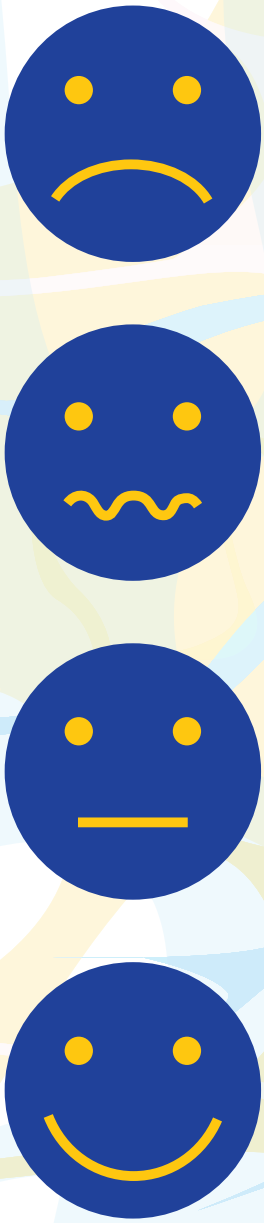
drogodependencia y adicciones:

Prevención en el Ámbito Laboral



Financiado por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

UGT

drogodependencia y adicciones:

Prevención en el Ámbito Laboral

Edita: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT
c/ Hortaleza, 88 - 28004 Madrid
Edición: Junio 2012
Depósito Legal: M-23936-2012

Nuestro agradecimiento a UGT-Andalucía, UGT-Aragón, UGT-Cantabria, UGT-Castilla y León, UGT-Galicia y UGT-Madrid, sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Índice

PRESENTACIÓN 7

I. INTRODUCCIÓN 8

1.1 CONCEPTOS BÁSICOS 8

1.2 FACTORES QUE CONDICIONAN LA DROGODEPENDENCIA 10

II. PANORAMA ACTUAL 12

2.1 IMPACTO DE LAS DROGAS 12

2.2 CLASIFICACIÓN DE DROGAS Y ADICCIONES 12

2.2.1 SUSTANCIAS ADICTIVAS 13

2.2.2 OTRAS ADICCIONES 27

III. CONDICIONES DE TRABAJO, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN 38

3.1 NEGOCIACIÓN COLECTIVA 38

3.2 PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL 40

3.3 FACTORES DE RIESGO LABORAL 45

3.4 PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL 47

3.5 EJEMPLO DE UN PLAN DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS 50

IV. NORMATIVA SOBRE DROGODEPENDENCIA 54

4.1 NORMATIVA ESPECÍFICA 62

ANEXO I. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL 64

V. BIBLIOGRAFÍA 74

["….La lucha contra el consumo de drogas tiene que basarse en la prevención, tanto individual como colectiva. [……] Estamos obligados a dar una respuesta "de choque" en el terreno asistencial y de represión del tráfico porque todos lo percibimos como necesario. Pero, ante un problema con el que hemos de aprender a convivir durante años, sólo existen soluciones preventivas a medio y largo plazo]

Ernest Lluch, Ministro de Sanidad.1985

Presentación

La salud es un derecho de todo ciudadano. Según la OMS, LA SALUD ES EL ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SOLO LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD.

Dentro de esta concepción amplia de salud concebimos a la persona de una forma integral, en continua relación con sus condiciones personales, sociales y laborales.

Los datos que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud, nos dicen que unos 205 millones de personas consumen drogas ilícitas en el mundo y el consumo de estas sustancias supone uno de los 20 factores principales de riesgos para la salud de las personas. Para UGT, las drogodependencias deben ser tratadas como una cuestión de salud dentro del ámbito laboral analizando la influencia que puedan tener las condiciones de trabajo en la seguridad y salud de los trabajadores.

Llevamos años reivindicando ante las Administraciones competentes una protección integral en materia de salud que abarque, tanto el cambio de puesto de trabajo en aquellas circunstancias que sean necesarias, como la adaptación del mismo a las circunstancias personales del trabajador.

Pese a que existe obligación legal de la protección a la salud, cuando acometemos la realidad de las drogodependencias en el ámbito laboral, nos encontramos ante verdaderas dificultades para que se aborde como un tratamiento integral de la salud.

Los cambios en el mercado de trabajo, la utilización de las nuevas tecnologías, la precariedad, las nuevas formas de organización del trabajo, en definitiva la mayor intensificación del trabajo, genera en ocasiones riesgos a los trabajadores, y en determinadas circunstancias puede desembocar en problemas como los que abordaremos a lo largo de la guía: el uso y los efectos de las drogas en el ámbito laboral.

Abordar la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral es una necesidad. La ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales traslada los principios preventivos de la salud en el ámbito del trabajo. La empresa es el lugar adecuado para desarrollar políticas y planes de prevención en materia de drogodependencias que permitan prevenir este tipo de situaciones.

Son necesarias estrategias y actuaciones conjuntas y coordinadas tanto por parte de las empresas como de los trabajadores y sus representantes sindicales, conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales y la propia Administración para intentar prevenir esta problemática.

Este es el principal motivo de elaboración de esta guía sindical. Su objetivo se dirige a una mayor información y formación sobre todo de representantes de los trabajadores, pero también para trabajadores en general, sobre la problemática que suponen las drogodependencias en el ámbito laboral, así como a desarrollar modelos de iniciativas conjuntas y consensuadas que eviten, prevengan y den soluciones a este problema.

La información es imprescindible para comprender y saber abordar este riesgo laboral. De aquí que la realización de planes y protocolos de actuación en las empresas, asumir el tratamiento de las drogodependencias, y buscar soluciones consensuadas que protejan la salud de estos trabajadores enfermos sea tarea sindical importante.

Esperamos que esta herramienta os sirva a los delegados sindicales para pactar este tipo de intervenciones en los centros de trabajo, y que os sea útil para vuestro que hacer diario en las empresas.

Agradecer a todas las personas y organismos de la Organización y externos a la organización que han colaborado en la elaboración de esta guía.

Fdo.: Marisa Rufino San José.
Secretaria de Salud Laboral UGT-CEC

I. Introducción

Es indudable que el consumo de sustancias psicoactivas tiene consecuencias en toda las áreas de la vida de una persona, así como en todo tipo de actividades que realiza. El ámbito laboral no está exento y las manifestaciones por el uso, abuso y dependencia del alcohol y otras drogas van a observarse en mayor o menor intensidad dependiendo de múltiples factores: la cantidad de sustancia, el tiempo transcurrido desde la última dosis, la combinación de sustancias utilizadas, la tolerancia de la persona, su salud general, otras relacionadas con el riesgo del desempeño del trabajo, etc.

Existe en la actualidad un elevado consenso entre profesionales y organismos nacionales e internacionales a la hora de considerar la importancia de la intervención preventiva ante el fenómeno de las adicciones.

Entendiendo por prevención, todas aquellas actuaciones encaminadas a reducir, anticipándose a la problemática derivada del uso indebido de drogas.

Teóricamente, dependiendo de si la sustancia utilizada es depresora, estimulante o perturbadora del sistema nervioso central los efectos observables como signos o síntomas van a ser distintos. También por estar bajo el síndrome de abstinencia de las mismas.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENEN LAS ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL?

Los problemas derivados del consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral, afectan negativamente al clima laboral de la empresa, a la salud de las personas y a los objetivos de la organización. Algunas de las consecuencias más visibles del problema son:

- El alargamiento del período de baja por enfermedad
- La frustración de la trayectoria profesional
- Siniestralidad laboral
- Absentismo
- Mal clima de trabajo
- Disminución de la productividad

1.1 CONCEPTOS BÁSICOS

USO DE DROGA: aquella forma de relación con las drogas en la que por su cantidad, su frecuencia o por la situación física y social del sujeto no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el/la consumidor/a ni sobre su entorno. Es consumidor/a ocasional.

HÁBITO: consumo repetido y habitual que aunque no conlleva el aumento de dosis sí conduce a la dependencia. Muy asociado a situaciones sociales. Consumidor/a regular.

ABUSO: el mantenimiento del consumo a pesar de la aparición de consecuencias negativas graves y reiteradas en el/la consumidor/a y/o su entorno.

DEPENDENCIA: es una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica causada por una exposición reiterada a una droga, haciéndose necesaria la utilización de la sustancia para que desaparezcan los efectos no deseados que aparecen cuando dejan de consumirse. Aparece tras un periodo en el que se ha usado frecuentemente una sustancia.

La dependencia resulta de la interacción de tres variables: la sustancia adictiva, la perso-

na y el contexto social, económico y cultural que enmarca las dos primeras en un determinado momento y lugar.

DEPENDENCIA FÍSICA: es la adaptación del organismo a la droga, y se caracteriza por una necesidad imperiosa de conseguir unos determinados niveles de dicha sustancia para que se pueda mantener con normalidad. Los síntomas que se producen constituyen lo que se conoce como **"Síndrome de abstinencia"**.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: es un deseo a veces irresistible, de consumir una sustancia con el fin de obtener un estado de satisfacción. Pasado el tiempo, se consume para evitar sensaciones negativas, aunque ya no se consiga la satisfacción buscada. La persona tiene la sensación de que le resulta imprescindible.

TOLERANCIA: se trata de la disminución gradual del efecto de una sustancia cuando se toma de forma repetitiva, de tal manera que se necesita aumentar continua y gradualmente la dosis para conseguir los mismos efectos.

TOLERANCIA CRUZADA: fenómeno por el cual si una sustancia se consume en repetidas ocasiones, no solamente aparece tolerancia a la misma, sino también a otros cuyos efectos sobre el organismo son similares. Por ejemplo, el alcohol y los barbitúricos.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: se refiere al desarrollo de un síndrome específico para cada tóxico. Es un conjunto de síntomas físicos y psíquicos, que se desencadenan al interrumpir bruscamente el consumo de algunas sustancias, o se reduce la ingesta, en personas que presentan dependencia a estas. El malestar físico y psicológico que lo configuran, aparece cuando la persona consume habitualmente una droga hasta el punto de ser dependiente de ella.

El síndrome de abstinencia es diferente para cada sustancia.

DESINTOXICACIÓN: consiste en la desaparición de todo vestigio de la sustancia consumida en el organismo, una vez interrumpido el consumo de la misma. Volviendo el organismo a su estado normal.

Esta fase, generalmente es corta, en la cual se superan las consecuencias y los síntomas del síndrome de abstinencia.

DESHABITUACIÓN: proceso por el cual, la persona consigue controlar o eliminar el deseo vehemente de consumir la sustancia y regular y/o modificar las causas que le incitan al consumo o que mantiene el mismo.

Fase de duración más larga, se enfoca hacia la realización de una serie de actividades sociales y de asunción de responsabilidades que faciliten, por un lado el no consumo y por otro, la reconstrucción de la vida personal y social. Esta etapa no es incompatible con la actividad laboral.

REINSERCIÓN: es la integración del antiguo drogodependiente en la sociedad de forma similar a cualquier otro individuo.

No es incompatible con la actividad laboral. Al contrario, es muy positivo que se incorpore al trabajo.

FACTOR DE RIESGO: es la característica individual, situacional y/o del contexto ambiental que aumenta la probabilidad de iniciarse, mantenerse en el consumo de sustancias, e incluso pasar a etapas más avanzadas del proceso hasta llegar a una dependencia.

CONDICIONES DE TRABAJO: fuente o situación con capacidad de daños para la salud. Llamamos condiciones de trabajo al conjunto de variables que pueden influir en la interacción trabajo-salud.

Puesto que cada una de dichas variables es, en principio, susceptible de producir daños a la salud de los trabajadores/as, es común denominarlas Factores de Riesgo.

Se clasifican en cinco grupos, que por las características del trabajo contribuyen a la generación de riesgos:

- condiciones de seguridad,
- derivados del entorno físico de trabajo,
- debidos a la presencia de contaminantes
- químicos y biológicos,
- causados por exigencias físicas y mentales de la tarea,
- organización del trabajo.

DROGA: es una sustancia que puede **modificar el pensamiento y la conducta** de la persona que la introduce en el organismo. Tiene la capacidad de modificar el comportamiento y, a la larga, el modo de ser.

El cerebro es una de las partes más complejas y delicadas del cuerpo. Del cerebro dependen los sentimientos, la forma de pensar, nuestro mundo interior y la capacidad de relacionarnos con otras personas. Las drogas inciden en él de manera directa e interfieren en sus mecanismos de funcionamiento.

Las drogas siempre son un riesgo muy importante que puede variar según el tipo de sustancia, la manera de consumirla y las características personales de quien las toma.

DROGODEPENDIENTE: Cuando el abuso de una sustancia ha generado dependencia.

POLICONSUMO: Consiste en el consumo de dos o más tipos de sustancias, mezcladas o consumidas alternativamente. Buscando sus diferentes efectos, o bien buscando una combinación de los mismos.

1.2 FACTORES QUE CONDICIONAN LA DROGODEPENDENCIA

Una de las mayores preocupaciones en las investigaciones preventivas es descubrir cuál es el origen de los procesos adictivos. Son muchas las causas que pueden intervenir en el inicio del consumo de las drogas y en su mantenimiento, pero las podemos distribuir en tres ámbitos:

1°. Droga
2°. Individuo
3°. Ambiente

Estas se pueden estudiar a través de diversos modelos explicativos:

Biológico
Psicológico
Sociológico

1°. Droga y su potencial adictivo: las diversas drogas tienen capacidades de producir sensaciones placenteras. Las que tienen mayor probabilidad de administrarse de manera repetida son las que producen sensaciones gratificantes mayores, lo que produce un mayor refuerzo positivo.

Potencial de una droga: tiempo que transcurre desde que se consume por primera vez la sustancia hasta que se produce la dependencia. Cuanto más breve sea la acción de la droga, más se repite su consumo y más cambios provocan a nivel del SNC.

