaluació ni de diagnòstic; el 48,7% fa servir la percepció clínica; el 7,9%, el qüestionari Audit; i el 28,9%, altres mètodes no especificats. Torres, et al. (2008) observen, a Barcelona, un registre de consum d'alcohol del 47,6%; i que un 61.2% de consumidors no estaven registrats.

Pel que fa als instruments d'avaluació de consum de cànnabis, **el PAPPS, és utilitzat molt sovint per un 35,8% dels professionals i sovint per un 23%.** Actualment, els instruments específics per detectar i avaluar el consum de cànnabis i els problemes relacionats amb aquesta substància estan en fase d'estudi. Recentment, però, alguns països europeus (Alemanya, França, Països Baixos, Polònia i Portugal) han incorporat en les enquestes de població els instruments per mesurar la dependència o els problemes associats amb l'ús del cànnabis. Les escales més utilitzades per mesurar les conseqüències negatives del consum de cànnabis són SDS, CUDITA i CAT. En relació als resultats del nostre estudi, i atesa l'elevada prevalença d'aquest consum en la població adolescent i jove, seria recomanable la incorporació d'algun d'aquests instruments de detecció i diagnòstic a l'Atenció Primària de Salut.

Tot i el desenvolupament d'eines de detecció, avaluació i diagnòstic adaptats a l'APS, els resultats obtinguts en aquest estudi són coincidents amb els d'altres autors, com ara Spandorfer et al. (1999), quan constaten que els professionals de la salut detecten poc el consum d'alcohol; Roche et al. (2002), que han pogut comprovar la insuficient detecció del consum de drogues; i Wouldes (2009), segons el qual menys del 7% dels professionals utilitzen qüestionaris estandarditzats per diagnosticar el consum de substàncies.

Holmwood (2002) argumenta que aquesta situació es pot explicar, d'una banda, per la formació limitada dels professionals en matèria de prevenció i tractament en els problemes relacionats amb el consum d'alcohol, tabac i altres drogues, i d'una altra, pel fet que aquestes problemes hagin de ser compartits amb altres àrees de prevenció, com ara l'alimentació, la diabetis, la tensió arterial, etc., la qual cosa fa que els professionals de l'APS no prioritzin el consum de substàncies, i que es concentrin en aquelles àrees de prevenció més tradicionals.

Per tal de planificar les estratègies de prevenció i adequar les intervencions a l'estadi evolutiu en el qual es troba la persona, els informes, les guies clíniques, els protocols i els programes de deshabitució del consum de drogues recomanen la valoració de la motivació mitjançant el model de canvi de Prochaska i DiClemente. **En el nostre estudi menys del 5% dels professionals utilitza aquest model per valorar la motivació dels pacients en qualsevol de les substàncies estudiades.** Humair i Ward (1998) troben que l'avaluació de la motivació per abandonar el consum de tabac, juntament amb el consell individualitzat, els consells pràctics i el material de suport escrit, només es va fer en un terç o menys de les intervencions realitzades pels professionals de Sydney. Makni et al. (2002), a Montreal, han trobat que un 26,1% dels professionals coneix el model de les etapes de canvi. Els nostres resultats contrasten sobretot amb els de Tremblay et al. (2005), segons el qual, al Canadà, un 62% de metges avaluen la motivació del pacient disposat a abandonar el consum de tabac. En el cas de les altres substàncies no s'han trobat estudis en què els professionals valorin la utilització del model de Prochaska i DiClemente. Aquesta situació es podria explicar per la percepció de poca perillositat que comporta el seu consum tal com indica l'estudi realitzat per Salamó, Gras i Font-Mayolas (2010) sobre patrons de consum d'alcohol en la adolescència.

Les activitats relacionades amb els programes de canvi es realitzen amb molta freqüència per més del 50% dels professionals quan es tracta de consumidors de tabac i d'alcohol amb intenció de canvi, però el percentage disminueix fins el 40% quan es tracta de consumidors de cànnabis. Pel que fa al consum de tabac els resultats mostren que un 58,9% dels professionals ofereixen molt sovint consell per abandonar el consum de tabac i un 34,6% ho fa molt sovint. També s'observa que més de la meitat dels entrevistats ofereixen visites de seguiment i suport durant el procés de deshabitació i que un 63,5% ofereix tractament farmacològic i terapia psicològica. Subias et al. (2000) indiquen que els estudis realitzats per la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria estimen que el 32,8% de fumadors reben consell per abandonar el consum; igual que el 44,7% de persones amb diagnòstic de consum excessiu d'alcohol i el 65% de consumidors de risc. Però el 49,4% no va rebre cap tipus de material escrit o de suport. En el 59,1% dels fumadors el consell va ser proporcionat per un metge; el 29,5% per infermeria; el 8,1% per un dels dos professionals. McEwan i West (2001) mostren que el 50% de metges i infermeres d'Anglaterra i Gal·les aconsella als fumadors l'abandonament del consum de tabac; un 76% els recomana una reducció del consum, i un 83% prescriu tractament farmacològic de suport. Makni et al. (2002) informen que el 49,8% dels metges de Montreal ofereix visites de seguiment; el 42,5%, material educatiu; el 20% realitza activitats a la comunitat; i el 45,7% està assabentat dels recursos comunitaris disponibles per ajudar els pacients a deixar de fumar. Cerrada et al. (2005) obtenen resultats més elevats: el 85,8% de professionals de la salut d'una ABS de Madrid ofereix visites de seguiment, i el 63,5% proporciona consells escrits als fumadors. L'estudi també informa que el 75% dels professionals no fumadors es considera model social mentre que el 40% dels fumadors no se'n considera. L'estudi de Humair i Ward (1998) fa notar que els professionals mai no van proposar el consell i l'ajuda farmacològica de substitució de la nicotina. Izquierdo, Villegas, Muñiz i Quintas (2006), en una anàlisi basada en les històries clíniques d'un centre d'APS de Madrid, observen que el 56,1% dels fumadors va rebre consell i ajuda per abandonar el consum de tabac.

**En el cas del consum d'alcohol un 68,9% dels professionals ofereix molt sovint consell per deixar el consum i un 22,6% realitza aquesta activitat sovint.** Segura et al. (2006) mostren que només en un 9,2% de les HC de catalunya examinades constava el consell per la reducció del consum d'alcohol; un percentatge ben diferent del

d'aquells pacients que diuen haver-lo rebut (16,9%) i dels metges que afirmen haver-lo donat (51,3%). L'estudi de Rodríguez et al. (2001), realitzat amb professionals de Múrcia, mostra que el 54% realitza alguna mena d'intervenció un cop detectat un consumidor. Si el pacient presenta un consum excessiu d'alcohol, però sense síndrome d'abstinència i sense patologia relacionada amb el consum, el 97,7% dels professionals realitza una intervenció breu en el mateix moment de la detecció. Quan el pacient presenta greus trastorns de la conducta, juntament amb una problemàtica social relacionada amb el consum, el 68,4% dels professionals el deriva cap a un altre nivell assistencial o a un centre especialitzat; i el 26,5% opta per realitzar un tractament en el mateix centre. Pel que fa al consell de consum d'alcohol, un estudi realitzat amb metges de Sevilla, publicat el 1990, destaca que un 28% dels metges, quan es troba davant un pacient amb problemes relacionats amb l'alcohol, només fa tractament del seu problema mèdic o somàtic; un 18% el deriva cap a l'especialista; un 22% fa consell i educació sanitària; i un 10% fa desintoxicació; un 5%, psicoteràpia; i un 17% deriva el pacient al treballador social.

El present estudi mostra que **el consell realitzat pels professionals en el consum de cànnabis va ser realitzat molt sovint per un 45,7% dels professionals i sovint per un 31,7%**. Les investigacions sobre les intervencions i el consell breu en el consum de drogues són molt escasses, i encara més quan es tracta del consum de cànnabis. Autors com ara Saunders, Wilkinson i Phillips (1995) mostren que les intervencions breus són molt eficaces en el consum de drogues en general. Però els treballs de Copeland et al. (2001) i Stephens et al. (2000) conclouen que el consell i les intervencions breus també són eficaços en el cas del cànnabis. D'acord amb aquests resultats, i en relació amb el nostre estudi, sembla convenient introduir a les consultes, i d'una manera sistemàtica, el consell breu en el consum de cànnabis.

Els centres d'Atenció Primària disposen d'una oferta molt àmplia d'activitats de promoció, prevenció i educació per a la salut sanitària adreçades a la població. L'objectiu d'aquestes activitats és el de mantenir a la població informada sobre els hàbits i els estils de vida saludables, i respondre, alhora, a les noves necessitats de salut de les persones. L'ICS, i els seus EAP, han donat suport a tots els projectes institucionals que impliquen a la comunitat: Salut i Barris; Salut i Escola; PAAS; PIX, etc. **El resultat del present estudi mostren, però, que els professionals realitzen**

ben poques activitats llevat de la consulta. En el cas del tabac, el 64,9% dels professionals informen no realitzar mai activitats comunitàries externes. Pel que fa a l'alcohol, el percentatge és lleugerament més elevat (69,3%). I en el cas del cànnabis, el percentatge augmenta encara més (78,8%). Segons el nostre estudi, tampoc no hi ha gaire coordinació d'activitats amb altres professionals o institucions. En el cas del tabac, el 65,8% no treballa coordinadament amb altres professionals o institucions; un percentatge que puja fins el 71,6% en el cas del l'alcohol, i fins el 78,3% en el cas del cànnabis. Finalment, els professionals no desenvolupen prou recerca sobre la problemàtica del consum de substàncies. En el cas del tabac, un 77,8% no fa recerca en aquesta temàtica; un percentatge, si fa no fa, igual que en el cas de l'alcohol (77,7%), però que augmenta encara més en el cas del cànnabis (82,6%). Tot plegat, corrobora que els professionals de la salut no fan educació per a la salut, sinó educació sanitària i centrada en la malaltia, segons el model biomèdic i de salut pública tradicional. Per aquesta raó, caldria elaborar un model de prevenció comú que els pugui facilitar la recollida de dades no estrictament o únicament bio-sanitàries, sinó que també prengui en consideració altres variables de caràcter social i conductual.

Pel que fa a la valoració de les activitats preventives, els resultats mostren que hi ha dificultats a l'hora d'aplicar-les. En el conjunt de la mostra, les dificultats més esmentades són: la falta de temps, mencionada pel 22,4% dels professionals; la falta de formació (17,8%); i la poca resposta del pacient (10,5%). Es pot observar, però, que els homes (31,8%), els metges (29,1%) i el personal fix (25,7%) són els que presenten uns percentatges més elevats en la valoració de la variable manca de temps. En canvi, les dones (21,3%), les infermeres (23,3%) i el personal caràcter fix (22,8%) atorguen percentatges més elevats a la falta de formació. Pel que fa a la poca resposta dels pacients, els homes (13,6%), els metges (15,2%) i el personal interí (11,1%) són els que atribueixen uns percentatges més alts a aquesta dificultat. La pressió assistencial també ha estat una dificultat més informada pels homes (22,7%), els metges (19%) i pel personal fix (11,9%). Aquests resultats sintonitzen amb els d'altres estudis. Brugulat et al. (1998), en un estudi d'àmbit català, conclouen que la integració de les activitats preventives en la pràctica professional és influïda per la formació acadèmica, el temps disponible, els coneixements, les actituds i les característiques sociodemogràfiques dels professionals. Els estudis d'àmbit espanyol

o estatal també arriben a conclusions similars. Casado et al. (2004), en un treball realitzat amb professionals de Toledo, coincideixen que la falta de temps i la manca de formació són les dificultats més destacades. Buitrago (2004), per la seva banda, identifica com a dificultats més assenyalades la manca de temps, la inèrcia de la pràctica assistencial, la desconfiança davant la pertinença de la prevenció, les divergències entre les recomanacions, la falta de motivació i la formació específica en matèria de prevenció. Klotte et al.(2005) consideren que la càrrega excessiva de treball i la manca de temps són les principals dificultats a l'hora de desenvolupar activitats de prevenció i promoció de la salut. En la mateixa línia, Nebot et al. (2007) mostren que les dificultats més informades són: la manca de temps, la manca de formació, les actituds dels professionals cap a la prevenció, i l'excés de càrrega assistencial. L'estudi de Colom et al. (2002) també coincideix força amb els resultats de la present recerca, sobretot pel que fa a les diferències observades entre les respostes dels professionals de medicina i les del personal d'infermeria: els primers subratllen la manca de temps (40,9% vs 16,7% d'infermeria) i els segons, el fet de no tenir formació suficient. En el cas dels professionals de la salut de Suïssa, Cornuz et al. (2000) també informen que les dificultats més destacades pels professionals són la falta de temps i la manca de formació.

Segons Martín-Zurro i Cano (2008), la falta de temps per atendre els pacients incideix en el grau de compliment de les recomanacions preventives i de promoció de la salut, i influeix, a més, en l'efectivitat per modificar les conductes i els hàbits de risc. Tanmateix, Paniagua et al. (2010), en un estudi realitzat amb professionals de Còrdova, van calcular la mitjana de temps que els professionals destinaven a cada consulta, i van poder observar que, quan es realitzaven activitats preventives, la mitjana de temps era de 7,04 minuts, mentre que si no se'n feien, el temps per consulta era de 5,6 minuts., és a dir, una diferència no gaire considerable. Calen més estudis per verificar si la dificultat "manca de temps" és una dificultat objectiva o si és tracta més aviat d'una percepció dels professionals susceptible de ser modificada.

És força habitual que els professionals de la salut posin en dubte els beneficis de les intervencions en prevenció del consum de substàncies. No obstant això, hi ha evidències que aquestes intervencions són possibles i efectives, tal i com s'ha demostrat en alguns estudis sobre la disminució del consum de tabac i alcohol (Córdoba et al.,1990; Nebot et

al., 1989). Els resultats d'un estudi d'àmbit espanyol, realitzat amb metges de família, mostren els elevats percentatges d'abandonament obtinguts quan els professionals realitzen les activitats preventives i de consell (Subias et al., 2000). L'estudi de Klotte et al. (2005) mostra que els metges de família espanyols realitzen més activitats preventives que els metges europeus, la qual cosa reflecteix una implantació i un desenvolupament més gran dels programes de prevenció i promoció de la salut en l'àmbit de l'Atenció Primària a Espanya. Els resultats del present estudi mostren, però, **que el 22% de dones, el 25% de metges, el 17,2% d'infermeres, i el 22,6% del grup d'edat de 40 a 50 anys consideren que la realització d'activitats preventives sobre el consum de substàncies comporta cap o pocs beneficis.** Aquestes dades coincideixen amb les conclusions de l'estudi realitzat per Izquierdo et al. (2007), amb professionals de Madrid, que informen que les intervencions preventives són poc útils per ajudar els pacients en el canvi d'hàbits. D'altra banda, Ebrahim et al. (2006), en el seu estudi sobre els factors de risc cardiovascular, conclouen que els professionals de la salut consideren que l'efectivitat de les intervencions de prevenció en aquest àmbit és més aviat incerta. Garr et al. (2000) afegeixen que la percepció de la poca efectivitat de la prevenció que tenen els professionals de la salut és un resultat dels dèficits de formació i de la sobrecàrrega de treball. Un estudi canadenc, amb 200 metges de família, arriba també a la conclusió que entre un 48% i un 58% dels professionals consideren que les activitats de prevenció són ineficaces a l'hora d'aconseguir que els pacients abandonin o disminueixin el consum de tabac, augmentin la seva activitat física o adoptin una dieta saludable (Grant, Niyonsenga, Dion, Delisle, Xhignesse i Bernier, 1998).

Actualment, la integració de les activitats preventives en la pràctica clínica, com ara les recomanacions i els consells, es considera una estratègia fonamental per a millorar la salut de la població (OMS, 1986). En l'àmbit assistencial, l'educació i la promoció de la salut haurien d'incloure tots els nivells de prevenció: dels consells adreçats a fomentar estils de vida saludables fins a les recomanacions per a millorar el compliment terapèutic i el foment de l'autocura en les malalties cròniques (Nebot, 1987). En el present estudi, **dos de cada tres participants valora entre 8-10 la importància d'utilitzar l'educació per la salut a la consulta. Els resultats indiquen, a més, que els homes, les infermeres i els majors de 60 anys atorguen més importància a l'educació per la salut.** Això significa que, malgrat les dificultats expressades pels

professionals en la realització de les activitats preventives i la seva desconfiança envers l'eficàcia d'aquestes intervencions, els professionals valoren molt l'educació per a la salut. Per tant, a l'hora de dissenyar les activitats preventives s'haurien de tenir en compte tant les dificultats objectives com aquesta predisposició dels professionals. Per aquesta raó, el disseny de les intervencions hauria de posar l'èmfasi en els beneficis objectius i verificables de la prevenció i educació per a la salut: una forma, en definitiva, de modificar la percepció o l'escepticisme que en tenen molts professionals.