2º. Individuo: la vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinada droga está relacionada con una serie de factores biológicos y psicológicos:

- Biológicos.

Sexo: es un factor de vulnerabilidad debido a la constitución inherente de ser hombre o mujer, por ejemplo, las mujeres presentan una menor capacidad metabólica de etanol (dosis pequeñas tienen efectos importantes)...

Carga genética: al existir un polimorfismo de los genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, metabolización y, eliminación de las drogas.

- Psicológicos.

Grado de estabilidad emocional.
Presencia de psicopatologías: Muchas veces se acude a las drogas para aliviar síntomas psíquicos. Más que aliviar una patología psiquiátrica la ocasionan o la aumentan.

Estrés y vulnerabilidad: Recientes estudios señalan el efecto del estrés sobre el funcionamiento cerebral sobre todo las consecuencias sobre la corteza prefrontal y el hipocampo lo que podría alterar la respuesta del cerebro y el organismo a situaciones de afrontamiento de estrés. Parece ser que existe una relación entre un sistema de respuesta sensibilizado al estrés y consumo de sustancias.

3º. El ambiente: existen muchos factores en el contexto social que condicionan el desarrollo del consumo de drogas:

- Oferta y disponibilidad de cualquier tipo de droga.
- Anuncios publicitarios de las drogas institucionalizadas.
- Ausencia de información veraz: confusión entre drogas "duras" y "blandas"
- Presión de los modelos sociales: personajes públicos, artistas y políticos consumen drogas. En la televisión y en el cine, escenas de drogas (legales e ilegales) "y no pasa nada".
- Dificultades para el uso sano y formativo del tiempo libre.
- Valores transmitidos por los sistemas educativos.
- Condiciones laborales.
- Desarrollo técnico de la sociedad occidental ("todo fácil y rápido").

II.
Panorama Actual

2.1 IMPACTO DE LAS DROGAS

Podemos resumir el impacto de las drogas en una serie de puntos:

Afectan a nivel físico, psicológico, social, familiar y económico.

El consumo de alcohol y tabaco 8 en la adolescencia puede abrir la puerta a otras drogas más peligrosas.

El consumo simultáneo de alcohol y otras drogas es especialmente peligroso.

El consumidor no puede estar seguro de la composición de la sustancia que compra, uniéndose este riesgo al propio de la droga.

El desconocimiento de la composición y la potencia de la droga, así como la variabilidad de sus efectos sobre diferentes personas, pueden producir sobredosis con secuelas gravísimas.

Favorecen las conductas agresivas, es una de las causas de muchos casos de maltrato.

El alcohol es causa de gran parte de los accidentes de tráfico en España.

Los costes laborales del consumo de drogas (absentismo, accidentes, etc.) son muy importantes.

Las drogas tienen un elevado coste sanitario.

El consumo de drogas puede desembocar en situaciones de adicción severa y otros problemas que reclaman tratamiento especializado.

Las drogas provocan problemas con la justicia.

2.2 CLASIFICACIÓN DE DROGAS Y ADICCIONES.

La adicción se caracteriza por una alteración en la motivación del individuo que le lleva a un patrón de búsqueda de determinados estímulos (sustancias o conductas) a pesar de las consecuencias negativas de estos, pero también a una disminución en la motivación para el resto de estimulaciones vitales.

Sin duda la adicción y la motivación es uno de los campos en los que la investigación avanza de una manera más rápida. Esto está dando lugar a una verdadera revolución en el tratamiento de estas enfermedades y a tratar médicamente lo que antes se abordaba como un problema social.

Podemos establecer la siguiente clasificación de las drogas en:

Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC): entorpecen el funcionamiento habitual del cerebro.
- Alcohol.
- Opiáceos: morfina, codeína, heroína, metadona.
- GHB (gamma-hidroxibutirato)
- Medicamentos psicoactivos: hipnóticos, ansiolíticos.

Drogas estimulantes del SNC: aceleran el funcionamiento habitual del cerebro.
- Estimulantes mayores: anfetaminas, cocaína.
- Estimulantes menores: nicotina, cafeína.

Drogas perturbadoras del SNC: trastornan el funcionamiento del cerebro.
- Alucinógenos: LSD, fenciclidina (PCP), ketamina, mescalina, psilocibina, etc.
- Derivados del cannabis sativa: hachís, marihuana, aceite.
- Drogas de síntesis. MDMA (éxtasis), MDEA (eva), etc.

2.2.1 Sustancias Adictivas

Ya hemos hecho referencia a cómo podemos clasificar las drogas, así que ahora nos vamos a centrar en cada una de ellas:

ALCOHOL

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol que es un **depresor del sistema nervioso central**, es decir adormece progresivamente las funciones cerebrales y sensoriales. En un primer momento, produce euforia y desinhibición conductual por lo que en ocasiones se confunde erróneamente con un estimulante. Y esto es así porque primero afecta a los centros cerebrales responsables del autocontrol, lo que conduce a que nos dejemos llevar por los efectos del consumo de esta sustancia.

Alcoholismo y actividad laboral

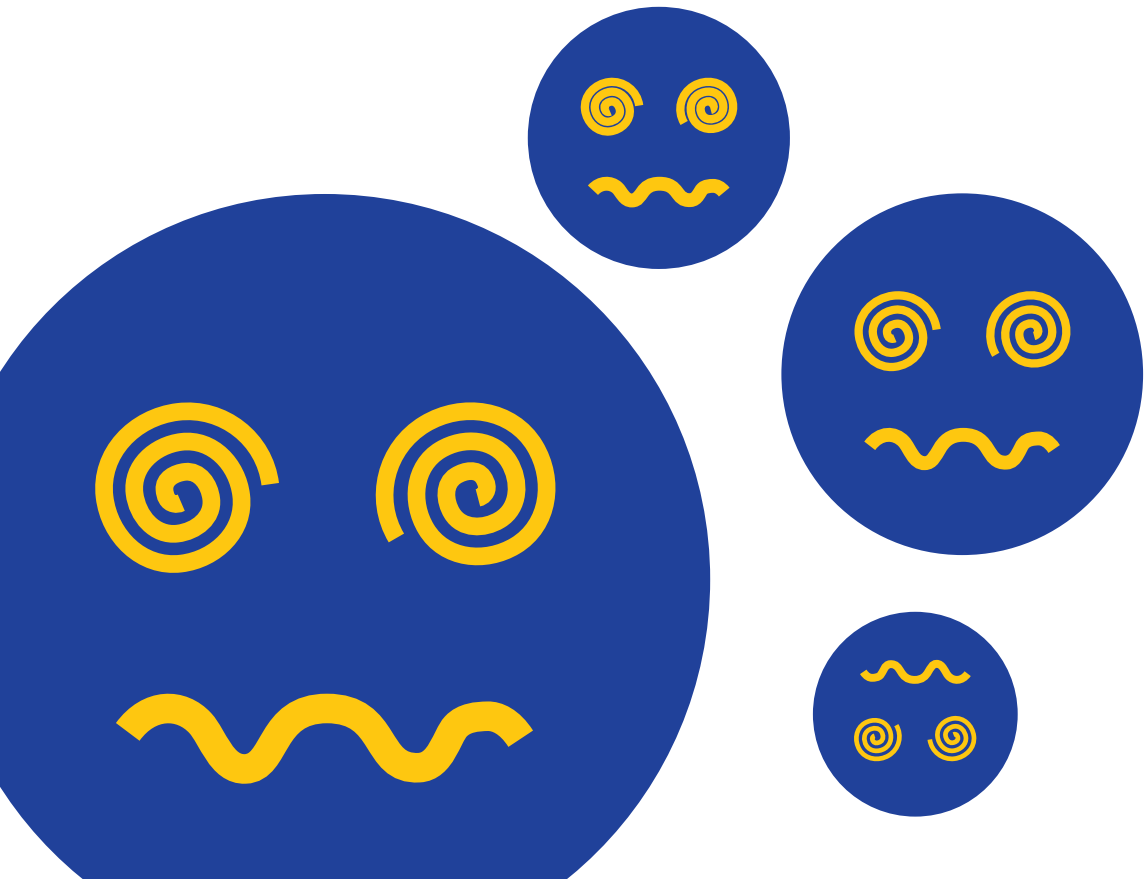
Algunos tipos de trabajo suelen estar asociados a consumos de riesgo de alcohol. Sin embargo, al igual que otros índices socio métricos, resulta difícil saber si la elección de un trabajo es la causa o el efecto de un problema alcohólico.

Parece claro que ciertas profesiones tienden a potenciar situaciones de riesgo alcohólico, pero en general en el trabajo se bebe alcohol:

- Para aportar sensación de energía después de unas horas de esfuerzo físico intenso.
- Para relacionarse con clientes y compañeros.
- Cuando se tiene seca la garganta.
- Para paliar la sed.
- Para mitigar el frío.
- Para aguantar la monotonía.
- Ante problemas laborales.
- Después de una jornada excesiva de trabajo.
- Como parte de la cultura de la empresa.
- Para quitar los enfados.
- Como "quita-miedos", para dar coraje en situaciones de inseguridad y riesgo.

Efectos del Alcohol

Dependiendo de la cantidad de etanol que tengamos en la sangre se van a ir produciendo diversos efectos que hemos encuadrado en 7 estados en el proceso de la ingesta alcohólica.



Estado	Concentración en sangre de etanol	Efecto
Sobriedad	Entre los 0,01 y 0,05 mg/dl.	Tiene una conducta aparentemente normal y no se observan síntomas de un consumo de alcohol, únicamente serían detectables con pruebas específicas o análisis clínicos.
Euforía	Entre los 0,03 y los 0,12 mg/dl.	Ligera euforia, aumento de la sociabilidad, se relaciona más con las personas, aumento de la autoestima y disminuye la inhibición social. La capacidad de atención, la de enjuiciamiento y el control disminuyen.
Excitación	De 0,09 a 0,25 mg/dl.	Todos los efectos que aparecen son negativos y afectan considerablemente a la persona: (pasan de las risas al llanto), disminución de las inhibiciones (posibilidad de hacer cosas sin sentido), disminución de la atención (estar en otro mundo, estar ido), pérdida del juicio crítico, alteración de la memoria y de la comprensión (lagunas de memoria), menor respuesta a los estímulos sensoriales, baja capacidad de reacción (peligro al conducir), ligera descoordinación muscular (movimientos incontrolables al andar). inestabilidad emocional.
Confusión	De 0,18 a 0,30 mg/dl.	Se produce desorientación y confusión mental, mareos, alteraciones en la percepción del color, de las formas y del movimiento. Disminución del umbral del dolor y exageración en la manifestación de los sentimientos (tanto de cariño, como violentos), alteración del equilibrio (marcha insegura), descoordinación muscular y habla pastosa.
Estupor	De 0,27 a 0,40 mg/dl.	Apatía (no tener ganas de nada), inercia (dejarse llevar), incapacidad y descoordinación muscular (movimientos muy lentos y descoordinados), incapacidad de caminar y permanecer de pie, vómitos e incontinencia esfinteriana, estado alterado de la consciencia, sueño y estupor (no saber donde se encuentra.
Coma	De 0,35 a 0,50 mg/dl.	Se produce una inconsciencia completa, estado anestésico y coma, incontinencia de orina y heces, depresión y abolición de los reflejos (sin reflejos o muy afectados), hipotermia (bajada de temperatura corporal), problemas en la respiración y en la circulación.
Muerte	Por encima de 0,45 mg/dl.	Se puede producir la muerte por parálisis respiratoria.

TABACO

El tabaco resulta del secado de las hojas de la planta que pertenece al género Nicotiana y la más importante es la denominada "Nicotina Tabacum". El tabaco contiene la droga estimulante llamada NICOTINA (su principal alcaloide).

Algunos datos relevantes con respecto al consumo de tabaco son:

Es un factor de riesgo para la salud. Y además es un problema de salud pública.

Es la principal causa de morbilidad y mortalidad prevenible. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco son principalmente producidas por enfermedades cardiovasculares, por cáncer (fundamentalmente de pulmón) y enfermedades pulmonares (sobre todo enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC)).

No existe una dosis de tabaco que no sea tóxica para el organismo. Es decir, no existe un consumo seguro de tabaco.
Desde el momento en que se comienza a fumar, el tabaco comienza una lenta pero infatigable labor.

El tabaco es altamente adictivo y muy tóxico. La nicotina es la sustancia responsable de la dependencia que ocasiona el tabaco. La mayor parte de los consumidores regulares de nicotina son dependientes de la nicotina. Considerar el tabaquismo como una adicción implica ser consciente de que es un proceso crónico del que forman parte las recaídas.

Fumar no sólo daña la salud del que fuma, sino que pone en peligro la salud y el bienestar de las personas de alrededor. Además, no existe una cantidad sana de humo del tabaco. Incluso el respirar un poco de humo del tabaco es peligroso para la salud. Se denomina **tabaquismo** pasivo al hecho involuntario de respirar al aire contaminado por el humo del tabaco. (ACHT).

En los adultos que no fuman, la exposición involuntaria al ACHT aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y otras enfermedades respiratorias, existiendo también un incremento en el riesgo de enfermedades coronarias y cerebro-vasculares. .Los niños presentan una mayor vulnerabilidad que los adultos a los efectos nocivos del humo ambiental de tabaco. La exposición al ACHT de los niños aumenta su riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante, bronquitis y neumonía, asma bronquial y exacerbaciones del asma, infecciones del oído medio y otitis media purulenta, que es la causa más común de sordera infantil. También puede afectar al crecimiento del niño.

Efectos que produce el tabaco

La nicotina es una sustancia estimulante, pero la mayoría de los fumadores/as creen que el fumar les relaja; en realidad es **porque calma la ansiedad provocada por la falta de nicotina** en el cuerpo (un síntoma del síndrome de abstinencia).

Desde el momento que un individuo se convierte en un fumador habitual, los componentes tóxicos del humo del tabaco comienzan una lenta pero infatigable labor. Un gran número de enfermedades, en diversos sistemas de nuestro organismo, resultan provocadas o favorecidas por el tabaquismo.

Efectos a corto plazo:

- Fatiga prematura.
- Mayor riesgo de anginas.
- Aumento de constipados.
- Tos y expectoraciones.
- Pérdida de apetito.
- Alteraciones del ritmo del pulso.
- Color amarillento de los dedos y dientes.
- Mal olor que se desprende de la boca y del aliento.

Existen una serie de enfermedades que se encuentran directamente relacionadas con el tabaquismo son: el cáncer de pulmón, la

bronquitis, el enfisema pulmonar y los problemas cardiovasculares. Hay otras enfermedades que también suelen aparecer en fumadores, como otras formas de cáncer (labio, boca, laringe, esófago y vejiga) y la úlcera gastroduodenal.

El riesgo de padecer estas enfermedades depende de cuatro factores:

1. Consumo diario de cigarrillos: Cuanto mayor es la dosis diaria mayor es el riesgo.
2. Duración del consumo: Cuanto antes se empezó a fumar y más largo es, por tanto, el periodo de su vida durante el cual un sujeto consume tabaco, regularmente, mayor es el riesgo de enfermar.
3. La forma de fumar: Aquellas formas que aumentan la exposición del organismo al humo (inhalación profunda y repetida, mantener el cigarrillo entre calada y calada), incrementan el riesgo.
4. Tipo de cigarrillos: los cigarrillos con filtro, y aquellos que tienen un menor contenido de nicotina y alquitrán (a igual consumo), reducen el riesgo de enfermar.

Tabaco y aparato digestivo.
Por causa del efecto de la nicotina, se favorece la aparición de enfermedades como la gastritis crónica, (dos veces más frecuente en fumadores/as que en no fumadores/as), la úlcera gastroduodenal y la esofagitis por reflujo.

Tabaco y embarazo.
Evidencias científicas apoyan la influencia del tabaquismo en el bajo peso de los recién nacidos y de los problemas que se producen en el desarrollo y crecimiento del feto; además de aumentar las posibilidades de abortos espontáneos, nacimientos prematuros y complicaciones durante el embarazo y en el parto.

El fumador/a pasivo.
Fumador/a pasivo/a o involuntario/a es aquella persona que habiendo decidido no fumar, o dejar de hacerlo, se ve expuesta al humo procedente de quienes fuman a su alrededor.

La exposición cotidiana al humo del tabaco, en ambientes poco ventilados, puede provocar irritación de los ojos, dolor de cabeza, estornudos, tos, faringitis, afonía,... Estas serían las consecuencias menores de una situación que también puede dar lugar a procesos patológicos más severos:

- Empeoramiento de la sintomatología en personas con problemas alérgicos, asmáticos y cardiovasculares.
- Incremento del riesgo de padecer enfermedades del corazón.

Se estima que en espacios cerrados y poco ventilados en los que se fume, un no fumador/a puede inhalar en una hora el equivalente al haberse fumado un cigarrillo.

Beneficios del abandono del hábito:

- En un par de días: mejoran los sentidos del gusto y del olfato.
- Al cabo de 3 semanas: disminuye o desaparece la tos. La función pulmonar y circulatoria mejora.
- Al cabo de 2 meses: aumenta la energía y la agilidad.
- Después de 3 meses: los pulmones funcionan normalmente.
- Después de 1 año: el riesgo de muerte súbita por infarto de miocardio disminuye la mitad.
- Entre 5 y 15 años: reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- 5 años después de dejar de fumar: disminución a la mitad del riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.
- A los 15 años de abandono del tabaco: el riesgo de enfermedad coronaria se equipara al de personas no fumadoras.
- Después de 10 años de abstinencia: el riesgo de cáncer del pulmón y de páncreas disminuye a la mitad.

CANNABIS

Procedentes de la planta Cannabis Sativa, cuyo principio activo es THC. (tetrahidrocannabinol), que es el componente más conocido y con mayor psicoactividad. La mayor parte de estos componentes se encuentra en las flores, de la planta hembra, las hojas y los tallos presentan menos cantidad.

En función de la parte consumida y su forma de elaboración, podemos clasificar los derivados del cánnabis en tres grupos que son:

Marihuana: Preparado con hojas secas y flores, que contiene entre 6 y 14% de THC.

Hachís: Preparado de resina segregada por la planta de cánnabis o hirviendo esta planta. Las tonalidades que presenta pueden variar dependiendo del origen de la planta (verde oscuro tirando a marrón en Marruecos, negro del Líbano y Medio Oriente, y negro como brea en Nepal). Contiene entre un 15 y un 30% de THC, dependiendo de la variedad.

Aceite de hachís: Preparado mediante la destilación de la planta en disolventes orgánicos. Dependiendo de la técnica y de los aparatos empleados en la destilación puede llegar a alcanzar un 65% de contenido de THC.

Puede ser consumida de diferentes modos:

Fumada o inhalada: la forma habitual de consumo de cannabis es fumado, mezclado con tabaco (hachís) o sólo (marihuana) en forma de cigarrillo, llamados porro, canuto, petardo..., también se puede fumar en pipas cortas. Otra forma de consumo es con pipas de salón llamadas "argilas". El pie de estas pipas es un recipiente donde se coloca líquido con el fin de humidificar el humo para que no dañe la garganta.

Oral o ingerida: la resina es introducida en los alimentos elaborando pasteles, caramelos, etc., en ocasiones las hojas y los tallos son utilizados para la elaboración.

Efectos que produce el cannabis

Los efectos suelen comenzar pasados unos 10 minutos aproximadamente, cuando la vía es fumada; y de unos 20 a 60 minutos, después de la ingestión.

La duración de los efectos de esta sustancia es más prolongada y de menos intensidad cuando se ingiere, que cuando se fuma, debido a que la velocidad de absorción por vía respiratoria es más rápida que por vía digestiva. La cantidad exacta absorbida por vía pulmonar depende de numerosos factores, entre los que destacamos: la velocidad con que se fuma, la profundidad y el volumen de la inhalación y el tiempo que la persona retiene la espiración después de inhalar.

Efectos psíquicos: Acción euforizante, con tendencia a la risa fácil, alteración del sentido del tiempo o la secuencia de los acontecimientos, puede aparecer despersonalización, fuga de ideas, y alteraciones de la memoria, aumenta la percepción de colores y de sonidos. A dosis más elevadas puede aparecer estado de pánico, alucinaciones y psicosis de tipo paranoide o esquizofrénico (psicosis por consumo). A esta fase euforizante, casi siempre le sucede otra depresiva con aumento del sueño.

Efectos físicos: Tos seca, taquicardia, irritación conjuntiva, y un ligero aumento de la presión arterial. Si la dosis es elevada se produce el efecto contrario. También puede aparecer sequedad de boca, presión ocular, desorientación e incapacidad para la concentración.

Debido al consumo fumado se produce un aumento del volumen y frecuencia cardiaca, que puede presentar riesgo añadido a personas que padecen enfermedades cardiovasculares.

Si el consumo es oral, se puede producir intoxicación debida a la mezcla con otros productos alimenticios o a la cantidad de sustancia utilizada.

COCAÍNA

Es el principal alcaloide de un arbusto denominado Erithroxylon coca, que se cultiva en la zona occidental de América del Sur (Colombia, Perú y Bolivia).

La presentación más habitual de la cocaína es la de un polvo cristalino de clorhidrato de cocaína que se suele consumir aspirándolo por la nariz (esnifándolo) o inyectado. La cocaína tiene una poderosa acción estimulante de la que se deriva su enorme potencial adictivo tanto en el hombre como en animales de experimentación.

Esta acción estimulante se traduce también en un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el ritmo respiratorio y la temperatura corporal, así como una dilatación de las pupilas.

La vía más frecuente de empleo de la cocaína es la intranasal o esnifada, cada dosis se denomina comúnmente tiro o raya. También es utilizada la vía intravenosa, hoy en desuso, por los riesgos que conlleva la forma de aplicación. Otra forma de consumo es fumada (crack).

A menudo se combina la cocaína con la heroína (speedball), el consumidor busca obtener los efectos rápidos de la cocaína y los sedantes de la heroína, sin llegar a padecer el "crash": el impulso incontrolable de volver a consumir por falta de cocaína.

Los patrones de consumo de cocaína pueden ser:

- Recreativo o social: se utilizan dosis altas y concentradas en un breve espacio de tiempo, el consumo se acaba cuando se está exhausto o se termina la droga.
- Compulsivo: uso crónico, diario o casi diario. El consumo es el que organiza la propia vida, se produce una gran dependencia a la sustancia.
- Policonsumo: sobre todo con cánnabis y alcohol. Se ha producido un aumento del consumo de alcohol como primera droga y la cocaína como secundaria para poder mantenerse despierto durante más tiempo.

Cocaína: efectos en el trabajo

Efectos **psicológicos:**

Euforia.
Locuacidad.
Aumento de la sociabilidad.
Aceleración mental.
Hiperactividad.
Deseo sexual aumentado.

Efectos **fisiológicos:**

Disminución de la fatiga.
Reducción del sueño.
Inhibición del apetito.
Aumento de la presión arterial.

Su uso habitual puede producir las siguientes consecuencias a largo plazo:

- Problemas de tipo cardiovascular: hipertensión, arritmias cardiacas, infartos de miocardio, ruptura de la aorta... Problemas pulmonares: hemorragia en los alveolos pulmonares, neumotórax, trombosis pulmonar y reacción de hipersensibilidad pulmonar.
- Problemas en el embarazo: abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad e infartos placentarios. Complicaciones renales: se puede producir insuficiencia renal. Complicaciones otorrinolaringológicas: debido al consumo esnifado produce rinitis crónica hasta producir erosiones o perforaciones del tabique nasal.
- Problemas psiquiátricos: depresión cocaínica, paranoias, conductas violentas y psicosis cocaínica. Infecciones por la vía de consumo: hepatitis B, SIDA... Con el uso crónico, suele aparecer un cuadro muy florido de psicosis paranoide con episodios de agresividad e ideas de persecución, agitación, irritabilidad, cansancio e impulsividad, en su forma más grave podría tratarse de una urgencia psiquiátrica.

Los/as consumidores/as suelen volverse depresivos/as, suspicaces e irritables, lo que conlleva a conductas agresivas y violentas.
Cuando se esnifa puede dar lugar a complicaciones nasales, entre ellas erosiones o perforaciones del tabique nasal. Otras complicaciones generales son la anorexia, la pérdida excesiva de peso, malnutrición, deshidratación, temblores y episodios de convulsiones.

OPIÁCEOS

Conocidos como "narcóticos", se utilizan principalmente para combatir el dolor. Son legales para el uso médico. Son derivados preparados a partir de la Goma de Opio (Papaver Somniferum), misma que se obtiene a partir del jugo extraído de los bulbos de la amapola.

Efectos que producen los Opiáceos: analgésica, somnolencia, cambios del estado de ánimo, depresión respiratoria, nausea, vómito, miosis- constricción pupilar, disminución de la motilidad del tubo digestivo y cambios conductuales (euforia inicial, apatía, lentitud psicomotora, deterioro en el proceso de pensamiento, deterioro en la capacidad de atención y memoria y cambios drásticos en actitudes escolares y sociales)

OPIÁCEOS NATURALES

Derivados del opio:

- Morfina (en 1803, se aisló en alcaloide del opio), se llamó así por el dios griego del sueño "Morfeo". Es 10 veces más potente que el opio.
- Codeína: el efecto es deprimir la tos.

La morfina y el opio se ilegalizaron en 1914 en EEUU porque producía tolerancia, dependencia física y psicológica y síndrome de abstinencia.

Los Opiáceos son drogas con mayor poder adictivo, debido a que entran en el cerebro rápidamente.
El efecto analgésico que produce la morfina tiene la particularidad de que ocurre sin pérdida de la conciencia y no afecta a otras modalidades sensoriales. En caso de intoxicación de la morfina, no permitir que el sujeto duerma, es sumatorio el efecto de depresor en la respiración y el efecto cansado por el sueño. Esto aumenta el riesgo de muerte por asfixia.

OPIÁCEOS SEMI-SINTÉTICOS:

Heroína : es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio, que se obtiene de la planta Papaver Somniferum.
Presentación: polvo blanco, inodoro y fino, dependiendo del proceso de producción. Puede presentarse con otro color y otra textura.

Para la mayoría de la gente es "la droga"; **¿por qué?**

Es ilegal.
Su precio es muy alto.
Se inyecta en vena o se fuma.
Produce dependencia rápidamente.
La sobredosis de la heroína es mortal.
El síndrome de abstinencia es aparatoso: lagrimeo, secreción nasal, bostezos, dolores musculares, escalofríos, pupilas dilatadas, sudoración, diarrea, fiebre.

Lo que se busca con su consumo:

Olvidarse de los problemas.
Superar el malestar físico y psíquico.
Afrontar la monotonía y el aburrimiento.
Lograr sensación de bienestar personal y felicidad.
Amortiguar preocupaciones.
Lograr dormir.

Efectos: los efectos duran 2 y 3 horas.

El consumo de heroína activa el sistema opioide de forma antinatural y produce cambios en el cerebro que obligan a la administración continuada de esta droga ya que, si se interrumpe, aparece

sintomatología de abstinencia, es decir, el Sistema Nerviosos Central necesitará la aportación externa de esa sustancia para mantener la regulación de las funciones que realiza.

Aporta placidez y relajación de forma muy intensa, elimina el dolor y la ansiedad. Induce al sueño por lo que disminuye los estados de alerta, la concentración, atención y memoria.

Euforia, bienestar: dependerá de la cantidad de heroína tomada y rapidez que llega al cerebro.

Inicialmente:
- Acaloramiento de la piel.
- Sequedad de la boca.
- Sensación de pesadez en las extremidades.
- En ocasiones, nauseas, vómitos y picor considerable.