#### **9.4. FACTORS RELACIONATS AMB L'ÚS DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT**

**Els participants que realitzen promoció de la salut són els que han rebut més formació en educació per a la salut en consum de substàncies i alhora són els que més valoren la utilitat del cursos sobre prevenció del consum de substàncies.** Aquest resultat concorden amb l'estudi realitzat per l'OMS, segons el qual la formació influeix en el grau de compromís del professionals a l'hora de treballar amb pacients amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). L'estudi de López Forcada, Miller, Pasarin, Rua i Foz (2010), realitzat en 15 equips d'atenció primària adscrits a la xarxa Actuant Units per a la Salut de Catalunya (AUPA), assenyalava que la formació, les experiències prèvies, l'interès i la creença en el benefici de l'activitat són els elements més importants per a realitzar una activitat comunitària. L'estudi realitzat en professionals d'AP per Clèries, Sarrado i López (2007) també identifica la motivació i la formació prèvia com els factors més relacionats amb la realització d'activitats comunitàries. La manca de programes formatius adequats a les necessitats dels professionals i la manca de formació continuada de determinats col·lectius que intervenen en la promoció de la salut comporta inseguretats i desorientació en les actuacions que es duen a terme (Generalitat de Catalunya, 2008)

**La manca de temps i el desplaçament geogràfic són els factors obstaculitzadors més destacats per realitzar formació en aquells professionals que utilitzen la promoció de la salut.** La integració de la formació en promoció i educació per a la salut en els plans territorials de formació continuada de les diferents institucions sanitàries territorials, i l'enfocament de la formació cap als professionals i agents de salut que



treballen en promoció de la salut en un determinat territori, són dues mesures que poden contribuir a minimitzar aquests obstacles. D'altra banda, l'ús dels nous mitjans de formació, com ara la formació multimèdia, pot facilitar noves oportunitats de formació a aquells professionals i col·lectius allunyats geogràficament dels centres habituals de formació (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003).

**Els professionals que realitzen activitats de promoció de la salut en consum de substàncies psicoactives valoren més aquesta activitat respecte als que no la utilitzen. Aquest fet s'observa especialment en el cas del tabaquisme.** Aquesta relació també va ser observada per McAvoy et al. (1999) en un estudi realitzat amb una mostra de 230 metges de família anglesos: els professionals que havien rebut formació específica en consum de tabac i d'alcohol declaraven sentir-se més eficaços (64%) o molt eficaços (58%) a la hora de modificar el consum dels seus pacients. Alhora, el 50% dels professionals que realitzaven promoció de la salut van atorgar molta importància a aquesta activitat.

Les activitats clíniques de prevenció de la malaltia recomanades per les autoritats sanitàries consumeixen temps i dedicació dels professionals: des de 2 hores i mitja diàries, segons l'estudi de Paniagua et al. (2010), fins prop de 8 hores diàries, segons el treball de Yarnell, Pollak, Ostbye, Krause i Michener (2003). Els resultats del present estudi mostren que **els professionals que realitzen promoció per a la salut són els que presenten mitjanes més elevades pel que fa a la valoració de la sobrecàrrega assistencial. Els que no realitzen aquestes activitats atorguen més puntuació a la variable manca de formació.** A l'estudi de Duro (2002) sobre el discurs dels professionals de la salut davant l'educació per a la salut, realitzat amb una metodologia qualitativa, els professionals informen que l'educació per a la salut és una activitat minoritària, i que es realitza, sobretot, per la motivació d'alguns professionals abans que no pas per obligació o imposició del sistema sanitari. En el **present estudi els professionals indiquen la falta de motivació com un obstacle.** Aquesta situació pot millorar amb la inclusió de les activitats de promoció i protecció de la salut en un context comunitari; l'establiment subseqüent d'unes intervencions complementàries de caràcter col·lectiu; i la coordinació adient entre els serveis de salut pública i les institucions i entitats ciutadanes (Segura, 2007).

Els professionals han valorat una sèrie de dificultats relacionades amb l'aplicació de les activitats preventives, segons si utilitzen o no la promoció de la salut. **S'observa que els professionals que no realitzen promoció de la salut són els que presenten mitjanes més altes quan valoren les dificultats per realitzar activitats de prevenció del consum de substàncies.** El paper dels professionals de la salut en la modificació dels estils de vida comporta la realització d'una sèrie d'activitats, com ara diagnòstic/valoració, tractament/intervenció, pla de canvi, vigilància, control i avaluació. L'ús d'un model adient no solament facilita el desplegament i el seguiment d'aquestes activitats, sinó que també millora l'eficàcia de la promoció de la salut (Prochaska et al., 1994).

### 9.5. MODEL PREDICTIU DE L'ÚS DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

Quan s'analitzen conjuntament les variables que prediuen l'ús de l'educació per a la salut en els professionals de la mostra estudiada es destaca: **la dificultat en el disseny d'un programa de canvi d'hàbits; la formació en prevenció del consum de substàncies per al treball que es realitza; i la importància atorgada a la promoció de la salut en relació al consum de tabac.** Hi ha un bon nombre d'estudis que han trobat una relació entre la formació dels professionals i la realització d'activitats d'educació per a la salut, tant en la prevenció en general com en la prevenció específica. Cohen (1999) assenyala com a dificultat el fet de no saber com formular les preguntes adients. Mullen (1998) informa que els elements que influeixen en els professionals a l'hora de realitzar activitats d'educació per a la salut relacionades amb el consell són: l'autoeficàcia, la motivació dels professionals, i els resultats assolits pel pacient. En la tesi realitzada per Martín (2005) sobre la factibilitat del consell preventiu en els accidents de trànsit es conclou que la formació dels professionals s'hauria de centrar en els models d'educació per a la salut, els processos de canvi, i els elements del consell sanitari que tenen relació amb la conducta que es vol prevenir, en aquest cas el consum de substàncies. El resultat de la nostra mostra indiquen que els professionals que utilitzen l'educació per a la salut perceben **una menor dificultat en el disseny de programes de canvi d'hàbits, valoren més la formació en la prevenció del consum de substàncies, i atorguen una importància més gran a la promoció de la salut en relació al consum de tabac.**

## 9.6. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

En primer lloc cal destacar que la mostra d'estudi està formada per professionals de la Regió Sanitària de Girona i que els resultats poden no ser generalitzables a altres Regions Sanitàries Catalanes i/o de la resta de l'Estat. Tampoc es pot garantir que el 13% dels professionals que no van accedir a participar siguin semblants als participants pel que fa a les variables avaluades.

D'altre banda, l'ús de l'entrevista com a instrument de recollida de la informació fa que no es pugui descartar l'existència d'un biaix de desitjabilitat social o de manca de sinceritat en les respostes.

Al mateix temps, les característiques del disseny de la investigació no permeten establir relacions de causa-efecte entre les variables estudiades ni tampoc definir la direccionalitat d'aquestes relacions.

## 10. CONCLUSIONS

La mostra de professionals estudiada indica, un cop més (Díez, 2001; Franck i Gary, 1999; Holund, 1997 i Malheux, 1982), que **la formació dels professionals de la salut en matèria d'EpS és limitada o percebuda com a insuficient**; en part, per les mancances curriculars de les titulacions universitàries de medicina i d'infermeria, tal i com exposa l'Informe del Grup de Treball de Promoció de la Salut de la Comissió de Salut Pública del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, (2003).

Tot i que els professionals en general consideren la formació rebuda com a escassa, cal fer notar que **els professionals d'infermeria valoren millor que els metges la formació rebuda en EpS**. En aquest sentit, els resultats d'aquest treball suggereixen la possibilitat o fins i tot la conveniència que **la infermeria, amb el suport de la institució sanitària, pugui liderar les activitats de promoció i educació per la salut**, tant a les consultes de l'APS com al si de la comunitat. Sobretot, si es té en compte que els plans d'estudis i el disseny curricular d'Infermeria, a Catalunya i arreu, inclou de fa temps un model d'atenció específic de promoció de la salut, elaborat per Nora Pender l'any 1975 (Marriner i Raile, 2007), i que integra instruments idonis, com ara la Teoria de l'Aprenentatge Social de Bandura i el Model de Creences de Salut (Maiman i Becker, 1974). Com és sabut, els factors implicats en les drogodependències són d'ordre prou variat: característiques personals dels subjectes consumidors; l'oferta de substàncies; els seus trets farmacològics; variables d'índole familiar i social; i fins i tot la cultura de l'oci dels diferents col·lectius. Davant d'una complexitat semblant, qualsevol estratègia de promoció i educació per a la salut adreçada a la prevenció de les drogodependències haurà de compaginar intervencions i actuacions sobre aquells factors que en poden facilitar o estimular el consum (factors de risc), però també sobre aquells altres elements, com ara la informació, l'educació, les competències personals o socials, i els valors, que poden, per contra, inhibir o modular els factors de risc i fer els individus menys vulnerables davant del consum (factors de protecció). La promoció i l'educació per a la salut hauria de tenir en compte tots dos vessants.

L'estudi també aporta informació sobre la necessitat de formació dels professionals en relació al consum de drogues. Així, **el 80% dels participants considera que caldria**

**millorar la seva formació en qualitat, i el 67% en quantitat, sobre tabac, alcohol, cànnabis i cocaïna.** Per les raons apuntades en el paràgraf anterior, però, la formació dels professionals de la salut en aquesta àrea temàtica hauria de contemplar no solament els coneixements mèdics i epidemiològics relacionats amb els problemes de salut derivats del consum, sinó també alguns conceptes psico-socials bàsics, i fins i tot determinats aspectes de la metodologia didàctica emprada en educació i promoció de la salut. D'aquesta manera els professionals podrien millorar facetes de la seva actuació, com ara la programació d'activitats d'EpS i el disseny de materials de promoció de la salut.

Tot i que els professionals són conscients de les seves mancances formatives, **hi ha alguns factors que dificulten o impedeixen la realització de les activitats formatives.** Les principals raons adduïdes són la manca de temps per motius laborals i personals; i els inconvenients del desplaçament geogràfic. Els resultats mostren, a més, que aquells professionals que utilitzen més l'EpS com a eina habitual de la seva activitat són també aquells que valoren el desplaçament geogràfic com un obstacle important. Cal, doncs, tenir en compte aquests factors a l'hora de planificar l'oferta formativa dels professionals, i adequar-ne, sobretot el lloc i l'horari.

En conjunt, els resultats de l'estudi realitzat suggereixen que **hi ha una necessitat de formació entre els professionals participants, i tant en temes d'EpS com en prevenció del consum de substàncies.** Altrament, l'accés dels professionals a la formació és també una forma de sensibilitzar-los en aquestes matèries i de millorar-ne, alhora, l'aplicació pràctica. La mostra estudiada revela que **els professionals que han rebut formació especialitzada en la prevenció del consum de substàncies utilitzen més l'EpS com a eina de prevenció en la seva activitat diària.** L'organització de jornades i cursos de formació (cursos d'especialització, postgraus, etc.) destinats als professionals pot comportar beneficis a les institucions sanitàries. En primer lloc, tot millorant la comunicació entre el professional i el pacient. D'aquesta manera, el professional pot dur a terme la seva activitat amb més seguretat, sobretot a l'hora de fer determinats diagnòstics, i el pacient, al seu torn, es pot sentir més ben atès. I en segon lloc, tot afavorint un estalvi de recursos del sistema sanitari (diners i hores de feina dels

professionals) perquè el diagnòstic i les activitats subsequents podran ser més acurades de bon començament.

L'estudi informa també sobre la percepció dels participants en matèria de l'EpS. Així, **les àrees de l'EpS prioritzades pels professionals** són els estils de vida relacionats amb l'alimentació i la nutrició, amb força diferència; i després, l'alcohol, el tabaquisme i altres drogues; la infecció VIH/SIDA; les malalties de transmissió sexual; la salut bucodental; i la immigració. Saber quines són les àrees prioritàries de l'EPS segons els professionals és una dada important, sobretot a l'hora de planificar la seva formació i les activitats de promoció de salut que es fan a la consulta i a la comunitat. En cas contrari, es corre el risc de no obtenir els beneficis previsibles de les intervencions.

Aquesta manca de resultats de l'EpS també pot estar influïda per un context laboral prou advers. Segons els participants, **la sobrecàrrega de treball i la manca de temps**, juntament amb la poca competència per involucrar els individus en els canvis de conducta corresponents, disminueix l'eficàcia dels programes de promoció de la salut en l'àmbit de l'APS o fins i tot n'inhibeix la seva programació. Tot i així, **els professionals consideren l'EpS com una eina important en el seu treball habitual en matèria de prevenció de consum de substàncies**, la qual cosa remet, un cop més, a les mancances de formació (exposades en l'epígraf anterior).

**Els participants realitzen, bàsicament, prevenció secundària, i l'instrument de detecció més utilitzat és el PAPPS.** Entre els instruments específics per a substàncies, cal destacar l'ISCA en el cas del consum d'alcohol, però la resta d'instruments de detecció i diagnòstic no són gaire utilitzats pels professionals. Si l'APS ha d'abordar el consum de substàncies de forma integral, tal com es recomana en tots els estudis i informes realitzats sobre l'APS, caldrà fomentar en els professionals l'ús de tots els instruments disponibles i adaptats a cada consum i a cada tipologia de consumidor. D'aquesta manera es poden endegar intervencions més personalitzades i efectives.

Els resultats, però, també mostren **l'absència d'instruments de valoració i diagnòstic en el cas del consum de cànnabis.** Ara com ara, hi ha escales curtes per mesurar les formes problemàtiques de consum de cànnabis en la població general, però no pas,

encara, per cribar la població general. La dependència del cànnabis es pot mesurar de manera fiable tant en la població general com en algunes mostres de consumidors sotmesos a tractament, inclosa la mesura de la síndrome d'abstinència. Actualment, l'OEDT està desenvolupant mètodes per supervisar les formes de consum de cànnabis més intensives i significatives a llarg termini. En els darrers anys, a més, s'han assajat diferents metodologies per estimar en les enquestes de població general la prevalença del consum intensiu i problemàtic, especialment en el cànnabis. Tot i així, hi ha encara algunes dificultats en aquest àmbit de mesura, sobretot per la falta de consens en el tipus de factors (com ara dependència, abús, consum perjudicial, problemes relacionats amb el consum) o en el conjunt de factors que s'haurien de mesurar per avaluar les formes problemàtiques de consum de cànnabis. També hi ha dificultats d'estimació, perquè la mesura d'un fenomen amb una prevalença baixa pot provocar molts casos de “falsos positius” i, per tant, una sobreestimació del consum problemàtic de cànnabis en la població general (Mennes et al., 2009).

Els resultats de l'estudi mostren també **la manca d'utilització del Model Transteòric de Canvi** (Prochaska i DiClemente, 1982). Una de les raons que poden explicar aquesta omisió és el desconeixement d'aquest model teòric, tot i estar recomanat en els protocols i les guies clíniques de prevenció de substàncies de fa temps. Aquest model serveix per avaluar la motivació de les persones per abandonar el consum i, en conseqüència, classificar les diverses intervencions destinades a promoure la utilització d'activitats preventives.

A tenor de l'estudi realitzat es pot observar, a més, que **la prevenció primària es realitza poc**. L'única activitat d'aquesta mena que es fa sistemàticament és el consell. Altrament, la poca avaluació en general del consell fa que tampoc no es pugui garantir el seu grau d'eficàcia. Calen, doncs, **estudis que avaluïn el consell i la seva eficàcia, si es vol fomentar la seva pràctica en el marc de la prevenció en l'APS**.