Posteriormente:
- Somnolencia durante varias horas.
- Funciones mentales se ofuscan.
- Función cardíaca y respiratoria se alteran.
- A veces, causa muerte, según dosis consumida.

Riesgos para la salud.

Alteraciones digestivas: falta de apetito, estreñimiento.

Alteraciones cardiovasculares: hipotensión, infecciones del endocardio, y válvulas del corazón.

Artritis y otros problemas reumáticos. Trastornos de memoria, de atención y pérdida de motivación.

Cantidades excesivas puede provocar sobredosis, coma y la muerte.

La dependencia se produce a los 20 -30 días de consumo regular, y si falta la dosis, da lugar a un fuerte síndrome de abstinencia.

La inyección puede dañar las venas. Compartir la jeringa o el material de inyección supone un riesgo de contraer enfermedades como la Hepatitis B y C y el VIH.

Uso crónico:
- Venas colapsadas.
- Abscesos cutáneos.
- Infecciones de piel y tejidos blancos.
- Enfermedades hepáticas.
- Susceptible de adquirir enfermedades respiratorias, bronquitis, tuberculosis.

Consecuencias

La heroína es una droga altamente adictiva. Al principio, sus efectos son muy placenteros, lo que propicia una conducta de consumo continuado y repetido. Este consumo, provoca un fenómeno de tolerancia. Es decir, para conseguir el mismo efecto o evitar síntomas de abstinencia, el adicto necesita cada vez más dosis más altas, siendo necesarias hasta 10 veces más al cabo de un cierto tiempo de consumo.

Se aíslan y se limitan a un contacto superficial con el medio ambiente que le rodea. Pérdida de interés por la vida real, por el entorno, familia y amigos, y no conseguir una buena integración social. Llega un momento, en que toda la vida del adicto gira alrededor de la búsqueda, obtención y consumo.

Enfermedades que se contraen de forma indirecta, debido a:
- Las malas condiciones de higiene.
- La forma de consumir.
- La despreocupación que tiene sobre su vida.

Con el tiempo, la heroína provoca un mayor malestar, el heroinómano busca aliviar el malestar que le produce la ausencia de la sustancia.

Síndrome de abstinencia o "mono"; aparece a las ochos horas de la última dosis. Malestar dura de 36 a 72 horas. Los síntomas son: Ansiedad, agresividad, midriasis (dilatación pupilar), lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores "piel de gallina", dia-

rrea, nauseas, vómitos, embotamiento mental hiperactividad , locomotora y dolores articulares.

OPIÁCEOS SINTÉTICOS:

Metadona: sustancia sintética derivada del opio controlada por las autoridades sanitarias de distribución restringida. Es un analgésico potente similar a la morfina, pero sin un efecto sedante tan fuerte.
Forma básica: polvo blanco cristalino.
Forma de presentación: comprimidos, supositorios, autoinyectable.

Tiene propiedades muy útiles ya que se utiliza para ayudar a los adictos de heroína durante el síndrome de abstinencia.

Inicialmente se suministra dosis diarias equivalentes al consumo de los adictos, con el fin de retirar paulatinamente al adicto a la heroína e introducir dosis reducidas de metadona por vía oral.

Es indispensable que todo programa de tratamiento con metadona vaya acompañado de psicoterapia y supervisión médica especializada en adicciones.

El uso regular de metadona puede inducir dependencia, se considera menos grave que la dependencia de la morfina y la heroína.

Efectos secundarios del consumo de metadona: aturdimiento, mareos, nauseas, vómitos, boca seca.

Síntomas de dependencia:

- Necesidad de incrementar progresivamente la dosis de metadona para conseguir los mismos efectos.
- Esfuerzos infructuosos por abandonar o controlar el consumo de metadona.
- Abandono progresivo de intereses o aficiones.
- Engañar al médico para que prescriba una dosis de metadona mayor de la que se necesita.
- Consumir más metadona de la dosis recomendada.
- Consumir junto con otras drogas.
- Consumir metadona para "redondear" los efectos mientras se sigue consumiendo heroína.
- Consumir para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Recaer en el consumo después de haberlo dejado.
- Experimentar síndrome de abstinencia.

Síndrome de abstinencia: una vez se interrumpe el consumo de metadona, resulta muy difícil la abstinencia para el consumidor regular o crónico.

Síntomas que experimenta: cansancio, somnolencia, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, dolor muscular y óseo, calambres abdominales, diarrea, vómitos, nauseas, escalofríos, movimientos incontrolables, vasoconstricción de la pupila: pupilas dilatadas, pilo erección, estornudos, bostezos, ojos llorosos, moqueo, transpiración excesiva, fiebre, alteraciones emocionales y físicas muy graves.

Consecuencias del consumo/dependencia de la metadona: sudoración excesiva, estreñimiento, dolor en músculos y articulaciones, algunos consumidores experimentan dolores similares a los del reumatismo, erupciones y picores cutáneos, sedación: sensación de somnolencia especialmente después de tomar la dosis, retención de fluidos: hinchazón de manos o pies, pérdida de apetito, nauseas y vómitos, dolores y calambres abdominales, caída de dientes, la mujeres experimentan cambios en la menstruación, ciclos menstruales irregulares y tanto en hombres como mujeres problemas sexuales.

Drogas de diseño: desde comienzos de los años 1990 se viene registrando en Es-

paña un importante aumento del consumo de las denominadas drogas de diseño o drogas de síntesis. Aunque esta denominación genérica trata de describir un amplio conjunto de sustancias sintetizadas en laboratorios clandestinos.
Se elaboran por síntesis química en laboratorios clandestinos, ya que se fabrican a partir de productos farmacéuticos que fueron relegados por falta de utilidad terapéutica (éxtasis) y otras imitan la estructura química de sustancias de origen botánico.

Sus efectos en el cerebro se parecen a otras drogas conocidas como estimulantes y alucinógenos. La gran cantidad de derivados tanto por su producto activo como por sus adulterantes los hacen, si cabe, más peligroso.

Entre ellas podemos encontrar el éxtasis, la MDA, el LSD, la MDEA, las anfetaminas, adulterantes diversos, etc.

Las anfetaminas y sus derivados se caracterizan por su acción estimulante y anorexígena que, en algunos casos, puede complementarse con efectos sobre la percepción. Los riesgos de estas sustancias derivan principalmente de sus efectos cardiovasculares, algunas complicaciones psiquiátricas (crisis de ansiedad, ideas paranoides) y, excepcionalmente, crisis muy graves de hipertermia conocidas como golpes de calor. Existen pruebas experimentales de un efecto neurotóxico de algunas de estas sustancias, aunque no se ha podido establecer claramente si estos efectos revierten con la interrupción del consumo.

Los **efectos** que producen:

Efectos **psicológicos:**

- Agitación.
- Euforia.
- Sensación de autoestima aumentada.
- Verborrea.
- Alerta y vigilancia.
- Agresividad.

Efectos **fisiológicos**:

- Falta de apetito.
- Taquicardia.
- Sequedad de boca.
- Sudoración.
- Incremento tensión arterial.
- Contracción mandibular.

El uso de estimulantes puede incrementar también el riesgo de padecer accidentes de tráfico o laborales, especialmente cuando estas sustancias se consumen al mismo tiempo que se utilizan bebidas alcohólicas, ya que muchas sustancias anfetamínicas parecen reducir la sensación subjetiva de intoxicación alcohólica sin mejorar los déficits psicomotores asociados a la acción del alcohol.

Tipos de drogas de diseño

Anfetaminas: las anfetaminas son sustancias derivadas de la "Beta-fenil-isopropil amina". Son drogas medicamentosas, adictivas (Moderada-Alta) y neurotóxicas. Las más utilizadas son: benzedrina, dexedrina y la metilanfetamina; son un fuerte estimulante y se relaciona inadecuadamente con la idea de disminuir la sensación de fatiga.

Las anfetaminas son un tipo de droga que estimula el Sistema Nervioso Central. Se presentan en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color.

Pueden ser legales si son consumidas bajo un estricto control médico, sin embargo, el abuso de las mismas se produce cuando son adquiridas y consumidas de manera ilícita.

Los síntomas físicos que producen las anfetaminas son:

- Aumenta el estado de alerta.
- Comportamiento agresivo y violento.
- Aumento de energía y actividad motora.
- Sensación de bienestar. Aumento en la seguridad y confianza.
- Disminuye el sueño.
- Disminuye la fatiga.
- Aumenta la velocidad de pensamiento y lenguaje.
- Se suprime la sensación de apetito.
- Aumento en la presión arterial.
- Aumento en la frecuencia cardiaca.
- Aumento en la temperatura corporal.
- Estimulación de la corteza cerebral.
- Disminución del sueño.

Los cambios conductuales se presentan en la agitación psicomotriz, con sentimientos de grandeza, estados de alerta, y deterioro en los procesos de pensamiento.

A dosis normales, sus efectos varían de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. Pueden producir efectos placenteros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad irritabilidad, ira inmotivada y repentina, trastornos amnésicos e incoherencia. En la última fase se describen depresión, cuadros paranoides y delirios paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta.

El consumo de anfetaminas puede conducir a actuaciones agresivas, al igual que los barbitúricos y el alcohol, por su gran efecto euforizante, unido a un descontrol en los instintos inhibitorios.

Anfetaminas en el ámbito laboral

El consumo es más prevalente de anfetaminas suele ser en los hombres que trabajan en el transporte y hostelería y en las mujeres que lo hacen en el comercio y hostelería. Por la creencia falsa de poder aumentar el ritmo de trabajo y ante la fatiga.

Drogas de síntesis más conocidas.

Éxtasis: el éxtasis o MDMA o Adán, XTC, X, E, "pastillas", "pastis", "pirulas", es la 3,4-metilendioximetanfetamina. Es la droga de síntesis que ha incrementado su consumo más que ninguna otra en la década de los noventa.

Tiene un efecto vigorizante y de aumento de percepción a través de los sentidos, en especial del tacto, produciendo una sensación de bienestar, de cercanía, y de conexión con las demás personas.

Últimamente, se está comercializando una nueva forma de presentación del éxtasis, llamada "cristal", término que se utiliza para designar las sales cristalizadas de dicha sustancia. El cristal se presenta en forma de polvo o de pequeña roca.

Efectos: comienzan en menos de media hora, y desaparecen entre 4 y 6 horas según la tolerancia. Se absorben en aparato digestivo, desde donde pasan a la sangre. Sus síntomas son: Sensación de bienestar, estimulación mental, emocional y motora, percepción sensorial, aumento de fuerza y "aguante" durante horas que facilita la realización del ejercicio físico y baile.

Efectos psicológicos: empatía, sociabilidad, euforia, incremento de la autoestima, desinhibición, deseo sexual aumentado, locuacidad, agobio, ansiedad, irritabilidad, aumenta el tiempo de reacción y confusión.

Efectos fisiológicos: taquicardia, arritmia e hipertensión, sequedad de boca, sudoración, contracción de mandíbula, temblores, deshidratación y aumento de la temperatura corporal (hipertermia)

Consecuencias: el éxtasis afecta al metabolismo del organismo, dificultando su propio proceso de eliminación. Si se ingiere nuevas dosis, puede producirse concentraciones muy elevadas en sangre y agravar sus efectos tóxicos.

- Efectos residuales: insomnio, agotamiento, depresión, irritabilidad, cefalea y dolores musculares.
- De forma inmediata puede producir: nauseas, escalofríos, sudoración, visión borrosa, contractura involuntaria de músculos de mandíbula, muerte por sobredosis, consecuencias después de unas horas o días siguientes, reducción en ciertas habilidades mentales, memoria y capacidad de procesar información.
- Daños en usuarios crónicos: procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida del apetito y alteraciones psiquiátricas (ansiedad, depresión, obsesión, ideaciones paranoides, trastornos del sueño).

Riesgos para la salud:

- Riesgos psicológicos: ansiedad, ataques de pánico, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, agresividad, trastornos psicóticos, "flash back"- alucinaciones visuales o auditivas, agitación, disminución de la memoria y de la atención.
- Riesgos físicos: aumento severo de temperatura corporal: golpe de calor, arritmia, convulsiones, insuficiencia renal, hemorragias, trombosis, infartos cerebrales, insuficiencia hepática, hipertensión y fallo cardíaco.

Eva: existen otros derivados anfetamínicos cuya estructura química está estrechamente relacionada con la del MDMA.

Entre ellos, cabe destacar la 3,4-metilenodioxietilanfetamina (MDEA o Eva) que se caracteriza por poseer A o éxtasis, si bien sus efectos ocurren más rápidamente y son de duración más corta tiene una actividad psicotrópica similar a la MDM.

En cuanto a sus efectos tóxicos, también produce neurotoxicidad sobre el sistema serotoninérgico y, en lo que se refiere a la temperatura corporal, induce hipertermia o aumento de la temperatura.

Tiene por tanto efectos similares al éxtasis, más rápido y de duración más corta.

Píldora Del Amor: el MDA o píldora del amor se sintetizó en Alemania en 1910 y combina los efectos de la anfetamina y la mescalina. Es una sustancia de origen vegetal, un alcaloide, con propiedades alucinógenas y psicoactivas que influyen en la percepción de los sentidos.

Tiene mayores efectos alucinógenos y una toxicidad superior al éxtasis. Con su consumo se pretende producir euforia y aumentar la sociabilidad. Tiene fama de ser afrodisíaca, a lo que debe su nombre, aunque este efecto nunca ha sido comprobado científicamente.

Dosis superiores a los 300 mg, pueden producir midriasis, hiperactividad, aumento de la salivación, piloerección y, en casos graves, rigidez, convulsiones, fallo respiratorio y muerte.

Polvo de Ángel: la fenciclidina o polvo de angel o PCP, se comenzó a fabricar en los años 50 como anestésico intravenoso. A mediados de los años 60, se dejó de utilizar debido a que producía en los pacientes intervenidos agitación, estados de delirio y conductas irracionales. Se trata de un polvo blanco, cristalino, que se disuelve fácilmente en agua o alcohol.