Finalment, **el 90% de professionals no realitzen intervencions comunitàries o externes al CAP**, malgrat l'evidència que les intervencions preventives amb un impacte més gran són aquelles que han estat promogudes i potenciades de manera conjunta per tots els agents educadors, polítics i culturals d'una comunitat. Sobretot, perquè les

intervencions comunitàries tenen la virtut de donar un missatge comú, coherent i continuat en pro de la protecció de la salut i la promoció d'estils de vida saludables. Per aquesta raó, cal una millora i optimització de la coordinació de les polítiques preventives comunitàries, i activar la cooperació de les administracions (autonòmica i local); els professionals de l'àmbit de la salut, l'educació i la joventut; els mitjans de comunicació social; els cossos de seguretat; els professionals i empresaris de l'oci nocturn; i les associacions i entitats de la comunitat. **El treball en xarxa és indispensable per a obtenir resultats en prevenció.**

En general, els enquestats coincideixen en afirmar que **la principal dificultat per realitzar tota mena d'activitats preventives és la pressió assistencial.** Tot i així, els professionals consideren que si hi hagués un sistema per avaluar l'evolució del consell, el tractament i l'assoliment dels objectius, això facilitaria i estimularia la realització d'activitats preventives. Cal pensar, a més, que seria efectivament així perquè, de fet, **dos de cada tres professionals consideren important la realització d'activitats preventives.**

El coneixement de la metodologia en promoció i educació per a la salut, juntament amb la formació específica en el consum de substàncies, és indispensable per a aquells professionals que han de realitzar activitats relacionades amb la promoció de la salut. **Els professionals que utilitzen de forma habitual la promoció de la salut valoren millor la formació rebuda en totes les àrees analitzades.** El fet que els professionals formats es mostrin més actius i receptius en la realització d'activitats de promoció de la salut hauria de ser un element a tenir en compte per les institucions sanitàries i per la direcció dels equips d'atenció primària (EAP). Tots plegats haurien de facilitar la formació al CAP mateix o en aquella ABS o comunitat on els professionals desenvolupen la seva activitat assistencial. D'aquesta manera, es podrien minimitzar els principals obstacles esmentats pels professionals en matèria de formació, com ara el **desplaçament geogràfic i l'elevat cost del curs.**

En conjunt, els participants coincideixen en valorar amb una mitjana superior a 8 les àrees de promoció de la salut relacionades amb l'alcohol, el tabac i altres drogues. Tot i així, es detecta que els participants que utilitzen la promoció de la salut valoren més



aquestes àrees respecte d'aquells professionals que no realitzen aquestes activitats. També es destaca que **l'àrea de promoció prioritzada pels professionals és l'àrea relacionada amb el consum de tabac**. El fet que a la cartera de serveis d'atenció primària s'hagi inclòs la deshabituació del consum de tabac, i s'ofereixi educació per a la salut i consell de manera sistematitzada als fumadors a partir dels 14 anys, pot afavorir el grau de sensibilització dels professionals davant aquesta substància. Caldria, doncs, introduir activitats semblants per a la resta de substàncies.

La **sobrecàrrega assistencial** continua essent una de les principals dificultats manifestades per aquells professionals que realitzen promoció de la salut. Si la promoció de la salut es pogués fer en un context comunitari, complementari del CAP, i amb el suport d'intervencions col·lectives i coordinades amb altres àmbits i institucions, com ara les escoles i els centres de treball, aquest obstacle potser es podria minimitzar.

En el procés de recollida d'informació per dissenyar un programa de canvi d'hàbits els resultats posen de manifest que **els professionals que no utilitzen la promoció de la salut presenten més dificultats per recollir informació sobre creences, definir necessitats de canvi, i dissenyar un programa de canvi**. Les creences dels pacients mereixen una atenció especial perquè influeixen directament en els seus comportaments. Per a un pacient que consumeix una substància, el canvi de comportament suposarà un canvi en els seus hàbits. Per aquesta raó, es pot dir que els consumidors de substàncies necessiten una informació i uns consells adaptats a les seves circumstàncies i susceptibles de modificar els seus hàbits i comportaments (Lacroix i Assal, 2005). Els professionals haurien de ser conscients que sense la personalització del consell i de la informació el canvi és força més difícil.

L'anàlisi multivariant mostra que són tres les variables que prediuen l'educació per a la salut en el conjunt dels professionals: **la dificultat en el disseny d'un programa de canvi d'hàbits; la valoració de la formació en prevenció del consum de substàncies per al treball que es realitza; la importància atorgada a la promoció de la salut en relació al consum de tabac**, en el sentit que els professionals que perceben **una menor dificultat en el disseny de programes de canvi d'hàbits; valoran més la seva formació en la prevenció del consum de substàncies; i donen una major importància atorgada a la promoció de la salut en relació al consum de tabac**. Els

professionals tendeixen a utilitzar amb més freqüència l'educació per a la salut com a eina habitual de treball.

Aquests resultats suggereixen que la introducció de programes específics d'activitats en relació a altres substàncies (alcohol, cànnabis) pot facilitar la realització d'activitats relacionades amb l'educació per a la salut. Però, sobretot, que la formació dels professionals, a tots els nivells (Grau, Postgrau i Formació Continuada), i en les circumstàncies més favorables (al CAP i a l'ABS), és la millor manera de fomentar la realització de l'educació per a la salut.



## 11. REFERÈNCIES

- Abeijón, J.A., Aramberri, I. i Pantoja, L. (2008). *La formación de profesionales en drogodependencias: Una visión desde la experiencia formadora del Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto*. Bilbao: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Departamento de Pedagogía.
- Abelin, T., Brzeziński, Z.J. i Carstairs, D.L. (1987). *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Adams, R. (1990). *Self-Help, social work and empowerment*. Londres: MacMillan.
- Adamson, S.J. i Sellman, D.J. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: The cannabis use disorders identification test (CUDIT) in an alcohol-dependence clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22 (3), 309-315.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Recuperat 10 maig 2010, a: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
- Allwright, S., Paul, G., Greiner, B., Mullally, B.J. Pursell, L., Kelly, A., Bonner, B., D'Eath, M., McConnell, B., McLaughlin, J.P., O'Donovan, D., O'kane, E. i Perry, I.J. (2005). Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *British Medical Journal*, 331 (7525), 1117-1120.
- Altisent, R., Córdoba, R., Delgado, M.T., Pico, M.V., Melus, E., Aranguren, F. et al. (1997). Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria. *Medicina Clínica*, 109 (4), 121-124.
- Altisent, R., Córdoba, R. i Martín-Moros, J.M. (1999). Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Medicina Clinica*, 99 (3), 584-588.

- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N. i Saunders, J. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO International Collaborative Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 587-601.
- Annaheim, B., Rehm, J. i Gmel, G. (2008). How to Screen for Problematic use in Population Surveys? An Evaluation of Cannabis use Disorders Identification Test CUDIT in a Swis Sample of Adolescents and young Adults. *European Addiction Research*, 14 (4), 190-197.
- Annaheim, B., Scotto, T.G. i Gmel, G. (2010). Revising the cannabis use disorders identification test (CUDIT) by means of Item Response Theory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19, 142-155.
- Anoro, M., Caudevilla, F. i Montfort, N. (2006). Abordaje del consumo de drogas: una propuesta de actuación desde la atención primaria. *Anales de Medicina de Familia*, 2 (8), 431-441.
- Aranda, J.M. (1993). *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata*. Madrid: Díaz de Santos.
- Arco, J.L. i Fernández, A. (2002). ¿Por qué los programas de prevención no previenen? *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (2), 209-226.
- Aubá, J., Gual, A. i Monràs, M. (1998). Diagnóstico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Dins M. Rodriguez (dir.). *Curso de formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Unidad didáctica 2* (p.539-545). Barcelona: Doyma S.A.
- AUPA (2007). *Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya. Àrea de Salut Pública*. Recuperat 12 setembre 2011, a: <http://www.gencat.cat/salut/ies-aupa/Du29/html/ca/dir1551/doc10970.html>
- Ayesta, J. i Jiménez, C.A. (2000). La formación de especialistas en Tabaquismo. *Prevención del Tabaquismo*, 2 (8), 203-204.
- Balcells, M. (2001). Complicaciones orgánicas de la cocaína. *Adicciones*, 13 (2), 167-180.

- Ballesteros, J., Arino, J., González-Pinto, A. i Querejeta, I. (2003). Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 17 (2), 116-122.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. i Walters, R.H. (1979). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Banegas, J.R., Díez, L., Rodríguez, F., González, J., Graciani, A. i Villar, F. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 117, 692-694.
- Bañeras, D. i Muñoz, J. (1997). *Educació per a la salut: prevenció de les drogodependències*. Barcelona: Baula.
- Baranowski, T., Perry C.L. i Parcel G.S. (2002). How individuals, environments and health behavior interact: social cognitive theory. Dins K. Glanz, B.K. Rimer i F.M. Lewis (eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3ª ed., p.165-189). San Francisco: Jossey-Bass.
- Barrera, F., Rodríguez, M.L., Blasco, M. i Córdoba, R. (2005). Detección e intervención sobre el consumo excesivo de alcohol por los médicos de familia de tres centros de salud. *Semergen*, 27 (9), 462-465.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 122-125.
- Bayés, R. (1990). Psicología y SIDA: Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del Psicólogo*, 46-47, 30-55.
- Bayés, R. (1994). Evaluación de aspectos conductuales y biológicos en psicología de la salud. Dins A.R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Evaluación conductual hoy* (p.619-651). Madrid: Pirámide.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.

- Beck, F. i Legleye, S.A. (2008). Cannabis reader: global issues and local experiences. Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. *EMCDDA, Monograph series*, 8 (2), 31–57.
- Becoña, E., Llopis, J.J. i Bobes, J. (2000). La Formación Continuada en Drogodependencias. *Adicciones*, 2 (1), 3-5.
- Becoña, E. i Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Bertholet, N., Daepfen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. i Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Archives of International Medicine*, 165 (9), 986-995.
- Borrell, F. (2004). *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Semfyc.
- Bosch, J.M., Cebrià, J., Massons, J. i Casals, R. (1994). *Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica. La motivación para el cambio*. Madrid: Semfyc.
- Brotons, C., Iglesias, M., Martín, A., Martín, M. i Gene, J. (1998). Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Family Practice*, 13, 144-151.
- Brugulat, P., Mercader, M. i Séculi, E. (1998). La práctica de actividades preventivas en la atención primaria y los objetivos del Plan de Salud de Cataluña 1993-1995. *Atención Primaria*, 22 (6), 334-338.
- Brugulat, P., Séculi, E., Fusté, J., Juncà, S., Martínez, V., Medina, A., Mercader M. i Sánchez, E. (2003). La opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de Salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. *Gaceta Sanitaria*, 17 (1), 52-58.
- Buitrago, F. (2004). Las actividades preventivas en la consulta de atención primaria. *Semergen*, 30 (1), 1-3.

- Burguete, M.D. i Fenollosa, B. (1998). Formación continuada: análisis de ausencias. *Todo Hospital*, 10 (2), 150-157.
- Burrows, B., Knudson, R.J., Camilli, A.E., Stiezer, M., Nett, L.A., Lando, H. et al. (1988). Quantitative relationship between cigarette smoking and ventilatory function. *American Review of Respiratory Disease*, 137, 286-292.
- Cabezas, C. (2004). Intervenciones efectivas en educación sanitaria. *Doyma*, 11, 3-10.
- Cabezas, C., Robledo de Dios, T., Marqués F., Sánchez-Pinilla, R., Nebot, M., Megido, M.J., Muñoz, E., Prados, J.A. i Córdoba R. (2007). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 39 (3), 27-46.
- Cabezas, C., Vives, A., Balvé, J.L. Berengué, MD., Monteverde, X. i Calero, S. (1996). Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas: consumo y consejo antitabaco. *Atención Primaria*, 18, 309-13.
- Cabrera, G., Tascón, J. i Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Camarelles, F., Asensio, A., Jiménez-Ruiz, C., Becerril, B., Rodero, D. i Vidalle, O. (2002). Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica*, 119, 53-57.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (2005). *History and methods*. Recuperat 15 maig 2011, a: <http://www.ctfphc.org>
- Cano-Martín, L.M., Berrocoso-Martínez, A., Aguilar-Blanco, E.M. i González-González, J. (2005). Autoaplicación de actividades preventivas en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*, 36 (10), 585.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carrillo, L. i Sacristán, A. (2007). Consejo y prescripción dietética en atención primaria: un largo camino por recorrer. *Atención Primaria*, 39 (2), 53-55.



- Cary, P.L. (2005). The marijuana detection window: determining the length of time cannabinoids will remain detectable in urine following smoking: a critical review of relevant research and cannabinoid detection guidance for drug courts. *Drug Court*, 5 (1), 23-58.
- Casado, V. i Araúzo, D. (2004). Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas. *Adicciones*, 16 (3), 225-234.
- Castejon, M., Curieses, A. i Perez, J. (2007). Características de las solicitudes de acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias en una Comunidad Autónoma. *Administración sanitaria siglo XXI*, 5 (4), 673-691.
- Caudevila, F. i Cabrera, A. (2009). Novedades sobre el cannabis. *Atención Primaria*, 16 (4), 213-218.
- Celentano, D.D. (1996). Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación del cáncer. Dins OPS (ed.), *Promoción de la salud: una antología* (p.258-265). Washington: OPS.
- Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). (2007). *Stratégie de Prévention en Toxicomanie chez les jeunes Canadiens*. Ottawa: CCLAT.
- Cerrada, E., López, C., Bouzas, E., Gómez, B. i Sanz, T. (2005). Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Atención primaria*, 36 (8), 434-441.
- Chavida, F. (2002). La acreditación de la formación continuada. *Semergen*, 28 (3), 233-236.
- Clemente, M.L., Solbes, F.J., A., Amador, Aguilera, L. i Cabezas, C. (2003). Tres semanas sin humo: un paso más allá de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *Atención Primaria*, 32 (3), 163-168.
- Cleries, X., Sarrado, J.J. i López, P. (2007). La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. *Atención Primaria*, 39 (8), 411-416.

- Cochrane, A.L. (2000). *Efectividad y eficiencia*. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano y Fundación Salud, Innovación y Sociedad.
- Cohen, L.R. i Ruyan, C.W. (1999). Barriers to pediatrics counseling. *Injury Prevention*, 5 (1), 36-40.
- Coleman, T. i Wilson, U. (1996). Factors associated with the provision of anti-smoking advice by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 46 (403), 87-89.
- Coleman, T., Wynn, A.T., Stevenson, K. i Cheater, F. (2001). Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners antismoking advice to smokers. *British Medical Journal*, 323 (7310), 432-435.
- Colom, J., Contel, M., Segura, L. i Gual, A. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo: los bebedores de riesgo. *Addicciones*, 14 (1), 375- 385.
- Colom, J., Gual, A. i Segura, L. (2004). *El abordaje de los problemas de alcohol desde la atención primaria*. Bilbao: Fundación Faustino Orbeago.
- Colomer, C. i Dardet, C.A. (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Consejo de Europa (1994). *On Screening as a Tool of Preventive Medicine*. Estrasburgo: Recomendación n° R (94) 11. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Contel, A., Gual, A. i Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Addicciones*, 11 (4), 337-347.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. i Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21 (2), 55-64.
- Córdoba, R., Clemente, M.L., Bartolomé, C. i García, A. (2008). Importancia de que no se fume. Dins Grupo de Abordaje del Tabaquismo de la semFYC (ed.), *Manual de Tabaquismo* (p.17-28). Barcelona: semFYC.

- Córdoba, R., Delgado, M.T., Pico, V., Altisent, R., Fores, D., Monreal, A. et al. (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers: A Spanish multicentre study. *Family Practice*, 15 (6), 562-568.
- Córdoba, R., Martín, J.M., Aznar, P., Die, S., Sanz, M.C. i Forés, M.D. (1990). Efecto de la oferta de seguimiento versus consejo aislado en una muestra de fumadores disonantes. *Atención Primaria*, 7 (5), 350-354.
- Córdoba, R. i Nebot, M. (2005). Educación sanitaria del paciente en atención primaria. *Medicina Clínica*, 125 (4), 154-157.
- Córdoba, R., Ortega, R., Cabezas, C., Forés, D. i Nebot, M. (2003). Recomendaciones sobre el estilo de vida: abuso de alcohol. *Atención Primaria* 24 (2), 118-123.
- Córdoba, R., Salimas, M. i Santamaria, M.A. (2004). Composición de la planta y del humo de tabaco. Dins A.C. Jimenez i K.O. Fargestôm (eds.), *Tratado de tabaquismo* (1ª ed., p.75-78). Madrid: Aula Médica.
- Cornuz, J., Ghali, W.A., Carlantonio, D., Pécoud, A. i Paccaud, F. (2000). Actituds dels cap a la Prevenció. La importància dels obstacles específica d'intervenció. *Familia Pràctica*, 17 (6), 535-540.
- Cornuz, J., Humair, J.P., Seematter, L., Stoianov, R., Van Melle, G., Stalder, H., i Pécoud A. (2001). La eficacia de la formación para dejar de fumar: un estudio aleatorizado, controlado de un programa basado en la aplicación de la teoría del comportamiento y la práctica con pacientes estandarizados. *Anales de Medicina Interna*, 136 (6), 429-437.
- Côté, F. i Godin, G. (2003). *La théorie sociale cognitive de Bandura et le modèle transthéorique de Prochaska. Document destiné aux professeurs en Science infirmière du consortium Centre-du-Québec*. Québec. Université Laval, Faculté des Sciences Infirmières. Recuperat 4 març 2010, a: <http://www.fsi.ulaval.ca/>

- Coutu, M.F., Dupuis, G.H., Marchand, A., O'Connor, K., Trudel, G. i Bouthillier, D. (2000). Adoption et maintien des habitudes comportementales saines: recension des modeles explicatifs. *Sciences Sociels et Santé RFCCC*, 5 (2), 23-35.
- Crofton, J.W. i Tessier, J.F. (1999). A worldwide survey of knowledge and attitudes of tobacco among medical students. Dins R. Richmond (ed.), *Educating medical students about tobacco: planning and implementation* (3<sup>a</sup> ed., p.271-280). Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Cuadrado, P., Martínez, J. i Picatoste, J. (2004). *El profesional de Atención Primaria ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Actuar es posible*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Justicia e Interior.
- Cummings, S.R., Rubin, S.M. i Oster F. (1989). The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA*, 261 (1), 75-79.
- Daban, F., Pasarín, M.I., Rodríguez, M., Garcia, A., Villalba, J.R., Cano, G. i Borrell, C. (2007). Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Atención Primaria*, 39 (7), 339-347.
- Degenhardt, L., Hall, W., i Lynskey, M. (2003). Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 71 (1), 37-48.
- Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional del Cáncer. (2005). *Theory at a Glance. A Guide for Health Promotion*. Washington. Recuperat 10 febrer 2009, a: [www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf](http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf)
- Díaz, G.J. (2001). Factores relacionados con la práctica de Educación Sanitaria por los médicos de Atención Primaria de Galicia. *Revista Española de Salud Pública*, 75 (6), 529-540.
- Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias (2006). *Estudio sobre Aspectos Prioritarios de Educación para la Salud en Extremadura*. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo: Junta de Extremadura.

- Doll, R. i Crofton, J. (1996). Tobacco and health. *British Medical Journal*, 52 (1), 12-23.
- Donaldson, M., Yordy, K., Lohr, K. i Vanselow, N. (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, D.C.: Institute of Medicine. National Academy Press.
- Downie, R.S., Tannahill, C. i Tannahill, A. (2000). *Health Promotion. Models and Values*. Oxford: University Press.
- Duro, J.C. (2002). El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 545-559.
- Dyer, K.L. i Wilkinson, C. (2008). The detection of illicit drugs in oral fluid: another potential strategy to reduce illicit drug-related harm. *Drug and Alcohol Review*, 27 (1), 99-107.
- Ebrahim, S., Beswick, A., Burke, M. i Davey, G. (2006). Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001561.
- Elder, J.P., Ayala, G.X. i Harris, S, (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal Preventive Medicine*, 17 (4), 275-284.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Escobar, F., Espí, F., i Canteras, M. (1993). Problems related to alcohol consumption in primary health care: prevalence and clinical profile. *Family Practice*, 10 (4), 424-430.
- Escobar, F., Espí, F. i Canteras F. (1995). Investigación del consumo de alcohol y diagnóstico de los pacientes alcohólicos en atención primaria. *Atención Primaria*, 15, 13-17.

- Escribano, M.C., Sabater, J., Moreno, P., Bañón, G., Herranz, J. i Gomis, R. (2006). Evaluación y mejora de la calidad del Programa de Actividades preventivas y Promoción de la Salud. *Atención Primaria*, 38 (5), 283-287.
- Eslava, J.C. (2002). Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 4 (1), 1-12.
- Eslava, J.C. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 8 (2), 106-115.
- Ferry, L. i Runfola, P. (1999). Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Association*, 282 (9), 825-829.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R. et al. (2000). *Treating Tobacco use and dependence*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fiore, A., Cavallini, G., Lenassi, P. i Pilati, G. (2003). Il counselling antitabagistico nell' ambulatorio del medico di medicina generale indagine su 50 MMG dell' ASS Isontina. Conferència presentada al *VIH European Conferenze on Health promotion and education, equity, solidarity and responsibility for Health*, celebrat a Perugia (Itàlia) del 18 al 21 de juny.
- Font-Mayolas, S. (2002). *L'autocontrol en el procés d'abandonament de la conducta de fumar*. Tesi Doctoral. Girona: Universitat de Girona.
- Font-Mayolas, S. (2004). *Deixar de fumar valorant pros i contres*. Girona: Universitat de Girona.
- Font-Mayolas, S. (2011). Conductes addictives. Dins M. Planes i M.E. Gras (Coord.). *Recerca en Psicologia de la salut* (p.75-81). Cirona: Documenta Universitaria.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E. i Planes, M. (2008). *Programes preventius de les drogodependències. Guia d'avaluació*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M. i Gómez, A.M. (2008). Consumo de tabaco y etapa de cambio: el papel de los intentos previos para dejar de fumar. *Behavioral Psychology*, 16 (2), 259-272.
- Frank, E. i Harvey, L.K. (1996). Prevention advice rates of women and men physicians. *Archives of Family Medicine*, 8 (4), 313-218.
- Freire, J.M. (1992). *Cobertura sanitaria y equidad en España*. Madrid: Fundación Argentaria.
- French, J. (2001). Protecting and promoting health behavioural approaches. Dins D. Pencheon, Ch. Guest, D. Melzer, i J.A. Muir (eds.), *Oxford Handbook of Public Health Practice* (2ª ed., p.145-165). Oxford: University Press.
- Frias, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Fuste, J. i Rue, M. (2001). Variability in preventive activities among primary care teams in Catalonia. Application of a multilevel analysis. *Gaceta Sanitaria*, 15 (2), 118-127.
- García, I. i March, J.C. (2005). *Delphi study report "skills for investment for health projet"*. Granada: IUHPE Euro office.
- García-Rodríguez, J.A. (1990). Formación en drogodependencias. *Addicciones*, 2 (4), 291-302.
- Garr, D.R., Lackland, D.T. i Wilson, D.B. (2000). Prevention education and evaluation in US medical schools. A status report. *Academic Medicine*, 75 (7), 14-21.
- Gary, B.; Ewing, M.D.; Anbesaw, W.; Selassie, P.H.; Carl, H. Lopez, M.D, Ernest, P. i McCutcheon, M.D. (1999). Self-Report of Delivery of Clinical Preventive Services by U.S. Physicians Comparing Specialty, Gender, Age, Setting of Practice, and Area of Practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 17 (1), 62-72.
- Gates, S., McCambrige, J., Smith, L.A. i Foxcroft, D.R. (2008). Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción en jóvenes. *Biblioteca Cochrane Plus*. Recuperat 20 setembre 2009, a: <http://www.update-software.com>

- Gendron, S. (2001). Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. *WHO Regional Publications European Series*, 92, 107-121.
- Gené, J. (1999). *Organización de las actividades preventivas en el equipo de atención primaria de salud*. Barcelona: Masson.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1993). *Llibre Blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003). *Pla de Salut de Catalunya 2002-2005*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut Català de la Salut (2004). *Activitat de Formació contínua ICS. Any 2004*. Recuperat 4 març 2011, a: <http://www.gencat.net/ics/infocorp/docencia.htm>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2005). *Llibre Blanc. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària de salut*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2005). *Programa beveu menys*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2006). *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA)*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2008). *Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya: Consum de drogues i problemes associats*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2009). *Pla de Salut de Catalunya 2007-2010*. Recuperat 20 de juny 2010, a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut Català de la Salut. (2009). *Detecció i tractament del consum de tabac. Guies de pràctica clínica i material docent*. Barcelona.



- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut Català de la Salut (2009). *Memoria 2009*. Recuperat 15 de març 2011, a: [http://www.gencat.cat/ics/infocorp/pdf/memoria\\_2009.pdf](http://www.gencat.cat/ics/infocorp/pdf/memoria_2009.pdf)
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut Català de la Salut (2010). *Organització Territorial*. Recuperat 4 de març 2011, a: [http://www.gencat.cat/ics/infocorp/index\\_organitzacio.htm](http://www.gencat.cat/ics/infocorp/index_organitzacio.htm)
- Gervas, J., Hernández, LM., Martí, A., García-Sagredo, P., Elvira, P. i Estévez, A. (1991). La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Atención Primaria*, 8 (3), 202-205.
- Goodwin, M.A., Zyzanski, S.J., Zronek, S., Ruhe, M., Weyer, S.M., Konrad, N. et al. (2001). A clinical trial of tailored office systems for preventive service delivery. The Study to Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP). *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (1), 20-28.
- Gómez, L. (2000). La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Gordon, R. (1986). An operational classification of disease prevention. Dins J.A. Steinberg i M.M. Silverman (eds.), *Preventing Mental Disorders*, Rockville (1<sup>a</sup> ed., p. 20-26). U.S: Department of Health and Human Services.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hand J., Powis, B., Hall, W. et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 (5), 607- 614.
- Granda, J.I., Carrión, F., Alonso, S., Márquez, F.L., Riesco, J.A., Sampablo, Í. et al. (2006). Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 42 (11), 600-604.
- Grandes, G., Sanchez, A., Cortada, J.M., Calderon, C., Balaguer, L., Millan, E. et al. (2008). *Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

- Grandes, G., Sanchez, A., Torcal, J., Ortega, R., Lizarraga, K. i Serra, J. (2003). Protocolo para la evaluación multicéntrica del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física. *Atención Primaria*, 32 (8), 475-480.
- Grant, A.M., Niyonsenga, T., Dion, I., Delisle, E., Xhignesse, M. i Bernier, R. (1998). Cardiovascular disease. Physicians attitudes toward prevention and treatment. *Canadian Family Physician*, 44, 780-7.
- Grau, A., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Suñer, R., i Nogueras, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de tabaco. *Intervención Psicosocial*, 16 (1), 79-92.
- Graves, G. (2007). *The essentials of Motivational Interviewing*. Canadian Centre on Substance Abuse. Recuperat 15 novembre 2008, a: [www.cnsap.ca/cnsaap/ProfesionalToolkits/motivational+Interviewing](http://www.cnsap.ca/cnsaap/ProfesionalToolkits/motivational+Interviewing)
- Gray, M. i Fowler, G.H. (1983). *Preventive Medicine in General Practice* Oxford: Oxford University Press.
- Green, L.W. i Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Co.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G. i Partridge, K.B. (1980). *Health Educations Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto: Mayfield Publishing Co.
- Greene, W.H. i Simons-Morton, B.G. (1984). *Educación para la salud*. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Guardia, J. (2001). Trastornos orgánicos relacionados con el consumo de drogas. Dins V. Martínez i R. Bartolomé (coords.), *Alcoholismo: bases para la intervención* (1ª ed., p. 25-50). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Gustavo, A. i Cabrera, A. (2000). El modelo transteorico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.
- Hall, W. i Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352 (9140), 1611-1616.

- Haw, S.J. i Gruer, L. (2007). Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 335 (7619), 549-552.
- Hernández, M. (2000). Modificación de comportamientos en salud. Dins A. Frías (ed.), *Salud pública y educación para la salud* (1ª ed., p.355-365). Barcelona: Masson.
- Hernández, M. (2002) Entrevista clínica y buena práctica en Atención Primaria. *Semergen*, 28, 173-174.
- Hettema, J., Steele, J. i William, R.M. (2008). Entrevista Motivacional. *Revista de Toxicomanías*, 52, 3-10.
- Holmwood, C. (2002) Alcohol-related problems in Australia: Is there a role for general practice? *Medical Journal of Australia*, 177, 102-103.
- Holund, U.; Thomassen, A.; Boysen, G.; Charles, P.; Eriksen, E.F. i Overvad, K. et al. (1997). Importance of diet and sex in prevention of coronary artery disease, cancer, osteoporosis, and overweight or underweight: a study of attitudes and practices of Danish primary care physicians. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 65 (6), 2004-2006.
- Humair, J.P. i Ward, J. (1998). Smoking-cessation strategies observed in videotaped general practice Recuperations. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (1), 1-8.
- Hutchinson, B.G., Abelson, J., Woodward, C.A. i Norman, G. (1996). Preventive care and barriers to effective prevention. How do family physicians see it? *Canadian Family Physician*, 42, 1693-1700.
- Isla, P. (2011). Educación terapéutica en diabetes. ¿Dónde estamos?. *Revista de Enfermería Rol*, 42 (6), 32-38.
- Isla, P.; López Pisa, C. i Caja, C. (2000). Educación sanitaria. Dins Caja, C. i López Pisa, R. M., *Enfermería Comunitaria. Educación Sanitaria*. (1ª. ed., p.185-192). Barcelona: Masson.

- Izquierdo, M.A., Villegas, J.M., Muñiz, E. i Quintas A.M. (2007). Eficacia del consejo antitabaco en Atención Primaria. Nuestra mejor arma. *Prevención del tabaquismo*, 8 (2), 49-54.
- Janz, N. i Becker, M. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Janz, N.K., Champion, V.L. i Strecher, V.J. (2002). The health belief model. Dins K. Glanz, B.K. Rimer i F.M. Lewis (eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3<sup>a</sup> ed. p.3-21). San Francisco: Jossey-Bass.
- Jarvis, M.J. (1979). Patterns, and predictors of smoking in general population. *In the Tobacco Progress in Respiratory Research*. 28, 151-164.
- Jarvis, J. i Russell, M.A.H. (1980). Expired air CO: a simple breath of tobacco smoke intake. *British Medical Journal*, 281, 484-485.
- Jeannin, A., Narring, F. i Tschumper, A.M. (2005). Reported needs and use of primary health care services by adolescents enrolled in post mandatory schools or vocational training programs in Switzerland. *Medical Weekly*, 135 (1-2), 11-18.
- Jiménez, C.A., Solano, S., González, J.M., Ruiz, M.J., Flórez, S., Ramos, A. et al. (1999). Normativa sobre tratamiento del tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 35 (10), 499-506.
- Jorenby, D.E., Leischow, S.J., Nides, M.A., Rennard, S.I., Johnston, J.A., Hughes, A.R. et al. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine*, 340 (9), 685-691.
- Kelinger, F. (1979). *Behavioral research: a conceptual approach*. New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. Dins OPS (ed.), *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: OPS.
- Kristeller, J. i Ockene J. (1996). Tobacco curriculum for medical students, residents and practicing physicians, *Indiana Medicine*, 89, 199-204.

- Kloppe, P., Brotons, C., Anton, J.J., Ciurana, R., Iglesias, M., Piñeiro R. i Fornasini, M. (2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Atención Primaria*, 36 (3), 144-151.
- Kunst, A. (1997). *Cross-National Comparisons of Socio-Economic Differences in Mortality*. Rotterdam: Erasmus University.
- Labonté, R. i Litte, S. (1992). Determinants of health: empowering strategies for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (4), 719-726.
- Lacroix, A. i Assal, J.P. (2005). Le modele de croyances de santé et le focus of control. Dins A. Lacroix i J.P. Assal (eds.), *L'éducation thérapeutiques des patients. Nouvelles aproches de la maladie chronique* (2<sup>a</sup> ed., p.44-56). Paris: Maloine.
- Laespada, T., Iraurgi, I. i Arostegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Bilbao: Universidad de Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencia.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada. Health and Welfare Canada.
- Lancaster T. i Stead, L.F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database System Reviews*, 2.
- Lancaster, T., Stead, L.F., Silagy, C.H. i Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings The Cochrane Library. *British Medical Journal*, 321, 355-358.
- Lande, R.E. (2002). Performance improvement. *Population Reports*, 52, 427-437.
- Lawlor, D.A., Keen, S. i Neal, R. (2000). Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *The British Journal of General Practice*, 50 (455), 455-459.

- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. i Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242.
- Levy, M.D., Brigid, L., Vaughan, M.D. i Knight, J.R. (2002). Intervención en consulta para el abuso de sustancias en los adolescentes. *Revista de Toxicomanías*, 32, 211-220.
- Lewis, C. i Resnik, B. (1967). Nurse clinics and progressive ambulatory patient care. *New England Journal of Medicine* 277 (23), 1236–12441.
- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, *BOE 102*.
- Leza, J. C. (2009). Cannabis y Farmacología. Dins P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza i I. Lisozaín (eds.), *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación* (3ª ed., p. 191-198). Madrid: Panamericana.
- Lizarra, S. i Ayarra, M. (2007). *Entrevista Motivacional*. Recuperat 15 de juliol 2009, a: <http://www.cfna-navarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6/html>
- López, J.M. (1984). Los estudios histórico-sociales sobre medicina. Dins E. Lesky (ed.), *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos* (1ª ed., p.9-30). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- López, L.A. i Aranda, J.M. (1993). *El debate sobre el sistema sanitario*. Madrid: Díaz de Santos.
- López, E., Forcada, C., Miller, F., Pasarin, M.I. i Foz, G. (2010). Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio Observacional de la red AUPA de centros de Atención Primaria de Catalunya. *Atención Primaria*, 42 (4), 218-225.
- López, J., Torcal, J., López, V. i Garay, J. (2001). Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Preventive Medicine*, 32 (1), 13-22.
- López-Acuña, D., Pittman, P., Gómez, P., Machado de Souza, H. i López-Fernández, L.A. (2000). *La reorientación de los sistemas y servicios de salud*

*con criterios de promoción de salud: Componente decisivo de las reformas del sector de la salud. 5ª Conferencia Mundial de Promoción de Salud.* Washington: OPS.