Los efectos del PCP en el cerebro inhiben la habilidad del usuario para concentrarse, pensar de manera lógica y articular. Ocurren cambios dramáticos en la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo. Algunos usuarios experimentan una euforia de leve a intensa, mientras que otros se sienten amenazados por el miedo, la ansiedad o el pánico.

Las personas que usan PCP de forma crónica tienen pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, depresión y pérdida de peso. Estos síntomas pueden persistir hasta un año después de dejar de usar PCP. También se han notificado trastornos emocionales. Puede interaccionar con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiacepinas, pudiendo incluso poner en peligro la vida de la persona.

Debido al gran auge de estas sustancias, a su fácil síntesis y al vacío legal que existe ante la comercialización de nuevos productos, se consumen otros muchos grupos de drogas de síntesis como pueden ser:

Poppers: el popper es una sustancia depresora inhalante que proviene de los nitritos de amilo, butilo e isobutilo. Estos son líquidos suelen ser color amarillento y aromáticos que se venden en pequeños frascos para inhalar.

El nitrito de amilo es una sustancia volátil y altamente inflamable con elevados riesgos en caso de ser ingerida (puede ser mortal).

Los nitritos son potentes vasodilatadores que al entrar en contacto con el Sistema Nervioso Central contienen propiedades para relajar los músculos.

A los pocos segundos de inhalarlo produce euforia, sensación de ligereza, desinhibición sexual, etc. El efecto se pasa rápido y viene precedido por una fuerte sensación de agotamiento y decaimiento.

En dosis altas y un uso prolongado pueden ocasionar: náuseas, vértigos, delirios, disminución del ritmo cardíaco, dificultades en la respiración, hipotensión y pérdida de conocimiento.

Riesgos para la salud: enrojecimiento de cara y cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, taquicardia e hipotensión, elevado riesgo de intoxicación por sobredosis, depresión respiratoria, convulsiones, vértigos, coma, lenguaje incoherente, tendencia al sueño, aumento de tiempo de respuesta, tendencia a la violencia y agresividad.

Speed: sustancia estimulante, clorhidrato de metanfetamina (derivado de la anfetamina). Tiene efectos más potentes que el éxtasis sobre el sistema nervioso. Elevado poder adictivo.

Forma de presentación:

Polvo blanco, cristalino, incoloro y de sabor amargo. Se disuelve fácilmente.
Comprimidos.

Se vende en envoltorios de un gramo. Puede estar adulterada con sustancias como: amoniaco, mata ratas. Lo hace doblemente peligroso.

Forma de consumo: fumada, inhalada, ingerida e inyectada.

Según la forma de consumir determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce. Nombres con los que se conoce: speed, meth, clalk, hielo o cristal si se fuma.

Efectos:

Inmediatamente después de ser fumada o inyectada se produce sensación intensa de placer, denominada "flash", dura unos minutos.

Si se inhala o se consume por vía oral, los efectos son de menor intensidad y más duraderos, la aparición de los efectos tardan más en aparecer: 3 a 5 minutos si es inhalada, 15 a 20 minutos por ingesta oral.

Efectos corto plazo: euforia, disminución de la sensación de cansancio, incremento de actividad física, mayor concentración, aumento de la atención, disminución del apetito, aumento de la respiración, hipertermia- golpe de calor, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, trastornos paranoides, convulsiones, sobredosis, movimientos repetitivos, aumento de la sudoración, sequedad de boca, vértigo, temblores, irritabilidad, ansiedad, paranoia y agresividad.

Consecuencias: adicción, insomnio, anorexia, comportamiento violento, accidentes cerebrovasculares, alucinaciones auditivas y visuales y psicosis.

Algunas de estas alteraciones pueden persistir después de no consumir mucho tiempo.

Riesgos para la salud:

Daños vasculares en el cerebro (derrames) por el incremento del gasto cardíaco, presión arterial.

Golpes de calor.

Relaciones sexuales de riesgo
Psicosis tóxica: ideas paranoides, alucinaciones.

Conducta violenta o arriesgada: conducción arriesgada.

Aumento de toxicidad y riesgo de sobredosis. Para mantener los efectos, se consume dosis repetidas, producido por la rápida tolerancia y efectos placenteros de corta duración, y la eliminación de sangre es bastante lenta (12 horas).

Riesgos cuando el consumo es por vía inyectada:

- Flebitis.
- Abscesos cutáneos.
- Contagio de enfermedades infecciosas: SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras.

Éxtasis liquido, o GHB: el éxtasis líquido (gamma hidroxi butirato) es una droga depresora y por tanto no tiene nada que ver con el éxtasis o MDMA, que es una droga estimulante aunque se le haya dado este nombre quizás para potenciar su atractivo entre los consumidores potenciales.

La manera de presentarse en el mercado ilegal es en líquido transparente que se suele diluir con agua, lo que implica que no se tenga certeza sobre la cantidad real que se está tomando. Además de que ligeras variaciones en cantidad o pureza pueden dar como resultado efectos muy dispares.

Se trata pues de un potente depresor del sistema nervioso que en un principio genera sensación de bienestar y euforia, pero puede variar considerablemente de una persona a otra.

Los efectos se empiezan a sentir en torno a los 10 ó 20 minutos desde la toma, duran entre 60 y 90 minutos y desaparecen los efectos sobre las 3 ó 4 horas siguientes.

Estos efectos suelen ser los de desinhibición, y comunicación con los demás, puede dar como resultado somnolencia, dolor de cabeza, obnubilación, confusión… e incluso ideas delirantes, crisis respiratorias, alucinaciones y coma. El síndrome de abstinencia en caso de

parar su consumo es de insomnio, temblores, sudoración, ansiedad…

También se han ido percibiendo en el mercado la entrada últimamente de otro producto: GBL (Gamma buitro lactona), que el organismo transforma en GHB y por tanto produce los mismos efectos. Tanto uno como otro se han asociado a casos de "agresiones sexuales inducidas por drogas".

EL PROBLEMA QUE SE PRODUCE CON LAS DROGAS DE DISEÑO, ES EL POLICONSUMO, ES DECIR, EL CONSUMO DE DOS SUSTANCIAS EN UN PERIODO DE TIEMPO CORTO PARA PERMITIR QUE SUS EFECTOS INTERACTÚEN, COMO OCURRE CON EL ÉXTASIS Y EL ALCOHOL, LO QUE LO HACE DOBLEMENTE PELIGROSO.

2.2.2 Otras Adicciones

ADICCIONES CONDUCTUALES

Las adicciones conductuales son "adicciones sin sustancia". Nos referimos por tanto a problemas como la ludopatía, la adicción al sexo, a los móviles o a internet o la adicción al trabajo. Aunque no exista una sustancia, podemos comprobar que cumplen los **requerimientos para ser considerados una adicción.**

El tratamiento de este tipo de adicciones supone siempre un problema importante. Esto se debe a dos razones:

1. Las personas que sufren adicciones conductuales suelen estar más predispuestas a tener adicciones que el resto de personas. Aunque esto es también válido para las adicciones a sustancias, se cree que en las adicciones conductuales sucede en un grado más importante. Casi todo el mundo que consume cocaína puede hacerse cocainómano, pero hay que ser especialmente vulnerable para hacerse adicto al móvil…
2. Las sustancias adictivas (cocaína, cannabis…) pueden alejarse de la vida de una persona. Pero es muy difícil hacer esto con las conductas implicadas en adicciones. No se puede tratar la adicción al sexo con la abstinencia total. Una persona adicta a Internet quizá no puede renunciar al uso de un ordenador en pleno siglo XXI, debido a las exigencias de su trabajo o de su forma de vida.

Por estas razones, el tratamiento de las adicciones conductuales difiere un poco si lo comparamos con el tratamiento general. En lo posible hay que controlar la conducta mediante límites externos. Por ejemplo, un ludópata solicitará control de su familia para el manejo del dinero en efectivo...

Si en el resto de adicciones es muy importante que el profesional que las trate sea experto en el problema, en el caso concreto de las adicciones conductuales es todavía más importante si cabe, ya que quizá nos enfrentamos a una de las adicciones de tratamiento más difícil.

Fases y evolución

En el desarrollo de una adicción podemos encontrar varias fases:

Contacto (uso recreativo): en un principio, el consumo de la sustancia no produce adicción, es decir, no modifica el circuito de la motivación. La repetición del consumo durante este tiempo dependerá sólo de los efectos de la sustancia. En otras palabras: si al paciente le gusta el efecto repetirá, si no, no.

Fase de adaptación: si el consumo se produce habitualmente el cerebro cambiará. Con "habitualmente" no nos referimos a "diariamente". Puede muy bien ser semanalmente o mensualmente (dependerá de la vulnerabilidad de la persona y del tipo de sustancia). En esta fase los circuitos van adaptándose a la presencia de la sustancia y van cambiando. Estos cambios no tienen marcha atrás. Si el sistema de recompensa cambia lo suficiente, estaremos en la siguiente fase.

Adicción establecida: llega un momento en el que el circuito de la motivación ya ha cambiado. A partir de aquí la persona es adicta. Este cambio es irreversible en algunos aspectos pero eso no quiere decir que no se pueda dejar de consumir la sustancia... Esto se consigue con tratamiento adecuado y esfuerzo personal.

Remisión: es el estado final (y deseable) de una adicción. El tratamiento consiste en llevar a la persona a esta fase. Aunque el paciente no está "curado", en esta fase el paciente no consume, puede llevar una vida normal, no siente angustia o sufrimiento por no consumir ni tiene que hacer frente a un ansia de consumo importante. Pero el riesgo de recaída en este momento es superior a la de la población no adicta y por lo tanto hay que tener ciertas precauciones, sobre todo en el contacto con desencadenantes de consumo.

ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

La adicción a las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) es un trastorno adictivo que cursa con dependencia psicológica, y que puede causar efectos perjudiciales para la salud. La dependencia psicológica incluye el deseo, ansia o pulsión irresistible (craving), la polarización o focalización atencional, la modificación del estado de ánimo y la incapacidad de control e impotencia.

¿QUÉ ES INTERNET?

Internet puede definirse como una red de redes de ordenadores que comparten datos y recursos. Existe una conexión de redes a nivel mundial, que permite a los ordenadores (y a las personas) comunicarse entre sí en cualquier parte del mundo. Esto nos permite tener acceso a información y personas que de otra forma no sería posible.

Pero Internet es mucho más que un divertimento; para algunas personas se convierte en el medio alrededor del cual gira buena parte de sus vidas. Desde el punto de vista de la comunicación permite crear grupos, asociaciones y comunidades virtuales con un objetivo o interés en común, que solo es posible en este medio que elimina las distancias geográficas.

Internet es una herramienta a la que se le atribuyen innumerables ventajas para la educación, el comercio, el entretenimiento y en última instancia para el desarrollo del individuo. La participación en grupos virtuales nos permite interaccionar con gente con nuestros propios intereses donde sea que estén ubicados físicamente.

Sin embargo a Internet también se le atribuyen propiedades negativas. En el estudio se llegó a la conclusión de que Internet contribuía a reducir el círculo social y afectaba al bienestar psicológico, desplazando la actividad social y reemplazando los lazos de unión fuertes por otros más débiles a la conclusión de que Internet contribuía a reducir el círculo social y afectaba al bienestar psicológico, desplazando la actividad social y reemplazando los lazos de unión fuertes por otros más débiles. Las amistades creadas en la red parecen ser más limitadas que las respaldadas por una proximidad física.

En los últimos años, la evidencia sobre consecuencias negativas relacionadas con el uso de Internet ha llevado a varios autores a proponer la existencia de un desorden de adicción a Internet similar a los problemas que aparecen con otras conductas adictivas (juego, sexo, trabajo, etc.)

Criterios diagnósticos

Al ser el propio Internet una herramienta cuya implantación masiva es posterior a la edición del DSM – IV, no es de extrañar que no aparezca referencia alguna a la Adicción a Internet en dicho manual. Este vacío es el que ha empujado a los investigadores a desarrollar sus

propios instrumentos de diagnóstico.

La primera persona que estableció criterios diagnósticos para la adicción a Internet fue el psiquiatra Ivan Goldberg, quien propone un conjunto de criterios para el diagnóstico del desorden de adicción a Internet (IAD) basados en los criterios diagnósticos del abuso de sustancias:

Un patrón desadaptativo de uso de Internet, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

- Una necesidad de incrementar notablemente la cantidad de tiempo en Internet para lograr satisfacción.
- Notable disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de tiempo en Internet.

2. Abstinencia, manifestado por cualquiera de los siguientes:
   a. El característico síndrome de abstinencia:
      - Cesación o reducción de un uso de Internet que ha sido grande y prolongado.
      - Dos o más de los siguientes, desarrollados algunos días durante un mes antes:
      - Agitación psicomotora Ansiedad Pensamientos obsesivos acerca de lo que estará sucediendo en Internet.
      - Fantasías o sueños acerca de Internet.
      - Movimientos de tecleo voluntario o involuntario.
      - Los síntomas causan malestar o deterioro en el área social, laboral u otra área importante de funcionamiento.
   b. El uso de Internet o un servicio similar está dirigido a aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

3. Se accede a Internet con más frecuencia o por periodos más largos de lo que inicialmente se pretendía.

4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de Internet.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas al uso de Internet (p.ej., comprando libros sobre Internet, probando nuevos navegadores, indagando proveedores de Internet, organizando ficheros o descargando materiales).

6. Actividades sociales, ocupacionales o recreativas se dejan o reducen a causa del uso de Internet.

7. Internet se continúa usando a pesar de saber que se tiene un persistente o recurrente problema físico, social, ocupacional o psicológico, que parece ser causado o exacerbado por el uso de Internet (privación de sueño, dificultades maritales, llegar tarde a las citas por las mañanas, abandono de los deberes profesionales, o sentimientos de abandono de personas significativas.

Efectos negativos

Uno de los aspectos que diferencian a una adicción psicológica de una adicción química es que la primera no tiene las terribles consecuencias físicas negativas que puede tener esta última. Aun así, en el caso de la adicción a Internet también se han señalado alguna consecuencia, sobre todo las derivadas de la privación de sueño (Young, 1999). La privación de sueño se produce por la inhabilidad del adicto a cortar la conexión, permaneciendo despierto hasta altas horas de la madrugada, lo cual

podría dar lugar a fatiga, debilitamiento del sistema inmunitario y un deterioro de la salud.

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A INTERNET

El principal obstáculo que encontraremos para detectar la existencia del problema es la negación. El/la paciente tiende a negar o minimizar su dependencia de la red, amparándose muchas veces en su utilidad. Por ello, no es fácil que el trastorno se haga evidente en una exploración inicial.

Del mismo modo que en otras adicciones como el alcohol y drogas o la comida compulsiva, se ha propuesto que existen una serie de señales que son las que avisan sobre la conducta de "atracón" o "borrachera" en el adicto a Internet y que deben ser evaluados:

Emociones: los adictos/as experimentan sensaciones placenteras cuando están conectados en contraste a como se sienten cuando están desconectados. Se deben detectar los dos extremos:

¿Cómo se siente cuando está desconectado? Después debe determinarse si las respuestas están en un continuo de sentimientos negativos (solo, insatisfecho, inhibido, angustiado, frustrado o preocupado).

¿Cómo se siente cuando está usando Internet? Respuestas como excitado, feliz, desinhibido, atractivo, apoyado o deseado indican que Internet ha modificado el estado de ánimo del paciente.

Pensamientos: el pensamiento catastrófico provee de un mecanismo de escape psicológico para evitar los problemas reales o percibidos. Los adictos tienden más a menudo a anticipar los problemas.

Sucesos vitales: una persona que no esté satisfecha con algún área de su vida puede usar Internet como medio para evitar los problemas u olvidar el dolor, pero cuando se encuentre fuera de la red se dará cuenta de que nada ha cambiado. Es necesario evaluar si el adicto está usando Internet como medio para evitar una situación infeliz como una enfermedad, insatisfacción marital o laboral, desempleo, etc.

Uno de los primeros síntomas se refiere a la gran cantidad de tiempo que se pasa en actividad es relacionadas con Internet. En la evaluación debe determinarse si el incremento del uso de Internet es algo normal, por ser esta una herramienta nueva que causa una inicial fascinación, o por el contrario, se ha convertido en una adicción. En esto es importante el tiempo que hace que se inició el problema.

Las diversas modalidades en que puede presentarse la adicción a Internet deben ser también objeto de análisis. Las diferentes clasificaciones que se han propuesto se basan en dos características: la aplicación que se utiliza y el tipo de contenidos al que se accede. Veremos más adelante que esto no clarifica mucho las cosas, ya que algunas de estas modalidades se solapan entre sí y en otras no queda claro cuál es el objeto de la adicción.

Como ya hemos dicho, posiblemente esta no es una clasificación que ayude a la evaluación de la adicción a Internet. Sería fácil encontrar gente que utilizasen los chat para lograr satisfacción sexual, o ludópatas que usan Internet para implicarse en juegos de azar, el límite de las modalidades entre sí y con otros trastornos no está claramente definido.

TRATAMIENTO

Dejando a un lado la controversia sobre si existe un trastorno de adicción a Internet en sí mismo, lo que parece quedar claro es que existe un incremento en las

demandas de ayuda por problemas relacionados con el uso de la red.

Debido a esta demanda se han desarrollado programas de tratamiento, sobre todo en los EEUU, que tratan de recuperar al adictos en forma muy parecida a como ya lo hacen otros programas como Alcohólicos Anónimos o los Jugadores en Rehabilitación. Una de las primeras propuestas fue la creación de un grupo de apoyo vía Internet, el IASG (Internet Addiction Support Group; este grupo permite que los adictos se apoyen entre sí, se conozcan y empiecen a reconocer su problema. Sin embargo, también ha sido criticado, ya que en cierta forma tener un grupo de apoyo en la red es como una reunión de Alcohólicos Anónimos en un bar.

En España, se ha elaborado un programa de tratamiento para adicciones psicológicas que también es aplicable en el caso de Internet. Este programa consta de los siguientes elementos:

1. Control de los estímulos vinculados a la adicción: en una primera fase de la terapia se ha de evitar la conexión, pero tras un periodo de abstinencia total se ha de tratar de limitar el tiempo de conexión (al margen de las obligaciones laborales) a no más de 120 minutos/día, atender el correo 1 vez al día y a una hora concreta, de conectarse en compañía, sin quitar horas al sueño y de eliminar los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado.

2. Exposición prolongada a los elementos suscitadores del ansia por la conducta adictiva: la evitación de los estímulos en la mayoría de los casos es insuficiente, pues esta no se puede mantener indefinidamente, ya que aumenta el riesgo de recaídas. La recuperación total se consigue cuando se expone a los indicios de riesgo de forma regular y progresiva y es capaz de resistirse a ellos sin escape.

3. Solución de problemas específicos: deben controlarse varios aspectos relacionados con la abstinencia:

Control del ansia por implicarse de nuevo en la conducta.
Control de la ansiedad .
Control de la depresión .
Control de los conflictos interpersonales.

4. Creación de un nuevo estilo de vida: lo esencial es promover un equilibrio adecuado entre deberes y deseos.

5. Prevención de recaídas: la mantención de los logros terapéuticos es más sencillo cuando hay abstinencia total, pero si esto no es posible el objetivo será enseñar a la persona a usar Internet de forma controlada. Algunas de las estrategias que podrían usarse son:

Identificación de situaciones de alto riesgo.
Respuestas de enfrentamiento a situaciones problema.
Cambio de expectativas sobre las consecuencias de la implicación en la conducta adictiva.
Revisión del estilo de vida del paciente.

Puesto que en la mayoría de los casos la abstinencia en este tipo de adicción no es posible, ya que Internet parece tener la misma habilidad para proveer alivio emocional, escape mental y maneras de eludir los problemas que tienen el alcohol, las drogas, la comida o el juego, se propone el siguiente conjunto de estrategias de tratamiento:

a. ***Practicar lo contrario en el tiempo de uso de Internet:*** es necesario previamente evaluar lo hábitos de uso de Internet: cuando, cuantas veces, dónde y durante cuánto tiempo se produce la conexión. La técnica consiste

en romper la rutina para adaptarse a un nuevo horario. Por ejemplo, si lo primero que hace para adaptarse a un nuevo horario. Por ejemplo, si lo primero que hace el paciente al levantarse es chequear el correo, podemos sugerir que lo haga después de desayunar, si se conecta al llegar a casa hacerle conectarse solo después de cenar. El objetivo es romper con los hábitos de conexión.

b. ***Interruptores externos:*** se trata de usar cosas que el paciente tenga que hacer o sitios donde ir como señales que le indiquen que debe desconectar. Como ayuda a estas alarmas naturales se pueden usar relojes o alarmas de tiempo.

c. ***Fijar metas:*** para evitar las recaídas se puede elaborar un horario realista que permita al paciente manejar su tiempo. Se puede elaborar un esquema de conexiones breves pero frecuentes. El tener un horario tangible puede permitir tener sensación de control.

d. ***Abstinencia de una aplicación particular:*** una vez se ha identificado la aplicación que resulta más problemática para el paciente, este debe dejar de utilizarla. Esto no significa que no pueda usar otras aplicaciones relacionadas con la red. Si el paciente encuentra problemas con el las salas de chat, entonces no debe usarlas más, pero si puede usar el correo electrónico o los navegadores Web.

e. ***Usar tarjetas recordatorias:*** para mantener al paciente centrado en la meta de la abstinencia o la reducción de uso podemos pedirle al paciente que haga una lista de los cinco principales problemas causados por la adicción a Internet y otra con los cinco principales beneficios de estar desconectado de Internet o abstenerse de usar una aplicación. La lista puede ser transcrita en una tarjeta que pueda llevar consigo. Le podemos sugerir que saque la tarjeta cada vez que piense en usar Internet, y que apunte todos los beneficios que le cause la abstinencia o reducción de uso así como los efectos negativos que le cause su uso.

f. ***Desarrollar un inventario personal:*** al mismo tiempo que el paciente intenta cortar el uso de Internet, podemos sugerir que cultive una actividad alternativa. El paciente debe elaborar un inventario personal de las cosas que ha dejado de hacer a causa de su adicción, para luego clasificarlas en "muy importante", "importante" o "no muy importante". Debemos hacer que el adicto examine especialmente las actividades "muy importantes" para que se haga consciente de lo que ha perdido y le gustaría recuperar.

g. ***Entrar en un grupo de apoyo:*** puesto que el apoyo social de la red contribuye a la adicción de aquellos con estilos de vida solitarios, sería conveniente ayudarles a encontrar un grupo de apoyo que se refiera a su situación. Por ejemplo, si un individuo ha perdido recientemente a su pareja, podríamos sugerir que entrase a formar parte en una asociación de viudos o que se implicase en actividades de la comunidad.

h. ***Terapia familiar:*** la terapia familiar será necesaria en aquellos casos en los que las relaciones familiares se han interrumpido o han sido negativamente afectadas. La intervención debe estar centrada en:

- Educar a la familia en lo adictivo que puede llegar a ser Internet.
- Reducir la culpa en el adicto por su comportamiento .
- Promover la comunicación abierta

sobre los problemas premórbidos que llevaron al adicto a implicarse en el abuso de Internet.
- Animar a la familia a colaborar en la recuperación del adicto ayudándole a encontrar nuevas ocupaciones, tomándose unas vacaciones o escuchando sus sentimientos.

WORKAHOLICS

El término inglés que define la adicción al trabajo es workaholism que vincula el concepto de trabajo con el alcoholismo, relacionándolo, por tanto, con una drogodependencia.

Se puede decir que la persona adicta al trabajo es aquella que ha hecho de él el centro de su vida, de tal manera que, el trabajo, ocupa un papel tan preponderante y primordial que resta importancia, e incluso prácticamente anula, todo lo demás: vida familiar, social y de ocio.

Toda la vida está, así, organizada en torno al trabajo, que es el objeto adictivo y se ha convertido en una necesidad. Se trata de personas que trabajan compulsivamente, en una necesidad, también compulsiva, de obtener el éxito, la aprobación social y el control que consideran que no pueden obtener de otro modo. Al igual que en el resto de adicciones, también en ésta se produce una fuerte sensación de ansiedad e irritabilidad cuando falta el objeto de la adicción.

La adicción al trabajo se compone de diversas dimensiones como:

a. Tendencias compulsivas relacionadas con el trabajo duro y con dificultades para relajarse después de trabajar.

b. Necesidad de tener el control, ya que el trabajador/a se siente incómodo cuando tiene que esperar o cuando las cosas no se hacen a su manera y escapan a su control.

c. Comunicación relación interpersonal deficiente, es más importante lo que hace el propio trabajador/a que las relaciones con los demás.

d. Incapacidad para delegar tareas entre los subordinados y a trabajar en equipo.

e. Autovaloración centrada en el trabajo, ya que se da mayor valor a los resultados del trabajo realizado, que al proceso mediante el cual se han conseguido esos resultados.

El adicto al trabajo o "laboradicto" es aquel que dedica más tiempo al trabajo de lo que es exigido por las circunstancias. Pero además, no sólo es una cuestión cuantitativa de horas de dedicación, sino cualitativa, aquellas personas que hacen del trabajo el núcleo central de su vida, hasta el punto de desdeñar otras actividades y de no ser capaces de tener otros intereses. Los *workaholics* no son capaces de tomarse tiempo libre porque en seguida la falta de actividades les genera insatisfacción y agobio.

Por tanto, para el laboradicto el trabajo es el único objeto de su vida, ya que muestra desinterés por otros ámbitos que no sea su trabajo y porque es incapaz de dejar de trabajar. En la adicción al trabajo se pueden encontrar los siguientes parámetros

Se produce cuando la actividad se convierte en una idea obsesiva, ocupando la mayor parte de la vida del trabajador/a.

Habitualmente no es reconocida por el trabajador/a, siendo la familia quien lo detecta, debido al exceso de tiempo que dedica al trabajo y que resta a la familia, y ésta acaba creando un tipo de vida al margen del adicto.

La adicción al trabajo se caracteriza por la extrema actitud laboral (trabajan fuera de hora, fines de semana o en vacaciones), por la dedicación excesiva en tiempo (hay una pérdida del control sobre el tiempo empleado en el trabajo), por la compulsión y esfuerzo en el trabajo, por el desinterés hacia otras activi-

dades fuera de lo laboral, por una implicación laboral desproporcionada, y por un deterioro de la vida cotidiana (familiar y social).

Aunque no existe una definición común sobre la adicción al trabajo, se podría decir que el adicto al trabajo es aquel trabajador que dedica de una gran parte del tiempo a las actividades laborales con consecuencias negativas a nivel familiar, social y de ocio, que piensa constantemente en el trabajo cuando no se está trabajando y que trabaja más allá de lo que razonablemente se espera y que trabaja un mayor número de horas que los trabajadores/as normales, ya que le satisface el trabajo en sí mismo.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo que conducen a esta adicción se pueden señalar:

- Las presiones económicas familiares.
- El temor a perder el trabajo.
- La enorme competitividad que existe en el mercado laboral, en donde es más valorado el que lo deja todo por el trabajo, que el que cumple sólo con su horario.
- La fuerte necesidad de conseguir el éxito y el puesto deseado.
- La incapacidad para negarse ante un jefe sobre peticiones que pueden bien posponerse para el día siguiente.
- El temor a los jefes prepotentes, exigentes y que amenazan constantemente al trabajador con perder su empleo.
- La falta de organización, que permite la acumulación y sobresaturación del trabajo.
- El ambiente familiar problemático que hace que el trabajador no quiera llegar a casa.
- La ambición excesiva por el poder, el dinero y el prestigio.
- La incapacidad para establecer prioridades.
- La falta de afectos personales que se suplen con el trabajo.
- La educación familiar que impone a los hombres el cumplir con el rol de proveedor de su familia.
- La presión de muchas mujeres cuya meta es solamente el sacar adelante a los hijos.
- La presión de la sociedad para que los hijos sean independientes.