- Lubman, D.I., Cuiers, L., Yucel, M. i Toumbourou, J.W. (2007). Intervening early to reduce developmentally harmful substance use among youth populations. *Medical Journal of Australia*, 187 (7), 22-25.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., García, A. i Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa.* Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Lumbreras, G., Mena, R., Calvo, A., Pérez, C., Sánchez, M., Molina, P. et al. (2002). Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro en la historia clínica con el referido por el usuario. *Archivos de Bronconeumología*, 38 (7), 317-321.
- Llei d'ordenació sanitària de Catalunya 15/1990, de 9 juliol, *DOGC 1324*.
- Lloret, D., Gazquez, M. i García, J. (2006). La formación en materia de drogodependencias en los programas de tercer ciclo en ciencias de la salud. *Revista Salud y Drogas*, 6 (2), 229-247.
- Lloret, D., Poveda, M. i Soliveras, MC. (2004). Formación pre-grado en drogodependencias en las Universidades Españolas. *Adicciones*, 16 (3), 197-206.
- Macau, Y., Moliné, N., Planas, M., Buñuel, J.C., Mas, M., Clot, R. et al. (2006). Estudio descriptivo del consumo de marihuana en un área básica de salud. *Atención Primaria*, 38 (2), 127-134.
- Maheux, B.; Pineault, R.; Lambert, J.; Béland, F. i Berthiaume, M. (1989). Factors influencing physicians preventive practices. *American Journal of Preventive Medicine*, 5 (4), 201-206.
- Maiman, L.A. i Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlations in psychological theory. *Health Education*, 2, 336-352.

- Makni, H., O'Loughlin, J.L., Tremblay, M., Gervais, A., Lacroix, C., Déry, V. et al. (2002). Smoking prevention counseling practices of Montreal general practitioners. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156 (12), 1263-1267.
- Martín, A. (2003). Prevención y promoción en las consultas de atención primaria: prioridades y efectividad. *Atención Primaria*, 32 (Supl 2), 1.
- Martín, C. (2005). *La factibilidad del consejo preventivo sobre accidentes de tráfico en atención primaria*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. Recuperat 10 juny 2009, a: <http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2006/tdx-0713106-112610/cmclde1.pdf>
- Martín-Zurro, A. i Cano J.F. (2008). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (6ª ed.) Madrid: Elsevier.
- Martin, G., Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. i Swift, W. (2006). The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 20 (1), 55-64.
- Martín, C., Jané, C. i Nebot, M. (1993). Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Atención Primaria*, 12, 86-90.
- Martínez, C. (2003). El rol de la enfermera en la atención al tabaquismo. *Prevención del Tabaquismo*, 5, 186-189.
- Martínez-Sánchez, J.M., Fu, M., Ariza, C., López, M.J., Saltó, E., Pascual, J.A. et al. (2009). Punto de corte óptimo de la concentración de cotinina en saliva para discriminar entre fumadores y no fumadores en la población adulta de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 23 (6), 501-505.
- Marx, M. i Hillix, M. (1995). *Sistemas y teorías en psicología en México*. Madrid: Paidós.
- Marriner, A. i Raile, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Mas, F., Marín, J.A., Papenfus, R.L. i León, A. (1997). El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista de Salud Pública*, 71, 335-341.



- Mazzáfero, V.E., Hebe, F., Giacomini, M. i Fernández A. (1988). *Medicina en Salud Pública*. Buenos Aires: El Ateneo.
- McAvoy, B., Kaner, E.F., Lock, L.A., Heather, N. i Gilvarry, E. (1999). Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *British Journal of General Practice*, 49, 187-90.
- McCambridge, J. i Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized controlled trial. *Addiction*, 99 (1), 39-52.
- McEwen, A. i West, R. (2001). Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tobacco Control*, 10 (1), 27-32.
- McEwen, A., West, R. i Owen, L. (2001). General Practitioners' views on the provision of nicotine replacement therapy and bupropion. *BMC Family Practice*, 2 (1), 6-10.
- McKeown, T. (1990). Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona: Crítica.
- McKeown, T. i Lowe, C.R. (1981). Introducción a la medicina social. México: Siglo XXI.
- MacKinnon, D.P. (1994). Análisis de las variables mediadoras en la investigación sobre intervenciones preventivas. Dins A. Cázares i L. Beatty (eds.), *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas*. (1ª ed., p.123-153). Madrid: F.A.D.
- McPherson, T.L. i Hersch, R.K. (2000). Brief substance use screening instruments for primary care settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 193-200.
- Megías, E., Bravo, M.J., Judez, J., Navarro F.J., Rodríguez, E., Zarco, J. et al. (2001). *La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra las Drogas.

- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. i Cottler, L.B. (2009). The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: multisite study of differences between general population and treatment groups. *Addictive Behaviors*, 34 (2),223-226.
- Mercado, S., Villouta, M.F. i Ilabaca, A. (2008). Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria. *Atención Primaria*, 40 (5), 257-61.
- Miller, W.R. i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). *Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE)* Madrid. Recuperat 24 juliol 2009, a: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte1.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). *Formación de los profesionales*. Recuperat 12 maig 2009, a: <http://www.msc.es/notas/2002-05-31-2.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Plan nacional de drogas. Memoria 2003*. Recuperat 18 abril 2010, a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2003.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Recuperat 10 maig 2009, a: <http://www.famp.es/racs/ObsSalud/CajaHerr/formacionSalud.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Comisión de Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias*. Recuperat 5 maig 2011, a: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/home.htm>
- Ministerio de Sanidad i Consumo (2005). *Campañas 2006. Prevención del Tabaquismo*. Recuperat 10 juny 2011, a: <http://www.msps.es/campannas/campanas06/masInfoTabaco.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2001*. Recuperat 30 maig 2009, a: <http://www.msc.es/notas/2002-05-31-2.htm>

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Informe sobre cannabis*. Recuperat 10 juliol 2010, a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeCannabis.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estudio colaborativo entre la Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanias*. Recuperat 15 d'octubre 2011, a: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ConsProblematico\\_cannabis.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Informe anual SNS 2008*. Organización del Sistema Nacional de Salud. Recuperat 15 maig 2009, a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/isns2008.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol. I Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Recuperat 10 abril 2010, a: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: Proyecto AP-21, 2007-2012*. Recuperat 18 gener 2011, a: [http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP)*. Recuperat 22 febrer 2011, a: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/revista.html>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido*. Recuperat 12 abril 2011, a: [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera\\_de\\_Servicios\\_de\\_Atencion Primaria\\_2010.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf)
- Ministerio de salud de Nova Zelanda (2010). *Alcohol and Pregnancy: guide for health professionals*. Recuperat 10 desembre 2010, a: <http://www.moh.govt.nz>

- Modolo, M.A. (1979). Educación Sanitaria, comportamiento y participación, *Il pensiero scientifico*, 8, 39-58.
- Molina, F. (1998). *La docencia en la práctica clínica*. Barcelona: EDIDE.
- Moragues, I., Nebot, M., Ballestín, M. i Saltó E. (1999). Evaluación de una intervención comunitaria (Programa “Quit and Win”) para dejar de fumar. *Gaceta Sanitaria*, 13 (53), 456-461.
- Moreno, E. i Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3 (1), 91-109.
- Mueller, R., Bacher, E. i Fahrenkrug, H. (2004). Cannabis, Etat des lieux en Suisse. *British Journal of General Practice*, 59 (560), 166–172.
- Mullen, P.D., Gottlieb, N.H., Biddle, A.K., McCuan, R.A. i McAlister, A.L. (1998). Predictors of safety belt initiative by primary care physicians. *Medicine Care*, 26 (4), 373-382.
- Najem, G., Passannante, M. i Foster, J. (1995). Health risk factors and health promoting behavior of medical, dental and nursing students. *Journal Clinical of Epidemiology*, 48 (6), 841-849.
- National Guidelines Clearinghouse (2002). *Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Veterans Health Administration/Department of Veterans Affairs/department of Defense*. Recuperat 15 juny 2010, a: <http://www.guidelines.gov/index.asp>
- Nebot, M., Cabezas, C., Marqués, F., Bimbela, J.L., Robledo, T., Megido, X. et al. (2007). Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 39 (6), 285-288.
- Nebot, M. (1992). El consejo médico y la promoción de la salud. *Atención Primaria*, 34 (8), 85-90

- Nebot, M., Soler, M. i Martín, C. (1989). Efectividad del consejo médico para dejar de fumar. Evaluación al año de la intervención. *Revista Clínica*, 184, 201-205.
- Nerín, I., Guillén, D., Más, A. i Crucelaegui, A. (2004). Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Archivos Bronconeumología*, 40 (8), 341-347.
- Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P. i Seppa, K. (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26 (1), 5-15.
- Norman, R. (2001). Have you an attitude problem? caring for illicit drug-using patients. *Contemporary Nurse*, 10, (1), 83-91.
- Nutbeam, D. (1996). *Glosario de Promoción de la Salud*. Recuperat 23 juny 2010, a: [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)
- Nutbeam, D. (2000). *Eficacia de la promoción de la salud. Las preguntas que debemos responder*. Recuperat 23 juny 2010, a: [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte\\_2.pdf](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf)
- Nutfield, D. i Institute for Health (1993). Brief intervention and alcohol use. *Effective Health Care Bulletin*, 7, 41-44.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2003). *Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas*. Recuperat 18 abril 2011, a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-6.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2007). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Recuperat 11 gener 2009, a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2007). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*. Recuperat 11 gener 2009, a: <http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/observa/pdf/domiciliari2005-2006.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2003). *Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y otras Drogas*. Recuperat 15 gener 2011, a: <http://ar2005emcda.europa.eu/es/page015-es.html>

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2004). *Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas*. Recuperat 11 gener 2009, a: <http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2005). *El estado del problema de las drogas en Europa*. Recuperat 16 de juny 2010, a: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2007). *Informe anual 2007. El problema de la drogodependencia en Europa*. Recuperat 11 gener 2009, a: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-es.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2008). *Informe anual 2008. El problema de la drogodependencia en Europa*. Recuperat 10 gener 2009, a: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-es.pdf>
- Ockene, JK. Smoking Among Women Across the Life Span: Prevalence, Interventions, and Implications for Cessation Research. (1993). *Annals of Behavioral Medicine*, 15 (2), 135-148.
- O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion. Part III. Expanding the definition. *American Journal Health Promotion*, 3 (3), 5.
- Ogando, B., Giménez, A., De Andrés, M.E. i García. L.M. (1995). ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Atención Primaria*, 15 (5), 290-296.
- Olano, E., Matilla, B., Otero, M., Esteban, A. Rodríguez, M. i Ayesta, J. (2007) La formación sobre tabaquismo a los profesionales sanitarios aumenta la abstinencia del tabaco a seis meses de sus pacientes: resultados provisionales de un ensayo clínico en atención primaria de salud (APS). *Prevención del tabaquismo*, 9 (1), 24-27.
- O'Loughlin, J., Makni, H. i Tremblay, M. (2007). Gender differences among general practitioners in smoking cessation counseling practices. *Medicina Preventiva*, 45, 208-214.

- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1946). *Constitució de l'Organització Mundial de la Salut. Finalitat i Funcions*. Recuperat 10 març 2009, a: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1954). *Serie de informes tècnics 690*. Ginebra: Oficina regional para Europa.
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata*. Recuperat 11 febrer 2009, a: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/sa56r6.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r6.pdf)
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. Recuperat 6 març 2009, a: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1991). *Conference on Health Promotion Sundsvall*. Recuperat 6 març 2009, a: <http://promocion.salut.gob.mx/sudsvall.html>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades. 10ª revisión. Organización Mundial de la Salud*. Recuperat 22 abril 2010, a: <http://www.who.int/classifications/icd/en>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1997). *Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperat 8 març 2009, a: <http://promocion.salut.gob.mx/yakarta.html>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1998). *Conference on Health Promotion*. Recuperat 8 març 2009, a: <http://promocion.salut.gob.mx/adelaide.html>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1998). *Informe sobre la salud en el mundo: la vida en el siglo XXI*. Recuperat 15 març 2010, a: [http://www.who.int/whr/1998/media\\_centre/en/whr98\\_press\\_release\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/1998/media_centre/en/whr98_press_release_es.pdf)
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Recuperat 15 de juny 2011, a: [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)

- Organització Mundial de la Salut (OMS) (2000). *Conference on Health Promotion: Mexico 2000*. Recuperat 10 març 2009, a: <http://www.paho.org/spanish/hpp/mexde2000..html>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperat 25 maig 2009, a: [http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebook2s/10657/original/World\\_Health\\_Report\\_2000.pdf](http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebook2s/10657/original/World_Health_Report_2000.pdf)
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (2003). *Intervenció per a l'ús de la substància: Un Manual per a ús en atenció primària*. Ginebra: OMS.
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (2004). *Dia Mundial sense Tabac*. Ginebra. Recuperat 15 de gener 2011, a: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2007/es/index.html>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (2005). *Conference on Health Promotion: Bangkok*. Recuperat 10 març 2009, a: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/index.html>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (2008). *Informe sobre la salud en el mundo: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperat 15 de març 2009, a: [http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/17511/original/Informe\\_sobre\\_la\\_Salud\\_en\\_el\\_Mundo\\_2008.pdf](http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/17511/original/Informe_sobre_la_Salud_en_el_Mundo_2008.pdf)
- PACAP (2005). *Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria*. Barcelona: semFYC.
- Paniagua D., Pérula L.A., Ruiz R. i Gavilán, E. (2010). Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 42 (10), 514-519.



- Pasarín, M.I., Miller, R., i Segura, A. (2008). Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Atención Primaria*, 40 (3), 115-117.
- Pérez, A., Herrero, I., Clemente, M.L. i Escosa, L. (2004). Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿a quién, cuándo y cómo realizar la deshabituación tabáquica?. *Archivos Bronconeumología*, 40 (3), 63-73.
- Pérez-Poza, A., Corbera, M. i Borruel, M.J. (2005). Deshabituación alcohólica en atención primaria. *Atención Primaria*, 35, 427-435.
- Picatoste, J. (1996). *Protocolos: alcoholismo*. Madrid: IDEPSA.
- Piédrola, G. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson.
- Pinazo, S., Pons, J. i Carreras, A. (2002). El consumo de inhalables y cannabis en la preadolescencia: análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18 (1), 77-93.
- Prochaska, J. (2002). The transtheoretical model and stages of change. Dins K. Glanz, B.K., Rimer i F.M. Lewis, (eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3ª ed., p.31-21). San Francisco: Jossey-Bass.
- Prochaska, J. i Bess, M. (1994). *The transtheoretical Model*. In *Advances in Exercise Adherence*. Nueva York: Human Kinetics.
- Prochaska, J. i DiClemente, C. (1982). Processes and stage of change in smoking, weight control, and psychological distress. Dins S. Schiffman i T. Will (eds.), *Coping and substance abuse* (p.319-345). New York: Academic Press.
- Pujol, E., Gené, J., Sans, M., Sampietro-Colom, L., Pasarín, M.I., Iglesias-Pérez, B. et al. (2006). El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta Sanitaria*, 20 (39), 125-132.
- Puska, P., Nissinen, A., Toumilehto, J., Salonen, J.T., Koskela, K., McAlister, A. et al. (1996). Estrategia basada en la comunidad para prevenir cardiopatías isquémicas: conclusiones de los primeros 10 años del Proyecto de Carelia del Norte. Dins OPS (ed.), *Promoción de la Salud: una antología*. (1ª ed., p.99-139). Washington: OPS.

- Restrepo, H. (1995). La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 14 (1), 37-47.
- Restrepo, H. i Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana.
- Ribera, S., Villouta, M.F. i Llabaca, A. (2008). Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Revista de Atención Primaria*, 40 (5), 257-261.
- Rice, V.H. i Stead, L.F. (2001). *Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar*. Recuperat 22 setembre 2009, a: <http://www.update-software.com>
- Richmond, R. (1999). Teaching medical students about tobacco. *Thorax*, 54 (1), 70-78.
- Rimer, B.K., Glanz, D.K. i Rasband, G. (2001). Searching for evidence about health education and health behavior interventions. *Health Education Behavior*, 8 (2), 231-248.
- Robledo, T., Rubio, J., Espiga, I. i Gil, E. (1998). Políticas de alcohol y salud: la intervención en el campo del alcohol en Atención Primaria de Salud. *JANO*, 54, 309-316.
- Roche, A.M., Hotham, E.D. i Richmond, R.L. (2002). The general practitioner's role in AOD issues: overcoming individual, professional and systemic barriers. *Drug and Alcohol Review*, 21 (3), 223-230.
- Rodríguez, E., Espí, F., Canteras, M. i Gómez, A. (2001). Aproximación a los conocimientos de los médicos de atención primaria sobre el consumidor excesivo de alcohol y problemas relacionados. *Semergen*, 27 (1), 5-13.
- Rodríguez-Martos, A. (1994). *Factores de riesgo, prevención, detección e Intervención en problemas de alcohol en la población infanto-juvenil*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rogers, E.M. (1997). *Diffusion of Innovations*. Nova York: The Free Press.

- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2 (4), 328-335.
- Rothman J. i Tropman, J.E. (1987). Models of community organization and macro practice: their mixing and phasing. Dins F.M. Cox, J.L. Erlich, J. Rothman i J.E. Tropman (eds.), *Strategies of community organization* (4<sup>a</sup> ed., p.3-26). Illinois: Itasca.
- Royo, M.A. (2004). Recomendaciones nutricionales y alimentarias para una dieta cardiosaludable. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 10 (2), 122-143).
- Rubio, G. i Martínez, M. (2000). Evaluación de los problemas relacionados con el alcohol: historia clínica, instrumentos y marcadores biológicos. Dins G. Rubio i J. Santo-Domingo (eds.), *Guía Práctica de Intervención en Alcoholismo* (1<sup>a</sup> ed., p.193-211). Madrid: Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad.
- Russell, M.A.H., Wilson, C. i Taylor, C. (1979). Effect of general practitioners advice against smoking. *British Medical Journal*, 2, 231-235.
- Rutenberg N. i Watkins, S.C. (1997). The Buzz Outside the Clinics: Conversations and Contraception in Nyanza Province, Kenya. *Studies in Family Planning*, 28 (4), 290–307.
- Sáez, S., Font, P. i Marqués, F. (2001). *Promoción y Educación para la Salud: Conceptos, Metodología, Programas*. Lleida: Milenio.
- Sáez, S., Marqués, F., Pallarés, J., Serrano, J., Nuín, C. i Martínez, V. (1999). Perfil de los profesionales de la salud de Lleida respecto a la educación para la salud (EpS). *Atención Primaria*, 24 (3), 157-161.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Bousoño, M. i Bobes J. (1998). Marcadores biológicos de la conducta alcohólica. *Psiquiatría Biológica*, 5 (1), 70-75.
- Sainz, M. (2006). *Estudio sobre Prevalencia de Tabaquismo en Profesionales Sanitarios de Medicina y Enfermería del Hospital Clínico San Carlos de Madrid*. Madrid: Unidad de Educación para la Salud Servicio de Medicina Preventiva.

- Salamó, A.; Gras, M.E. i Font-Mayolas, Sílvia. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.
- Salleras, L. (1988). *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Salleras, L., Bertrán, J.M. i Prat, A. (1994). Los métodos de la medicina clínica preventiva. Consejo médico. *Medicina Clínica*, 102 (1), 19-25.
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (2), 135-140.
- Sánchez, J.M., López, E., Abad, E., Carrillo, A. i Garcia, C. (2006). Análisis de factores relacionados con las ausencias a las actividades formativas en el colectivo sanitario no facultativo hospitalario. *Calidad Asistencial*, 21 (4), 187-193.
- Sans, M., Pujol, E., Gené, J., Pasarín, M., Iglesias, B. i Casajuana, J. (2006). Family medicine attributes to satisfaction, health and costs. *Family Practice*, 23 (3), 308-316.
- Saunders, B., Wilkinson, C. i Phillips, M. (1995). The impact of brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.
- Secades, R. (2001). *Alcoholismo juvenil prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Secker-Walker, R.H., Gnich, W., Platt, S. i Lancaster T. (2002). Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database*, 3.
- Séculi, E., Brugulat, P., Medina, A., Juncà, S., Tresserras, R. i Salleras, L. (2003). La detecció de factors de risc cardiovascular en la xarxa reformada d'Atenció Primària a Catalunya. *Atenció Primària*, 31 (3), 156-162.
- Seedhouse, D. (1997). *Health promotion: philosophy, prejudice and practice*. New York: Wiley.
- Seguí, M., Linares, L., Blanco, W., Ramos, J. i Torrent, M. (2004). Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Atención Primaria*, 33 (9), 496-502.

- Segura, A. (1993). *Informe SESPAS: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG.
- Segura, A. (2007). Promoción de la salud y responsabilidad de los profesionales. *Atención Primaria*, 39 (6), 285-290.
- Segura, L., Gual, A., Montserrat, O., Bueno, A. i Colom, J. (2006). Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria*, 37 (9), 484-488.
- Segura-Garcia, L., Gual, A. i Colom, J. (2006). Intervenciones efectivas en el tratamiento de los problemas de alcohol. *Atención Primaria*, 12 (10), 683-691.
- Serrano, M.J. (2002). Comunicación y Mensaje educativo. Influencia en el comportamiento. Dins M.J. Serrano (ed.), *La Educación para la salud en el siglo XXI: Comunicación y salud*. (2ª ed., p.151- 168). Madrid: Díaz de Santos.
- Silagy, C. i Ketteridge, S. (1998). *The effectiveness of physician advice to aid smoking cessation*. Recuperat 8 juny 2010, a: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD000165.pdf>
- Silagy, C., Muir, J., Coulter, A., Thorogood, M., i Roe, L. (1992). Cardiovascular risk and attitudes to lifestyle: what do patients think? *University Department of Public Health and Primary Care, Radcliffe Infirmary*, 306 (6893), 1657–1660.
- Silagy, C. i Stead, L.F. (2002). *Physician advice for smoking cessation*. Recuperat 8 juny 2010, a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11405953>
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2001). *Evaluación del Programa de Actividades Preventivas SemFyc PAPPS*. Recuperat 12 febrer 2010, a: [http://www.papps.org/evaluaciones\\_estudios/evaluaciones/2001/cumplimentacion.html](http://www.papps.org/evaluaciones_estudios/evaluaciones/2001/cumplimentacion.html)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2003). *Recomendaciones PAPPS*. Recuperat 12 febrer 2010, a: [http://www.agamfec.com/pdf/MIR/PAPPS\\_recomendaciones\\_Resumen.pdf](http://www.agamfec.com/pdf/MIR/PAPPS_recomendaciones_Resumen.pdf)

- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2007). *Estudio de la Efectividad de las Actividades Preventivas*. Madrid. Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Recuperat 10 març 2010, a: <http://www.papps.org>
- Sociedad Española de Psiquiatria (2003). *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatria sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias*. Madrid: Aula Médica.
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (2009). *Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en la mujer espanyola del siglo XXI*. Recuperat 10 juny 2010, a: <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/anbrilsoc%205.pdf>
- Solsona, M., Treviño, R. Merino, M. i Ferrer, L. (2005). Demografia de les professions sanitàries a Catalunya . Centre d'estudis demografics . Recuperat 20 maig 2009, a: [http://www.gencat.cat/salut/ies/pdf/estudi\\_demografic.pdf](http://www.gencat.cat/salut/ies/pdf/estudi_demografic.pdf)
- Spandorfer, J.M., Israel, Y. i Turner, B.J. (1999). Primary Care Physicians Views on Screening and Management of Alcohol Abuse. *The Journal of Family Practice*, 48 (11), 899-902.
- Spanou, C., Simpson, S.A., Hood, K., Edwards, A., Cohen, D., Rollnick, S. et al. (2010). Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Family Practice*. 21 (1),11-69.
- Springett, J. (1998). *Evaluating health promotion on behalf of the WHO-Euro Working Group on Evaluation of Health Promotion*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Starfield, B. (1973). Health services research: A working model. *New England Journal of Medicine*, 289, 132-136.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care. Concept, evaluation, and policy*. Nova York: Oxford University Press.
- Starfield, B. (2001). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.

- Stead, L.F. i Lancaster T. (2000). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Database*, 2.
- Stead, M., Angus, K., Holme, I. i Taid, G. (2009). Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *British Journal of General Practice*, 59 (566), 682–690.
- Stephens, R.S. Roffman, R.A. i Curtin, L. (2000). Extended versus brief treatment for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 898-908.
- Subias, P., García-Mata, J.R., Perula, L. i grupo de evaluación del PAPPS (2003). Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud (PAPPS) de la semFYC. *Atención Primaria*, 25, 383-389.
- Tannahill, A. (1985). What is Health Promotion? *Health Education Journal*, 44, 167-168.
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud*, 8 (2), 2-7.
- Temes, J.L. i Gil, J. (1997). *El Sistema Nacional de Salud*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Tenas, M.J., Ballesteros, A.M., Barceló, I., Bueno, J.M., García, J., Guillén, M.R. Morales, J., Tomás, E. i Velasco A. (2008). Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco. *Semergen*, 34 (3), 113-118.
- Terris, M. (1984). Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond The Lalonde Report. *Journal of Public Health Policy*, 3 (5), 327-337.
- Terris, M. (1999). Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoría de la Salud. *Journal of Public Health Policy*, 13 (3), 267-276.
- Teruel, F.E., Martínez, A., Baleztena, J., Fuertes, C. i García, M.D. (2003). ¿Conocen las personas consultantes de nuestro centro de salud cuánto consumo de alcohol puede ser perjudicial para la salud? *Atención Primaria*, 32 (8), 451-459.

- Thorndike, U.N., Regan, S. i Rigotti, NA. (2007). The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994-2003. *American Journal of Public Health*, 97 (10), 1878-83.
- Torrecilla, M., Garcia, M., Jiménez, C.A., Hernández, M.A., Plaza, M.D. i González, M. (2001). Ayudar al fumador: Tratar el Tabaquismo. *Medicina Familiar*, 11 (4), 194-206.
- Torres, A., Ceña, M., Pippi, M.A., Fernández, R., Peñarrubia, M.T. i García, I. (2008). Prevalença i registre del consum d'alcohol en Atenció Primària. *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària*, 26, 1-8 .
- Transdermal Nicotine Study Group (1991). Transdermal nicotine for smoking cessation. Six-month results from two multicenter controlled clinical trials. *JAMA*, 266 (22), 3133-3138.
- Tremblay, M., Cournoyer, D. i O'Loughlin, J. (2007). *Assessorament per deixar de fumar: resultats d'una enquesta de Quebec. Institut de Santé publique du Canada*. Recuperat 18 de març 2011, a: <http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp>
- Tulloch, H., Fortier, M. i Hogg, W. (2006). Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? *Patient Education Counseling*, 64 (1-3), 6-20.
- Uchtenhagen, A. i Meili, B. (2004). *Pour un bon développement chez les jeunes. Prévention en faveur d'enfants et adolescent à risque. Recommandations d'une expertise collective. Recommendations from a group of experts Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)*. Recuperat 12 juny 2010, a: [http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=18514](http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=18514)
- Unió Internacional de Promoció i Educació per la Salut de la Comissió Europea (1999). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa. Informe de la IUHPE para la comisión Europea*. Madrid: Evidence Book.



- US Preventive Services Task Force (USPSTF) (2005). *Guide to Clinical Preventive Services*. Recuperat 20 juliol 2009, a: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- Valente, W. (1996). Social Network Thresholds in the Diffusion of Innovation, *Social Networks*, 18, 69-89.
- Van Ryn, M. i Heaney, C.A. (1992) What's the use of theory? *Health Education*, 19, 315-330.
- Varela, M., Rodríguez, M.P. i López, I. (2003). Percepciones y opiniones del médico de atención primaria sobre el consumo de alcohol. *Trastornos Adictivos*, 5 (4), 329-334.
- Villa, J.M., Ruiz, E. i Ferrer, J.L. (2006). *Antecedentes y concepto de Educación para la Salud*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Villalbí, J.R. (2001). Promoción de la Salud basada en la evidencia. *Revista Española de Salud Pública*, 75 (6), 489-490.
- Viñes, J.J. (1989). *Introducción a la Medicina Preventiva y Salud Pública*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Vogt, F., Hall, S. i Marteau, TM. (2005). General practitioners beliefs about effectiveness and intentions to prescribe smoking cessation medications: qualitative and quantitative studies. *Addiction*, 100 (10), 1423-1431.
- Vuori, H. (1983). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Atención Primaria*, 1, 3-4.
- Wallace, P., Cuttler, S. i Haines, A. (1988). Perceptions of weight problems and dietary patterns among general practice patients. *Health Education Journal*, 47 (1), 7-11.
- Weinstein, ND. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Wilson, JM. (1969). *Principios y Métodos del Examen Colectivo para Identificar Enfermedades*. Ginebra: OMS.

- Wouldes, T. (2009). *What Health Professionals Know and Do About Alcohol and Other Drug Use During Pregnancy*. Nova Zelanda: Department of Psychological Medicine. The University of Auckland. Faculty of Medical and Health Sciences.
- Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T., Krause, K.M. i Michener J.L. (2003). Primary care: is there enough time for prevention? *Journal of Public Health*, 93 (4), 635-641.
- Zarco, J., Caudevilla, F., López, A., Apolinar, J. i Martínez, S. (2007). *El papel de la Atención Primaria ante los problemas de Salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona: SemFyc.

## 12. ANNEXOS

### ANNEX 1

#### **SOL·LICITUD DE DADES: REGIÓ SANITÀRIA DE GIRONA.**

A l'atenció de la Dra. Marta Pedrerol i Mas  
Gerent de la Regió Sanitària de Girona

Benvolguda Sra.,

M'adreço a vostè per sol·licitar la seva col·laboració en la realització d'una tesi doctoral que estic duent a terme actualment, sota la direcció de les Dres. Ma. Eugènia Gras i Sílvia Font de l'Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida de la Universitat de Girona. El tema d'estudi té relació amb les activitats de promoció de la salut que fan habitualment els professionals sanitaris i no sanitaris de l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut de la Regió Sanitària de Girona, i concretament, respecte al consum de substàncies, assenyaladament el tabac, l'alcohol i el cànnabis.

Atès que l'objecte i la finalitat de la recerca demanen la implicació dels professionals sanitaris (metges de família i diplomats en infermeria) i no sanitaris (treballadors socials i psicòlegs) que desenvolupen la seva tasca professional en aquest àmbit, li agrairé que em pugui facilitar la dada següent: el nombre total de professionals (sanitaris i no sanitaris) que desenvolupen la seva tasca en aquesta Regió Sanitària de Girona. D'aquesta manera es podrà confegir una mostra significativa per a dur a terme la recerca indicada.

Tot reiterant-li el meu agraïment per la seva col·laboració, la saludo atentament,

Alicia Baltasar Bagué

Professora Titular de l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Girona.

## ANNEX 2

### **SOL·LICITUD DE PARTICIPACIÓ A L' ESTUDI DIRIGIDA ALS CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

#### **ACTIVITATS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DE LA MALALTIA EN EL CONSUM DE SUBSTÀNCIES, REALITZADES PELS PROFESSIONALS DE LA SALUT**

L'objectiu d'aquest projecte de recerca és estudiar la percepció dels professionals de la salut (metges/ses infermers/es i pediatres) respecte al consum de drogues en la població atesa.

Actualment, es coneixen prou bé les prevalences de consum per les diferents substàncies en els diferents grups de població. Les administracions locals i un seguit d'organismes internacionals elaboren enquestes periòdiques sobre el fenomen i en fan públics els seus resultats. Altrament, els estudis realitzats sobre el consum de drogues en poblacions adolescents també han estat força nombrosos i regulars en les darreres dècades. N'hi ha que han identificat el motiu, la iniciació, la percepció, la freqüència i el patró de consum dels adolescents. Altres recerques, en canvi, han examinat els factors de risc que influeixen en el consum de drogues, com ara la personalitat, l'actitud, els valors, la classe social i el lloc de residència dels consumidors. Finalment, i des de l'àmbit sanitari, hi ha treballs que han resseguit les conseqüències del consum en la salut dels consumidors.

Tanmateix, no hi ha encara estudis específics que hagin aportat informació sobre la percepció, l'actuació i les intervencions dels professionals de la salut que tenen cura d'aquesta població consumidora: metges/ses, infermers/res i pediatres. L'objectiu de la recerca projectada és saber quins coneixements tenen els professionals de la salut respecte al consum de drogues en la població, i com enfoquen la seva actuació i intervenció, és a dir, si disposen de la informació, les eines i les estratègies adients; si intervenen en funció de consideracions estrictament terapèutiques o si tenen en compte

els resultats dels estudis duts a terme i les variables psicosocials del consum; i quins resultats esperen obtenir de la seva intervenció.