TIPOLOGÍA

Las personas adictas al trabajo tienen algunos rasgos comunes como:

a. La necesidad de reconocimiento social de su trabajo.

b. Son perfeccionistas y con baja autoestima. No les gusta trabajar en equipo, prefieren trabajar solos.

c. Anhelan tener poder aunque su motivación no es sólo esa. La mayoría de los adictos al trabajo son personas con un puesto de responsabilidad y con posibilidades de ascenso. Pero, también los hay que no tienen un cargo de gran nivel ni oportunidades para mejorar o cambiar de situación. En general, podemos decir que utilizan el trabajo como refugio para escapar de otros problemas.

d. Son narcisistas, cuando alcanzan puestos con poder se deshumanizan, no tienen en cuenta los sentimientos de los demás o el compañerismo a la hora de trabajar y esperan que sus subordinados cumplan un horario laboral similar al de ellos. Son muy exigentes con ellos mismos y con los demás. Además las características más destacables de los adictos son:

- Sentir preocupaciones agobiantes durante el fin de semana.
- Ser incapaz para tomarse vacaciones o descansar.
- Sentir la imposibilidad de abandonar al final de la jornada un trabajo inacabado.
- Ponerse nuevos trabajos para realizar

en los periodos de descanso.
- Ser incapaz de rechazar ofertas de trabajo adicional.
- Experimentar que el tiempo pasa muy rápido cuando se trabaja.
- Ser exigente y competitivo en cualquier actividad.
- Mirar impaciente el reloj.
- Ser acusado por los familiares y amigos de que dedica más tiempo al trabajo que a ellos.
- Experimentar cansancio e irritabilidad si no se trabaja durante los fines de semana.
- Quedarse el último en la empresa.
- No delegar y realizar o supervisar todo personalmente.
- Limitar las lecturas a temas laborales.
- Tener problemas para relajarse.
- Trabajar con tensión.
- Comunicarse mejor en la empresa que fuera de ella.
- Distanciarse afectiva y socialmente.
- Tener sentimiento de culpabilidad.
- Tener un nivel de ansiedad elevado.
- Tener necesidad de admiración y obediencia de los demás.
- Carecer de motivación económica.
- Ser incapaz para desconectar de su actividad laboral.

Por ello, no sólo la variable tiempo, aunque algunos han señalado que dedicar más de 50 horas a la semana al trabajo, puede determinar la adicción. Aunque muchos profesionales estarían incluidos dentro de la adicción; ya que hay que tener en cuenta que hay gente que disfruta con su trabajo, que se halla muy motivada con él y que pese a eso mantiene un equilibrio entre el trabajo, la familia y el ocio y tiempo libre. Por eso hay que matizar muy bien si una persona es o no adicta al trabajo, cosa difícil en función de la investigación actual (Llaneza Álvarez, 2002).

La diferencia entre la adicción al trabajo y trabajar mucho reside en que el adicto está desprovisto de un regulador interno que dice cuándo tiene el trabajador que parar.

Podemos distinguir cuatro tipos de adictos al trabajo orientados hacia dos tipos de comportamientos como el obsesivo-compulsivo y la dedicación excesiva o no:

- El fuertemente comprometido (puntúa bajo en obsesión-compulsión; dedica muchas horas al trabajo, con mucha motivación por los objetivos; asume los desafíos; está muy satisfecho con su trabajo y le presta poca atención a las demás cosas).
- El adicto al trabajo compulsivo (alta puntuación en dedicación y obsesión; suele tener dificultades para relacionarse con los compañeros y subordinados; son personas muy impacientes, llenas de manías o pautas, entienden que las actividades sociales y familiares son un enojo y no tienen adecuación entre el puesto que ocupan y las horas que dedican a su trabajo).
- El compulsivo no adicto al trabajo (baja puntuación en dedicación y alta obsesión; considera el trabajo como algo que hay que llevar a cabo pero se compromete de manera obsesiva con actividades fuera del trabajo (hobbies, deportes, etc.).
- No adicto al trabajo (baja puntuación en las dos variables; no busca el logro personal a través del trabajo, se desentiende de él cuando acaba su jornada establecida; su motivación la encuentra fuera del trabajo).

CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN AL TRABAJO

La adicción al trabajo es un síndrome que se instala paulatinamente, en un período de tiempo que oscila entre los 5 y los 20 años. Por ello, tanto el tipo de síntomas como la intensidad de los mismos pueden ir variando a lo largo de ese período de tiempo.

La sintomatología se produce en todos los niveles. En el fisiológico, hay estrés y cansancio crónico, trastornos sexuales, insomnio y trastornos psicosomáticos,

como las molestias gastrointestinales o la hipertensión arterial.

En el nivel cognitivo-emocional, puede manifestarse con ansiedad, irritabilidad, depresión; sensación de vacío emocional; necesidad creciente de trabajar cada vez más, tanto en tiempo como en cantidad; infravaloración de otros tipos de actividad distintos a la laboral, por las que hay además un creciente desinterés; y auténtico pánico a la jubilación o pérdida de empleo, e incluso a los períodos vacacionales, que al adicto al trabajo le parecen excesivos y no sabe "cómo llenar".

A nivel comportamental, la adicción al trabajo se refleja principalmente en disminución del rendimiento laboral, debido al cansancio tanto físico como emocional; alejamiento de la familia (es frecuente el divorcio) y las amistades; y desarrollo de otras conductas adictivas, ya sea al alcohol, el sexo, el consumo, fármacos y otras drogas.

La adicción al trabajo genera consecuencias negativas en la vida familiar, ya que conduce al aislamiento, al divorcio y a la destrucción de la convivencia familiar.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Todo trabajador/a tiene que tener en cuenta que:

- Hay una gran cantidad de cosas para disfrutar, no sólo el trabajo.
- En las tareas laborales es importante y necesario delegar.
- La jornada laboral es de ocho horas.
- El trabajo para realizar en casa debe ser la excepción.

Además, el abordaje psicoterapéutico de la adicción al trabajo deberá realizarse con el mismo esquema que cualquier otra adicción, para recobrar el equilibrio laboral y personal en su vida.

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TRABAJO

Para llevar a cabo la evaluación se emplearán entrevistas semiestructuradas al trabajador/a, a los compañeros/as, a los subordinados/as y a los superiores, con técnicas exploratorias, de escucha activa, que permita la clarificación, la racionalización y la reformulación y la confrontación. Además es conveniente realizar:

- El historial sociolaboral y datos de filiación (sexo, edad, antigüedad en la empresa y empresas anteriores).
- El análisis de las condiciones psicosociales del puesto de trabajo.
- La descripción cronológica de los hechos relevantes para la situación actual.
- Los recursos personales de afrontamiento.
- La valoración de las consecuencias para el trabajador: personales, laborales, familiares y sociales.

ADICCIÓN AL JUEGO

La Ludopatía es un trastorno reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1992 La ludopatía es un trastorno compulsivo de la conducta que convierte a quien lo padece, de forma crónica y progresiva, en un individuo incapaz de resistir los impulsos de jugar.

Indicadores que descubren un problema de adicción al juego.
La Asociación Americana de Psiquiatría indicó en 1995 que hay juego patológico cuando se dan al menos cinco de estas circunstancias:

- Preocupación por el juego (por ejemplo, idear formas de conseguir dinero para jugar)
- Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
- Fracaso repetido de los esfuerzos para

controlar, interrumpir o detener el juego.

- Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
- El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas.
- Después de perder dinero en el juego, se vuelve a jugar para intentar recuperarlo.
- Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación en el juego.
- Se cometen actos ilegales como falsificaciones, fraude, robo o abusos de confianza para financiar el juego.
- Se han puesto en riesgo o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo u oportunidades profesionales por causa del juego.
- Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la situación financiera causada por el juego.

III.
Condiciones de Trabajo, Factores de Riesgo y Prevención

3.1 LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LOS CENTROS DE TRABAJO Y LAS DROGODEPENDENCIAS.

La ley de prevención de riesgos laborales constituye un marco óptimo para desarrollar una amplia variedad de actuaciones en esta materia, desde la identificación de riesgos, hasta la adopción de medidas preventivas y paliativas que permitan reducir la incidencia del consumo y la mejora de las condiciones de vida y laborales de los trabajadores y trabajadoras ocupados que tienen algún problema con el consumo de sustancias adictivas.

En el desarrollo de ese objetivo se apela a la necesidad de fortalecer la búsqueda de líneas de actuación que favorezcan la **implicación** de los empresarios y de los trabajadores, y sus representantes, en las actividades preventivas en la empresa, favoreciendo con ello una **gestión preventiva integrada.**

En este sentido, hacer emerger el problema de la drogodependencia en el medio laboral, tanto para su prevención como para la gestión de los problemas derivados, es un asunto que de manera lenta pero creciente, se va incluyendo en el ámbito de la empresa mediante el convenio colectivo.

En dicho acuerdo o convenio colectivo, sectorial o de empresa, ha de establecerse el marco general, así como la necesidad del acuerdo de los representantes de los trabajadores, y de la comunicación a todos los trabajadores del ámbito de aplicación del convenio colectivo.

Atajar el problema de la drogodependencia en el centro de trabajo tiene pues diferentes dimensiones. Una, desde el punto de vista de la defensa de los derechos de los trabajadores, otra, desde la capacidad de dirección y gestión de los procesos de trabajo de la empresa y una tercera relacionada con la influencia de las iniciativas en este ámbito de las políticas de prevención que se vienen realizando entre la población general y especialmente entre los más jóvenes. La importancia de la familia en la prevención del consumo de los hijos está demostrada. Y los progenitores son trabajadores y trabajadoras que se pueden beneficiar de políticas concretas adoptadas en el seno de las empresas. Se avanzaría así en un trabajo integrado de prevención.

POSTURA DE LA UNIÓN GENERAL DE TRABAJADORES.

Por nuestra parte como organización sindical, UGT, asume las recomendaciones de la OMS, según las cuales, hay que garantizar una actuación integral de las drogodependencias y otras adicciones de modo normalizado. Desde esta perspectiva, **comparte que no tiene sentido, ante una enfermedad, y la drogadicción lo es, la aplicación de medidas coercitivas ni como prevención ni por supuesto como tratamiento de la misma.**

Desde esta perspectiva nos planteamos cuatro objetivos prioritarios en la intervención sindical en la empresa:

- La eliminación de los problemas de salud derivados de determinadas condiciones laborales, que pueden afectar y favorecer los hábitos de consumo de sustancias.
- El mantenimiento de los derechos laborales de cualquier persona con problemas de consumo de sustancias.
- La normalización dentro de la empresa del proceso de reinserción de todo trabajador/a con problemas de consumo.
- Y el conocimiento de los recursos sociales e institucionales para derivar aquellos compañeros con problemas de drogodependencias.

Los objetivos y desafíos son:

- Contribuir al desarrollo de una cultura y unas prácticas en las empresas que

impulsen la prevención, sirvan para el desarrollo de alternativas en el seno de la empresa para trabajadores y trabajadoras con problemas de adicción, a algún tipo de sustancia y que hagan compatible un proceso de recuperación con su permanencia en el empleo y el mantenimiento de sus derechos como trabajador/a.

Promover el compromiso de empresarios y trabajadores en el tratamiento de los problemas derivados por el consumo de drogas a través de la negociación colectiva.

EL SILENCIO EN TORNO A LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Según los resultados del modulo laboral de EDADES 2007, solo un 24,2% de los trabajadores –ámbito nacional- declara conocer a algún compañero consumidor. Un porcentaje que queda muy por debajo del 41,6% del estudio de 1996 y del 34,2% del realizado en el 2001. **Esta escasa visibilidad es coherente con el modo en que se oculta el consumo en el lugar de trabajo.** Se niega por distintas razones, los trabajadores/as por miedo a las consecuencias que pueda tener para el afectado, la empresa por imagen, o porque el número de casos, sobre todo si no se están notando en el momento, contribuye a debilitar la percepción.

Hay una resistencia a identificar el problema en el medio laboral. No se reconocen fácilmente la existencia de casos en la propia empresa. El más visible es el consumo de alcohol. Una práctica que en muchos casos se considera como una extensión natural de un comportamiento social extendido y aceptado. **También influye la dificultad de identificar el umbral a partir del cual el consumo plantea un problema de adicción o no.**

Esta escasa visibilidad contrasta con el detalle de los efectos que tiene el consumo en el ambiente laboral: destacan la influencia en los accidentes laborales, la disminución de la productividad, las malas relaciones que se crean en el lugar de trabajo y el absentismo. La negación del problema encubre una amplia variedad de prácticas. En el caso del empresario: desde despidos –no siempre disciplinarios- a asistencia social y apoyo a un trabajador concreto. Esta última circunstancia condicionada a que sea considerado un "buen trabajador".

Para los representantes de los trabajadores la propia función de representación y la ausencia de un marco claro de actuación generan contradicciones que pueden contribuir a bloquear un enfoque más racional del problema. Un comportamiento similar al de muchos compañeros de trabajo que tapan o compensan las dificultades de un compañero/a afectado por el consumo de sustancias tóxicas.

¿QUÉ PUEDE HACER EL DELEGADO SINDICAL POR UN COMPAÑERO AFECTADO?