El consum de drogues i psicoestimulants per part de la població constitueix a hores d'ara un seriós problema de salut pública. Això vol dir que les intervencions dels professionals de la salut en casos relacionats amb l'ús i l'abús de drogues són freqüents en la pràctica clínica diària. La hipòtesi de la nostra recerca és que un coneixement d'allò que pensen i allò que fan els professionals de la salut davant de casos semblants pot ajudar a orientar intervencions de caràcter general i a millorar l'eficiència terapèutica i la prevenció, el control i el seguiment de les drogodependències.

L'àmbit de la recerca són les ABS de la Regió Sanitària de Girona. La mostra prevista de l'estudi estarà formada per un nombre aleatori de professionals de la salut (metges/ses, infermers/res i pediatres) que treballen en els diferents centres de la demarcació sanitària esmentada.

Les dades per l'obtenció de la mostra han estat proporcionades per la Regió Sanitària de Girona.

Per totes aquestes raons esmentades li sol·licitem la seva col·laboració, l'entrevista és anònima i la informació confidencial.

Us agraeixo la vostra col·laboració

Moltes gràcies

Alicia Baltasar Bagué

**ANNEX 3****QÜESTIONARI ADMINISTRAT ALS PROFESSIONALS DE LA SALUT****QÜESTIONARI SOBRE LES ACTIVITATS DE  
PROMOCIÓ DE LA SALUT ALS PROFESSIONALS  
DELS CAPS RESPECTE AL CONSUM DE  
SUBSTÀNCIES**

**ESTEM REALITZANT UN ESTUDI SOBRE CONSUM DE  
SUBSTÀNCIES I PROMOCIÓ DE LA SALUT EN  
L'ÀMBIT DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE LA SALUT, RAÓ  
PER LA QUAL SOL·LICITEM LA SEVA  
COL·LABORACIÓ. AQUESTA ENTREVISTA ÉS  
ANÒNIMA I LA INFORMACIÓ CONFIDENCIAL. SI NO  
HI TÉ CAP INCONVENIENT UTILITZARÉ LA  
GRABADORA PER RECOLLIR LA INFORMACIÓ.**

## A. DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

ABS.....

CAP.....

HORA D'INICI

EDAT.....

SEXE: Home  Dona

ESTAT CIVIL

Solter  Casat  Separat  Divorciat  Vidu  Altres .....

PROFESSIÓ

Metge de Família  Pediatre  Infermer  Treballador social  
 Psicòleg  Altres

SITUACIÓ LABORAL

Treballador públic de caràcter fix  
 Treballador públic de caràcter interí  
 Treballador públic contractat temporalment

ANYS D' EXERCICI PROFESSIONAL .....

GRUP/S D'EDAT AMB EL/S QUE TREBALLA HABITUALMENT

Infantil (0 a 14 anys)  
 Adults (15 a 64 anys)  
 Gent gran (65 anys o +)

## B. FORMACIÓ

1. Com considera que va ser la seva formació en Educació per la Salut a la carrera?

Gens adequada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completament adequada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

**2. Com valora la seva formació en prevenció del consum de substàncies pel treball que realitza?**

Gens adequada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completament adequada

**3. Ha realitzat algun curs de formació continuada o de postgrau específic en prevenció del consum de substàncies des de que va acabar els seus estudis?**

Sí  No

**4. En els últims DOS anys, ha realitzat algun tipus de formació respecte a la prevenció de consum de substàncies? En cas afirmatiu, especifiqui quin/a. Títol del curs, durada, cost.**

---



---



---



---

**5. En el cas de que hagi realitzat un curs de prevenció de consum de substàncies creu que li ha estat útil pel treball que realitza?**

**Curs 1**

Gens útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completament útil

**Curs 2**

Gens útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completament útil

**6. Com valora la formació en prevenció de consum de substàncies que s'ha ofert en el seu àmbit de treball en els DOS últims anys?**

Gens adequada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completament adequada

**7. Creu que caldria augmentar les activitats formatives adreçades a la prevenció del consum de substàncies en el seu àmbit de treball?**

**En Qualitat**

Sí

No

NS/ NC

**En Quantitat**

Sí

No

NS/ NC



**8. Si ha respost afirmativament a la pregunta anterior, especifiqui en quines de les següents activitats formatives considera que caldria augmentar la formació:**

TEMES	QUALITAT	QUANTITAT
1. Conceptes bàsics en promoció de la salut		
2. Metodologia didàctica en promoció de la salut		
3. Disseny de materials de promoció de salut		
4. Temes específics en relació al consum de substàncies (tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna)		
5. Altres		

**9. En el cas de no haver realitzat cap activitat formativa en prevenció del consum de substàncies o de no haver realitzat totes les que ha desitjat, indiqui en quina mesura ha estat un obstacle que li ha impedit millorar la seva formació: (0 no ha estat cap obstacle, 10 obstacle insuperable)**

1. La manca de temps degut a motius laborals per exemple: tinc molta feina i no la puc abandonar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. La manca de temps per motius personals per exemple: els compromisos i obligacions personals m'impedeixen dedicar temps a la formació	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. El cost dels cursos és molt elevat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. El desplaçament geogràfic	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Els cursos que s'ofereixen no m'interessen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. No m'autoritzen a realitzar aquestes activitats formatives	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Altres motius (especificar):											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## C. ACTIVITAT

10. Valori les següents àrees de promoció de la salut, segons la importància que tenen per vostè a nivell professional: (Irrellevant 0, prioritària 10)

1. Alimentació i Nutrició	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Consum d'alcohol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Consum de tabac	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Consum d'altres drogues	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Infecció VIH/ SIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Altres malalties de transmissió sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Salut Bucodental	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Diversitat Cultural i immigració	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Violència de Gènere	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Utilitza l'Educació per la Salut com a eina habitual de treball per la prevenció del consum de substàncies?

Sí                       No                       A vegades

12. Els següents indicadors han estat considerats obstacles per a la implantació de programes de promoció de la salut. Ordeni de més important (1), a menys important (6), els sis indicadors, que segons la seva opinió, influeixen en que NO es realitzi educació per la Salut en Atenció Primària

1. Considerar que l'estil de vida és un assumpte personal	
2. Sobrecàrrega Assistencial	
3. Considerar que l'estil de vida no es troba dins les funcions del professional de la salut	
4. Falta de motivació	
5. Formació inadequada	
6. Incapacitat de les persones per canviar d'hàbits	

13. Tot seguit li presentem 5 activitats de Prevenció del consum de substàncies. Respecte a cadascuna, quina dificultat considera que té aplicar-les? (Extremadament fàcil 0, extremadament difícil 10)

1. Recollir informació sobre el consum de substàncies	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Recollir informació sobre les creences dels pacients respecte al consum de substàncies	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Definir necessitats de canvi per un pacient consumidor de substàncies	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Dissenyar un programa de canvi d'hàbits per un pacient	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Seguir i avaluar els efectes del consell sobre el consum de substàncies	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Altres (especificar):											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## 14. Amb quina freqüència realitza les següents activitats respecte al consum de TABAC?

	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
<b>ÚS D'INSTRUMENTS ESPECÍFICS PER A L'AVALUACIÓ DEL CONSUM DE TABAC</b>				
Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)				
Test de Fagerström				
Qüestionari de Richmond				
Qüestionari per a les etapes del canvi segons el model Transteòric de Prochaska i DiClemente				
	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<b>DISSENY DE PROGRAMES DE CANVI PER UN CONSUMIDOR DE TABAC</b>				
<b>A la persona sense intenció de canvi</b>				
Li dona consell breu i específic d'abandonament del tabac				
Li lliura informació de les conseqüències adverses del consum de tabac sobre la salut				
Seguiment: pregunta pel consum almenys una vegada a l'any				
<b>A la persona amb intenció de canvi</b>				
Li ofereix consell i ajuda per deixar de fumar				
Li ofereix seguiment i suport durant el procés de deshabitació				
L'informa que hi han procediments efectius per abandonar el consum de tabac com ara: tractament farmacològic i teràpia psicològica				
L'informa dels recursos assistencials per ajudar-lo a abandonar el tabac com són: les unitats de tabaquisme que es disposen en el mateix centre d'atenció primària, a l'hospital o centres d'atenció a les drogodependències				
Seguiment: programa visites periòdiques				
	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<b>PREVENCIÓ PRIMÀRIA DEL TABAQUISME</b>				
Realitza activitats informatives i de sensibilització a la comunitat sobre el consum de tabac				
Participa en campanyes preventives dirigides a reduir la iniciació del tabaquisme				
Participa en accions concretes com ara: dia mundial sense tabac				
Participa de les accions legislatives que potencien la creació d'espais favorables a la vida sense fum de tabac, especialment en els àmbits i espais d'ús comú (pòsters, rètols de prohibició)				
Realitza consell antitabàquic sistemàtic a la població atesa a la seva consulta				
	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<b>PARTICIPACIÓ EN TASQUES PREVENTIVES DE CONSUM DE TABAC EXTERNES A LA CONSULTA</b>				
Impulsa programes comunitaris coordinats entre diferents institucions, educadors de carrer, centres d'ensenyament, associacions				
Treballa coordinadament amb institucions en el disseny de estratègies comunes per evitar l'inici del consum de tabac (escoles, instituts, àmbits de treball)				
Desenvolupa recerca sobre aquesta problemàtica de salut, per a poder conèixer millor la realitat de la situació i avaluar l'efectivitat real de les mesures emprades				

## 15. Amb quina freqüència realitza les següents activitats respecte al consum D'ALCOHOL?

	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
<b>ÚS D'INSTRUMENTS ESPECÍFICS PER A DETECTAR I/O CONFIRMAR L'ABÚS D'ALCOHOL</b>				
Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)				
Interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics (ISCA)				
Qüestionari Audit				
Qüestionari Cage				
Qüestionari de Malt				
Qüestionari per a les etapes del canvi segons el model Transteòric de Prochaska i DiClemente				
	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
<b>DISSENY DE PROGRAMES DE CANVI</b>				
<b>A la persona sense intenció de canvi</b>				
A les persones no bevedores o bevedors lleugers (20 grams les dones o 40 grams els homes) d'alcohol pur al dia, li dona consell breu i específic				
A les persones que presenten un consum de risc > 20 grams les dones o > 40 grams els homes, li aconsella una reducció de consum				
A les persones que presenten un consum perjudicial amb patologia derivada però sense dependència, els aconsella que modifiqui aquest hàbit que li perjudica la salut i els ofereix tractament reparador				
A les persones que presenten dependència els ofereix consell adreçat a la deshabitació i tractament específic				
En tots els casos lliura material específic per pacients inclòs en el programa "beveu menys" o altres				
Seguiment: Pregunta pel consum com a mínim una vegada a l'any				
<b>A la persona amb intenció de canvi</b>				
Li ofereix consell i ajuda per deixar de beure				
Li ofereix seguiment i suport durant el procés de deshabitació				
L'informa que hi ha procediments efectius per abandonar el consum d'alcohol com ara: tractament farmacològic i teràpia psicològica				
L'informa dels recursos assistencials per ajudar-lo a abandonar el consum d'alcohol com són: les unitats de deshabitació en centres especialitzats, a l'hospital o centres d'atenció a les drogodependències				
Seguiment: programa visites periòdiques				
	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
<b>PREVENCIÓ PRIMÀRIA DEL CONSUM D'ALCOHOL</b>				
Realitza activitats informatives i de sensibilització a la comunitat sobre el consum de d'alcohol				
Participa en campanyes preventives adreçades a reduir la iniciació al consum d'alcohol				
Participa en Programes educatius que permetin: Modificar la percepció de normalitat del consum Modificar les actituds de pro-consum Modificar la percepció normativa del grup i creences errònies de l'ús d'alcohol				
Participa en accions concretes com ara: el dia mundial sense alcohol				
Recolza les accions legislatives com: Disminuir l'accessibilitat i disponibilitat Control de l'oferta, lleis de regulació de la venda i de la publicitat				
Realitza consell sistemàtic a la població atesa a la seva consulta				
	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
<b>PARTICIPACIÓ EN TASQUES PREVENTIVES DE CONSUM D'ALCOHOL EXTERNES A LA CONSULTA</b>				
Impulsa programes comunitaris coordinats entre diferents institucions, educadors de carrer, centres d'ensenyament, associacions				
Treballa coordinadament amb institucions en el disseny d'estratègies comunes per evitar l'inici del consum d'alcohol (escoles, instituts, àmbits de treball)				
Desenvolupa recerca sobre aquesta problemàtica de salut, per a poder conèixer millor la realitat de la situació i avaluar l'efectivitat real de les mesures emprades				

## 16. Amb quina freqüència realitza les següents activitats respecta al consum de CÀNNABIS?

	Molt sovint	Sovint	A vegades	Mai
<b>ÚS D'INSTRUMENTS ESPECÍFICS PER A DETECTAR I O CONFIRMAR EL CONSUM DE CÀNNABIS</b>				
Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)				
Qüestionari per a les etapes del canvi segons el model Transteòric de Prochaska i DiClemente				
Altres instruments				
	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<b>DISSENY DE PROGRAMES DE CANVI PER UN CONSUMIDOR DE CÀNNABIS</b>				
<b>A la persona sense intenció de canvi</b>				
Li dona consell breu i específic d'abandonament del consum				
Li lliura informació de les conseqüències adverses del consum de cànnabis sobre la salut				
Seguiment: pregunta pel consum almenys un cop a l'any				
<b>A la persona amb intenció de canvi</b>				
Li ofereix consell i ajuda per deixar el consum				
Li ofereix seguiment i suport durant el procés de deshabitució				
L'informa que hi ha procediments efectius per abandonar el consum com ara: tractament farmacològic i teràpia psicològica				
L'informa dels recursos assistencials per ajudar-lo a abandonar el cànnabis com ara els centres d'atenció a les drogodependències				
Seguiment: programació de visites periòdiques				
	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<b>PREVENCIÓ PRIMÀRIA DEL CÀNNABIS</b>				
Realitza activitats informatives i de sensibilització a la comunitat sobre el consum de cànnabis				
Participa en campanyes preventives dirigides a reduir la iniciació del consum de cànnabis				
Realitza consell sistemàtic a la població atesa a la seva consulta				
	<b>Molt sovint</b>	<b>Sovint</b>	<b>A vegades</b>	<b>Mai</b>
<b>PARTICIPACIÓ EN TASQUES PREVENTIVES DE CONSUM DE CÀNNABIS EXTERNES A LA CONSULTA</b>				
Impulsa programes comunitaris coordinats entre diferents institucions, educadors de carrer, centres d'ensenyament, associacions				
Treballa coordinadament amb institucions en el disseny d'estratègies comunes per evitar l'inici del consum de cànnabis (escoles, instituts, àmbits de treball)				
Desenvolupa recerca sobre aquesta problemàtica de salut, per a poder conèixer millor la realitat de la situació i avaluar l'efectivitat real de les mesures emprades				

17. Quines dificultats ha trobat a l'hora de realitzar aquestes activitats?

18. Quins beneficis li ha suposat la realització d'aquestes activitats: pels pacients per vostè, pel servei, pel centre?

19. Valori la importància que, segons la seva opinió, té la promoció de la salut en la consulta dels professionals de la salut de l'Atenció Primària de Salut

Gens important 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Molt important
--

## MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA PARTICIPACIÓ

**ANNEX 4****INTERROGATORI SISTEMATITZAT DE CONSUM D'ALCOHOL (ISCA).**

Format per 3 preguntes que exploren quantitat i freqüència de consum.

**TEST ISCA:**

- |   |
|---|
| 1. Si en alguna ocasió pren begudes alcohòliques, quantes consumicions pren el dia que beu? expressat en unitats de beguda estàndard (UBE). |
| 2. Amb quina freqüència ho fa? (nombre de dies/setmana).  |
| 3. Els caps de setmana (o els dies laborables) canvien els seus hàbits de consum?   |

Font: Generalitat de Catalunya (2005).

**ANNEX 5**

**IDENTIFICACIÓ DE BEVEDORS DE RISC: TEST DE SCREENING PER DETECTAR EL CONSUM D'ALCOHOL: QUESTIONARI CAGE.** Format per 4 preguntes. Es un test de cribatge per valorar la dependència a l'alcohol. Una o més respostes afirmatives equivalen a risc de dependència alcohòlica.

**TEST CAGE:**

1. Ha pensat alguna vegada que hauria de beure menys?
2. S'ha sentit molest quan alguna persona li ha criticat la seva manera o forma de beure?
3. S'ha sentit culpable alguna vegada per la seva manera o forma de beure?
4. Alguna vegada el primer que ha fet al matí és prendre una beguda amb alcohol per relaxar-se o per lliurar-se d'una ressaca?

Font: Generalitat de Catalunya (2005).

**ANNEX 6**

**DETECCIÓ DEL CONSUM DE RISC I PERJUDICIAL D'ALCOHOL: QÜESTIONARI AUDIT**  
(Alcohol Use Disorders Identification Test). Format per 10 preguntes. Utilitzat per detectar el consum de risc.

1.	Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai</li> <li>▪ Un o menys cops al mes</li> <li>▪ 2 a 4 cops al mes</li> <li>▪ 2 o 3 cops a la setmana</li> <li>▪ 4 o més cops a la setmana</li> </ul>
2.	Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 o 2</li> <li>▪ 3 o 4</li> <li>▪ 5 o 6</li> <li>▪ 7 a 9</li> <li>▪ 10 o més</li> </ul>
3.	Amb quina freqüència pren sis o més consumicions alcohòliques en un sol dia?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai</li> <li>▪ Menys d'un cop al mes</li> <li>▪ Mensualment</li> <li>▪ Setmanalment</li> <li>▪ A diari o quasi a diari</li> </ul>
4.	Amb quina freqüència en el curs del darrer any s'ha trobat que no podia parar de beure un cop havia començat?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai</li> <li>▪ Menys d'un cop al mes</li> <li>▪ Mensualment</li> <li>▪ Setmanalment</li> <li>▪ A diari o quasi a diari</li> </ul>
5.	Amb quina freqüència en el curs del darrer any no ha pogut realitzar l'activitat que li corresponia, per haver begut?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai</li> <li>▪ Menys d'un cop al mes</li> <li>▪ Mensualment</li> <li>▪ Setmanalment</li> <li>▪ A diari o quasi a diari</li> </ul>
6.	Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha necessitat beure en dejú al matí per recuperar-se d'haver begut molt la nit anterior?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai</li> <li>▪ Menys d'un cop al mes</li> <li>▪ Mensualment</li> <li>▪ Setmanalment</li> <li>▪ A diari o quasi a diari</li> </ul>
7.	Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai</li> <li>▪ Menys d'un cop al mes</li> <li>▪ Mensualment</li> <li>▪ Setmanalment</li> <li>▪ A diari o quasi a diari</li> </ul>
8.	Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha estat incapaç de recordar què va passar la nit anterior perquè havia estat bevent?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mai</li> <li>▪ Menys d'un cop al mes</li> <li>▪ Mensualment</li> <li>▪ Setmanalment</li> <li>▪ A diari o quasi a diari</li> </ul>
9.	Vostè o alguna altra persona s'ha fet mal com a conseqüència que vostè havia begut?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No</li> <li>▪ Sí, però no en el curs del darrer any</li> <li>▪ Sí, el darrer any</li> </ul>
10.	Algun familiar, amic, metge o professional sanitari s'ha preocupat pel seu consum de begudes alcohòliques o li ha suggerit que deixi de beure?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No</li> <li>▪ Sí, però no en el curs del darrer any</li> <li>▪ Sí, el darrer any</li> </ul>
<p><i>Totes les preguntes puntuen de 0 a 4, de dalt a baix, excepte els 2 darrers ítems que puntuen 0-2-4. Escruteu els números de sota de la resposta (per exemple, si l'usuari respon "mensualment o menys" a la primera pregunta afegiu un punt a l'escrutini). Un escrutini total de 9 o més punts en el cas dels homes, i de 6 o més en el cas de les dones, suggereix que hi pot haver problemes potencials i és millor parlar-ne i investigar més sobre l'aspecte de la beguda. L'escrutini alt en els ítems 7-10 suggereix un consum d'alcohol "nociu", és a dir, no només augmenta el risc de futurs problemes sinó que ja en tenen. L'escrutini alt en els ítems 4-6 suggereix el començament de la dependència</i></p>	

Font: Generalitat de Catalunya (2005).



## ANNEX 7

**DIAGNÒSTIC DE LA SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA: QÜESTIONARI MALT (Test Müncher Alkolismustes).** Format per dues part; la primera inclou dades objectives (MALT-O) i la segona part dades subjectives (MALT-S).

MALT-O	
1.	Malaltia hepàtica (mínim un símptoma clínic, com consistència augmentada, hepatomegàlia, dolor a la pressió, etc., i almenys un valor de laboratori patològic, com GOT, GPT o GGT). Aquest ítem solament procedeix si es tracta d'una hepatopatia alcohòlica o d'origen desconegut; descarta, doncs, les hepatitis víriques, l'hepatomegàlia de la cardiopatia congestiva, etc.
2.	Polineuropatia. Aquest ítem solament és vàlid quan no existeixin altres causes conegudes, com diabetis <i>mellitus</i> o intoxicacions cròniques específiques.
3.	<i>Delirium tremens</i> (actual o en l'anamnesi).
4.	Consum superior a 150 ml (en la dona, 120 ml) d'alcohol pur al dia, almenys durant uns mesos.
5.	Consum superior a 300 ml (en la dona, 240 ml) d'alcohol pur, una o més vegades al mes.
6.	Fetor alcohòlic (en el moment de l'exploració mèdica).
7.	Els familiars o amics pròxims ja han cercat, en alguna ocasió, consell sobre el problema alcohòlic del pacient (al metge, assistent social o institucions pertinents).
MALT-S	
1.	Darrerament em tremolen sovint les mans.
2.	A temporades, sobretot pel matí, tinc una sensació nauseosa o ganes de vomitar.
3.	Alguna vegada he intentat calmar «la ressaca», la tremolor o la nàusea matutina amb alcohol.
4.	Actualment, em sento amargat pels meus problemes i dificultats.
5.	No és rar que begui alcohol abans d'esmorzar o dinar.
6.	Després dels primers gots d'una beguda alcohòlica, de vegades, sento la necessitat irresistible de seguir bevent.
7.	Sovint penso en l'alcohol.
8.	De vegades he begut alcohol, fins i tot quan el metge m'ho havia prohibit.
9.	En les temporades en les quals bec més, menjo menys.
10.	En la feina m'han cridat a l'ordre pel meu consum d'alcohol i/o alguna vegada he faltat a la feina per haver begut massa la vigília.
11.	Últimament prefereixo beure l'alcohol a soles (i sense que em vegin).
12.	Bec d'una glopada i més de pressa que els altres.
13.	Des que bec més, sóc menys actiu.
14.	Sovint tinc remordiments (sentiment de culpa) després d'haver begut.
15.	He assajat un sistema per beure (per exemple, no beure abans de determinades hores).
16.	Crec que hauria de limitar el meu consum d'alcohol.
17.	Sense l'alcohol, jo no tindria tants problemes.
18.	Quan estic excitat, bec alcohol per tranquil·litzar-me.
19.	Crec que l'alcohol està destruint la meua vida.
20.	Tan aviat vull deixar de beure com canvio d'idea i torno a pensar que no.
21.	Altres persones no poden comprendre per què bec.
22.	Si jo no begués, m'avindria més amb la meua dona o parella.
23.	Ja he provat de passar temporades sense alcohol.
24.	Si no begués, estaria content amb mi mateix.
25.	Repetidament m'han mencionat el meu «alè alcohòlic».
26.	Aguanto quantitats importants d'alcohol sense gairebé notar res.
27.	De vegades, en despertar-me després d'un dia d'haver begut molt, encara que sense embriagar-me, no recordo en absolut les coses que van passar la vigília.
INSTRUCCIONS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les preguntes de l'apartat MALT-S seran complimentades pel pacient; per exemple, quan espera per ser visitat. Cada resposta afirmativa té el valor d'1 punt.</li> <li>▪ Les preguntes de l'apartat MALT-O seran complimentades pel metge. En aquest cas, cada resposta afirmativa té el valor de 4 punts.</li> <li>▪ La suma del MALT-S + MALT-O constitueix la puntuació final: <ul style="list-style-type: none"> <li>0-5 punts → No alcoholisme</li> <li>6-10 punts → Sospita d'alcoholisme</li> <li>11 punts o més → Alcoholisme</li> </ul> </li> </ul>	

Font: Generalitat de Catalunya (2005).

## ANNEX 8

**AVALUACIÓ I QUANTIFICACIÓ DEL GRAU DE DEPENDÈNCIA FÍSICA A LA NICOTINA: QÜESTIONARI TEST DE FAGËRSTROM BREU.** En l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut s'ha adaptat l'escala de valoració de la dependència a la nicotina a partir de 2 preguntes. Els punts de tall entre: 5-6 dependència alta; 3-4 dependència moderada i 0-2 dependència baixa.

<b>PREGUNTES</b>	<b>RESPOSTES</b>	<b>PUNTS</b>
<b>Quan de temps passa des que us lleveu fins que fumeu la primera cigarreta?</b>	Menys de 5 minuts	3
	De 5 a 30 minuts	2
	De 31 - 60 minuts	1
	Mes de 60 minuts	0
<b>Quantes cigarretes fumeu cada dia?</b>	Menys de 5	3
	De 5 a 30	2
	De 31 a 60	1
	Més de 60	0

Font: Cabezas et al. (2009); Institut Català de la Salut (2009).

**ANNEX 9**

**IDENTIFICACIÓ DE LA FASE DEL PROCÉS DE CANVI: MODEL TRANSTEÒRIC DE CANVI PROPOSAT PER PROCHASKA I DICLEMENTE.** Permet classificar al fumador segons la seva actitud o predisposició per abandonar el consum.

- **PRECONTEMPLACIÓ:** NO S'HA PLANTEJAT SERIOSAMENT LA IDEA DE DEIXAR DE FUMAR.
- **CONTEMPLACIÓ:** HI HA UN PLANTEJAMENT SERIÓS DE CANVI EN ELS PROPERS SIS MESOS.
- **PREPARACIÓ:** ÉS CAPAÇ DE FIXAR UNA DATA I PENSAR UN PLA PER DEIXAR DE FUMAR EN EL PRÒXIM MES. I A MÉS HA REALITZAT ALMENYS UN INTENT D'ABANDONAMENT D'UNA DURADA MÍNIMA DE 24H. DURANT EL DARRER ANY DE CONSUM.
- **ACCIÓ:** S' INTENTA DEIXAR DE FUMAR. NO ES FUMA DURANT MENYS DE SIS MESOS.
- **MANTENIMENT:** LA PERSONA ES MANTÉ SENSE FUMAR DURANT MÉS DE SIS MESOS.
- **RECAIGUDA:** LA PERSONA TORNA A FUMAR. EL 75% DE LES RECAIGUDES ES PRODUEIXEN DURANT ELS PRIMERS 6 MESOS.

Font: Cabezas et al. (2009); Institut Català de la Salut (2009).

**ANNEX 10**

**AVALUACIÓ DEL GRAU DE MOTIVACIÓ PER INTENTAR ABANDONAR L'HÀBIT DE FUMAR: TEST DE MOTIVACIÓ RICHMOND.** Valora el grau de motivació per deixar de fumar. El rang possible (obtingut amb la suma de les respostes a les 4 preguntes) és de 0 a 10. 7 o més punts suggereixen una motivació alta.

1. Us agradaria deixar de fumar si poguéssiu fer-ho fàcilment ? • NO 0 SÍ 1
2. Amb quant d'interès voleu deixar-ho? • (De 0 en absolut; fins a 3 molt seriosament)
3. Intentareu deixar de fumar completament dins de les pròximes 2 setmanes? • (De 0 definitivament no; fins a 3 definitivament sí)
4. Quina és la possibilitat que dins de 6 mesos sigueu un no fumador? • (De 0 definitivament no; fins a 3 definitivament sí)

Font: Cabezas et al. (2009); Institut Català de la Salut (2009).

## ANNEX 11

## VALORACIÓ DE LA DEPENDÈNCIA PER DIFERENTS TIPUS DE DROGUES:

**SEVERITY OF DEPENDENCE SCALE (SDS) (VERSIÓ ESPANYOLA).** Test per mesurar el grau de dependència per diferents tipus de substàncies.

1. ¿Has pensado alguna vez que no podías controlar tu consumo de cannabis?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o casi nunca (1)</li> <li>• Algunas veces (2)</li> <li>• A menudo (3)</li> <li>• Siempre o casi siempre (4)</li> </ul>
2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar un canuto o porro?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o casi nunca (1)</li> <li>• Algunas veces (2)</li> <li>• A menudo (3)</li> <li>• Siempre o casi siempre (4)</li> </ul>
3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de cannabis?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o casi nunca (1)</li> <li>• Algunas veces (2)</li> <li>• A menudo (3)</li> <li>• Siempre o casi siempre (4)</li> </ul>
4. ¿Has deseado dejarlo?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o casi nunca (1)</li> <li>• Algunas veces (2)</li> <li>• A menudo (3)</li> <li>• Siempre o casi siempre (4)</li> </ul>
5. En los últimos 12 meses ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir cannabis?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o casi nunca (1)</li> <li>• Algunas veces (2)</li> <li>• A menudo (3)</li> <li>• Siempre o casi siempre (4)</li> </ul>

Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

## ANNEX 12

**IDENTIFICACIÓ DEL CONSUM DE CÀNNABIS: CANNABIS ABUSE SCREENING TEST (CAST) (VERSIÓ ESPANYOLA).** Test per identificar patrons de consum de cànnabis i les conseqüències negatives d'àmbit social i sanitari.

1. ¿Has fumado cànnabis antes del mediodía?
• Nunca (1); Raramente (2); De vez en cuando (3); Bastante a menudo (4); Muy a menudo (5)
2. ¿Has fumado cànnabis estando solo o sola?
• Nunca (1); Raramente (2); De vez en cuando (3); Bastante a menudo (4); Muy a menudo (5)
3. ¿Has tenido problemas de memoria al fumar cannabis?
• Nunca (1); Raramente (2); De vez en cuando (3); Bastante a menudo (4); Muy a menudo (5)
4. ¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo?
• Nunca (1); Raramente (2); De vez en cuando (3); Bastante a menudo (4); Muy a menudo (5)
5. ¿Has intentado reducir o dejar de consumir sin conseguirlo?
• Nunca (1); Raramente (2); De vez en cuando (3); Bastante a menudo (4); Muy a menudo (5)
6. ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)?
¿Cuáles? :.....
• Nunca (1); Raramente (2); De vez en cuando (3); Bastante a menudo (4); Muy a menudo (5)

Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

## ANNEX 13

**IDENTIFICACIÓ DEL CONSUM I LA DEPENDÈNCIA DE CÀNNABIS: CANNABIS USE DISORDERS IDENTIFICATION (CUDIT).** Test per identificar el consum i la dependència al cànnabis.

\*Aquest test es presenta en versió original donat que no hem localitzat cap adaptació al català o al català.

1. How often did you use cannabis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never (0) – monthly or less (1) – 2 – 4 times a month (2) – 2 – 3 times a week (3) – 4 or more times a week (4)</li> </ul>
2. How many hours were you "stoned" on a typical day when you had been using cannabis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 or 2 (0) – 3 or 4 (1) – 5 or 6 (2) – 7 to 9 (3) – 10 or more (4)</li> </ul>
3. How often were you "stoned" for 6 or more hours?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never (0) – less than monthly (1) – monthly (2) – weekly (3) – daily or almost daily (4)</li> </ul>
4. How often did you find that you were not able to stop using cannabis once you had started?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never (0) – less than monthly (1) – monthly (2) – weekly (3) – daily or almost daily (4)</li> </ul>
5. How often did you fail to do what was normally expected from you because of using cannabis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never (0) – less than monthly (1) – monthly (2) – weekly (3) – daily or almost daily (4)</li> </ul>
6. How often did you needed to use cannabis in the morning to get yourself going after a heavy session of using cannabis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never (0) – less than monthly (1) – monthly (2) – weekly (3) – daily or almost daily (4)</li> </ul>
7. How often did you have a feeling of guilt or remorse after using cannabis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never (0) – less than monthly (1) – monthly (2) – weekly (3) – daily or almost daily (4)</li> </ul>
8. How often have you had a problem with your memory or concentration after using cannabis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never (0) – less than monthly (1) – monthly (2) – weekly (3) – daily or almost daily (4)</li> </ul>
9. Have you or someone else been injured as a result of your use of cannabis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>No (0) – yes (4)</li> </ul>
10. Has a relative, friend or doctor or other health worker been concerned about your use of cannabis or suggested you cut down?	<ul style="list-style-type: none"> <li>No (0) – Yes (4)</li> </ul>

Font: Annaheim et al. (2010).