- El Delegado sindical puede ser un mediador, que escucha, guardando confidencialidad, plantea alternativas generales e informa de recursos de la empresa, si los hay (servicio médico, servicio de prevención propio, plan de prevención de drogodependencias de la empresa). También informa y asesora de los derechos como trabajador que tiene, de los problemas a los que se puede enfrentar por consecuencias derivadas del consumo de alcohol u otras drogas, intentando motivar a su abandono.

- Informar de recursos asistenciales específicos de drogodependientes públicos / privados de la comunidad donde puedan facilitar tratamiento de desintoxicación, deshabituación o rehabilitación y la reinserción sociolaboral. Además, si dicho tratamiento llevara implícita la baja laboral para poder llevarlo a cabo, supone un beneficio para la salud del trabajador, que queda protegido legalmente, pero también una reducción de riesgos para toda la empresa en general.

- Mediar ante la empresa en caso de que se hayan producido ya consecuencias punitivas: amonestaciones, sanciones, derivadas del consumo de drogas, etc. Siempre hay que transmitir que el trabajador drogodependiente es un trabajador enfermo y no un "vicioso", y plantear alternativas desde la promoción y educación para la salud.

- Informar al trabajador de sus derechos y defenderlos en cualquier caso.

- Proponer al Comité de Seguridad y Salud un Programa de Prevención de consumo de drogas legales e ilegales para favorecer la sensibilización en todos los ámbitos de la empresa, impulsando la actitud proactiva de la prevención y evitando la acción punitiva y sancionadora como única alternativa.

- Llevar a la Negociación Colectiva la prevención y el abordaje de los problemas derivados del uso y abuso de drogas en relación con el trabajo, a través de cláusulas que defiendan los derechos de los trabajadores.

LAS CAUSAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

No existe una única causa para que un trabajador o trabajadora sean consumidores de drogas. Los estudios que abordan de manera específica el estudio del consumo en el ámbito laboral ponen de manifiesto una relación entre condiciones de trabajo y consumo. Una relación que se une a otros factores que condicionan o aumentan la posibilidad de consumo (familiar, personal, social) pero que no anulan aquél. La suma de todos los factores da como consecuencia la drogodependencia.

3.2 PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

Debes saber que...
Como afiliados y afiliadas, delegados y delegadas debemos identificar en nuestras empresas que factores de riesgo pueden aumentar el consumo de drogas y exigir de acuerdo con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que se incluyan en la evaluación de riesgos y en su caso que se adopten medidas preventivas para que se eviten.

La Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales pretende promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas (preventivas, correctoras,..) y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

El artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales nos da una definición legal de riesgo laboral, daños derivados del trabajo y de condiciones de trabajo.

Artículo 4.
2. Se entenderá como «riesgo laboral» la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.
3.- Se considerarán como «daños derivados del trabajo» las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
...
7. Se entenderá como «condición de trabajo» cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:
a) Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
b) La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
d) Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su

organizcción y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

Algunos de los factores de riesgo presentes en la empresa, que pueden provocar problemas relacionados con alcoholismo y drogodependencias son entre otros, las condiciones ambientas, los contaminantes químicos, los acústicos y la organización del trabajo.

Desde el punto de vista preventivo, existen dos instrumentos esenciales para la gestión de la prevención de riesgos en las empresas, que pueden ser llevados a cabo por fases de forma programada y son:

La evaluación de riesgos laborales y la planificación de la actividad preventiva.

Podemos definir la evaluación de riesgos laborales como el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, y que permite obtener información para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre:

- la necesidad de adoptar medidas preventivas,
- la prioridad o emergencia para hacerlo y en tal caso,
- sobre el tipo de medidas que deben adoptarse.

El contenido mínimo de toda evaluación de riesgos se concreta en los siguientes puntos: descripción de la actividad empresarial desarrollada, descripción del acondicionamiento de los lugares de trabajo, características de los puestos de trabajo existentes y de los trabajadores que deban desempeñarlos, grado de adecuación con lo dispuesto en la normativa sobre prevención de riesgos laborales y protección de los trabajadores frente a riesgos específicos y relación y descripción de los equipos de trabajo, y de las sustancias o preparados químicos.

La evaluación inicial será actualizada cuando cambien las condiciones de trabajo y se revisará, si fuera necesario, con carácter periódico. Si los resultados de la evaluación (inicial o periódica) pusieran de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario realizará aquellas actividades preventivas necesarias para: eliminar o reducir y controlar tales riesgos.

El empresario, realizará **la planificación de la actividad preventiva** de su empresa, estableciendo un orden de prioridades en función de la magnitud del riesgo y de los trabajadores expuestos al mismo.

Además, el empresario deberá asegurarse de la efectiva ejecución de las actividades preventivas incluidas en la planificación, efectuando para ello un seguimiento continuo de la misma.

La principal obligación que tiene el empresario es: "la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo", por lo tanto este es también el principal derecho que tiene todo trabajador.

Conforme a este planteamiento, según el cual de las obligaciones de los empresarios se derivan unos **derechos para los trabajadores**, tenemos los siguientes:

- Derecho a disponer de medios de protección individual. Artículo 17, de la Ley 31/95.
- Derecho de información, consulta y participación de los trabajadores. Artículo 18 de la Ley 31/95.
- Derecho de formación de los trabajadores. Artículo 19 de la Ley 31/95.
- Derecho a protección frente a situaciones de emergencia y a abandonar el puesto de trabajo en caso de riesgo grave e inminente. Artículo 20 y 21 de la Ley de Prevención.
- Derecho a la vigilancia de la salud. Artículo 22 de la Ley 31/95.

Recuerda que la vigilancia de la salud es una actividad preventiva que debe servir para proteger la salud de los trabajadores porque permite identificar fallos en el plan de

prevención y siempre manteniendo la confidencialidad del trabajador/a.
Debemos exigir en las empresas la realización de un correcto y periódico examen de salud que sirve para darse cuenta a tiempo de que un trabajador puede estar enfermando por el uso o abuso de sustancias adictivas para contrarrestar los daños que le produce su puesto de trabajo.

Además La Ley de PRL reconoce una **especial protección a trabajadores considerados especialmente sensibles,** en atención a sus características personales, estado biológico conocido o duración de la relación laboral. Esto se regula en los siguientes artículos:

- Protección de los trabajadores especialmente sensibles a riesgos determinados. Artículo 25 de la Ley 31/95 de PRL.
- Derecho de protección de la maternidad. Artículo 26 de la Ley 31/95.
- Derecho de protección de los menores. Artículo 27 de la Ley 31/95.
- Derechos de los trabajadores temporales o de duración determinada. Artículo 28 de la Ley 31/95.

OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES EN MATERIA PREVENTIVA

El artículo 29 de la Ley de Prevención, contiene las obligaciones que los trabajadores tienen en materia de prevención de riesgos y son las siguientes:

- Usar adecuadamente, de acuerdo con su naturaleza y los riesgos previsibles, las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas y, en general, cualesquiera otros medios con los que desarrollen la actividad.
- Utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas por éste.
- No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los dispositivos de seguridad existentes.
- Informar de inmediato a su superior jerárquico directo, y a los trabajadores designados para la realización de actividades de protección y de prevención, o en su caso, al Servicio de Prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente.
- Cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo seguras.

OBLIGACIONES DE LOS EMPRESARIOS

Por su parte, **el empresario está obligado a poner los medios necesarios para garantizar los derechos** que tienen los trabajadores en materia preventiva. Para ello deberá elaborar, conservar y actualizar continuamente las evaluaciones de los riesgos y las planificaciones de la acción preventiva. A esta documentación tendrán acceso las Autoridades Laborales y Sanitarias, los Representantes de los Trabajadores y los Delegados de Prevención.

El incumplimiento de la normativa legal en materia de prevención dará lugar a determinadas **Responsabilidades y Sanciones**, tanto para el empresario como para los trabajadores.

Los **trabajadores y sus representantes** podrán recurrir a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social si consideran que las medidas adoptadas y los medios utilizados por el empresario no son suficientes para garantizar la seguridad y la salud en el trabajo.

LA ACTUACIÓN ANTE CASOS DE CONSUMO.

Los mecanismos de identificación de consumo son variados pero se centran, la mayoría, en los efectos que produce en el desempeño laboral. La observación, los incidentes o incluso accidentes laborales, los despistes, la retirada de carnet de conducir, o la propia ingesta de alcohol en las comidas o descansos en horario laboral.

Se puede deducir que buena parte de los comportamientos son fácilmente observables.

En los casos en los que hay un marco de actuación específico la identificación por parte de compañeros y supervisores puede estar más presente. El propio programa constituye una garantía de protección de la persona afectada. Sobre todo cuando ha transcurrido el tiempo suficiente para generar la confianza en el funcionamiento del mismo.

Desde el punto de vista de algunos actores la impresión es que las empresas optan por el despido como forma de solucionar el problema. Desde el punto de vista de la práctica particular de empresas, se observa la existencia de diferentes tipos de actuación: intervención paternalista y asistencial (sobre todo si se trata de un "buen trabajador"). En cualquier caso, las empresas se enfrentan a diferentes problemas: la no disponibilidad de un puesto distinto para la persona afectada, el coste económico de contratar a otra en caso de baja. Son razones aludidas sobre todo por las pequeñas empresas, aunque son precisamente entre las pequeñas donde se pueden identificar un mayor número de prácticas asistenciales, en buena medida favorecidas por las relaciones sociales más estrechas.

Otro aspecto que emerge es que el intento de apelar al compromiso y la responsabilidad individual resulta más voluntarioso que efectivo fuera de un marco de actuación. Lo cual termina generando impotencia.

En las empresas o actividades que tienen programas específicos que incluyen medidas y protocolos de actuación desde la identificación hasta la reincorporación tras la rehabilitación, el abordaje está más estructurado, permite un seguimiento mayor, e incluye medidas de prevención añadidas. En este sentido, UGT dispone de un **Protocolo de Intervención y Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral** (Anexo I de la presente Guía) como una herramienta fundamental a aplicar en las empresas.

La consecuencia es que a falta de medidas preventivas, la actuación ante la gran mayoría de los casos llega cuando la adicción ya ha alcanzado niveles alarmantes o cuando el sujeto toca fondo. Otra consecuencia es que se actúa más sobre las consecuencias (absentismo, bajas) que sobre las causas o factores de influencia.

No hay una posición común definida y asentada respecto a la complementariedad o antagonismo entre régimen disciplinario y prevención. En las empresas en que existe un protocolo, la sanción se mantiene –obviamente excepto la que implica un despido-. La sanción operaría como una presión positiva. En otros casos, se considera que revierte negativamente en las posibilidades de recuperación de la persona.

EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA

En la mayor parte de los convenios el consumo de sustancias tóxicas en el trabajo se aborda desde el Régimen Disciplinario. Las diferencias más importantes remiten a la existencia de una graduación de las faltas según la frecuencia, o condicionadas a que los efectos del consumo repercutan negativamente en el trabajo. Otros, amplían el ámbito de la falta a fuera del trabajo (cuando se lleva el uniforme de la empresa; por ejemplo). Unos pocos convenios recogen explícitamente la capacidad de la Dirección para llevar a cabo análisis y/o reconocimientos médicos, que además de reconocer esa capacidad a la Dirección de realizar un análisis obligatorio, regula un segundo análisis en caso de positivo y una sanción, que puede incluir despido en caso de que el trabajador se niegue a una tercera prueba, obligándolo a aceptar los resultados de la segunda.

Debes saber que...

- **Las pruebas de detección no detectan consumidores detectan consumo (puede detectarse un consumo ocasional realizado fuera del ámbito laboral).**

- **Un resultado positivo no indica que la persona sea drogodependiente.**
- **Detectar con el objetivo de sancionar o despedir no es una práctica preventiva sino disciplinaria y por tanto no la debemos admitir si no va acompañada de un tratamiento terapéutico y la salvaguarda de derechos laborales del afectado.**
- **Los reconocimientos médicos de la vigilancia de la salud deben diseñarse también de acuerdo a los factores de riesgo que puedan provocar alcoholismo y/o drogodependencias que el trabajo pueda tener y que deben estar recogidos en la evaluación de riesgo.**

DETECCIÓN NO ES PREVENCIÓN

En buena parte de los convenios que incluyen alguna cláusula que recoge algún tipo de medida dirigida al tratamiento de los casos de adicción, éstas, se reducen a la exención de sanciones derivadas del consumo de sustancias tóxicas. En todos los casos se condiciona la exención al cumplimiento del tratamiento.

Dentro de este grupo, aún estando en el capítulo de sanciones, se incorporan criterios que justifican esas iniciativas de carácter asistencial: la importancia de prevenir y fomentar los tratamientos. En otros casos, la importancia de la reinserción laboral.

Son escasos los convenios que introducen algún tipo de tratamiento en el capítulo de Salud y Seguridad. Otros convenios recogen algún artículo dirigido a facilitar tratamiento. La mayoría se recoge en el capítulo de permisos, estableciendo el derecho a permisos retribuidos para asistir al tratamiento. En general se exige prescripción y justificación del tratamiento.

En un buen número de convenios se introducen cláusulas que establecen alguna medida de protección para los trabajadores a los que se les ha retirado el carnet de conducir durante la jornada laboral. Pero estos derechos y garantías dejan de aplicarse cuando la retirada del carnet se debe al consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas. Curiosamente en varios convenios estas garantías, que quedan explícitamente limitadas a los conductores que han sido sancionados y que son consumidores de sustancias tóxicas, se incluyen en el Apartado de Mejoras sociales o Asistencia Social.

3.3 FACTORES DE RIESGO LABORAL

CONDICIONES DE TRABAJO	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
CONDICIONES MEDIOAMBIENTALES	
Climatología, trabajo al aire libre: Las inclemencias del tiempo provocan que los trabajadores puedan consumir alcohol como medio para calmar la sed o mitigar el frío. El trabajo al aire libre, por su dureza fomenta además el consumo de otras drogas y otras drogas no alcohólicas. Sectores: estibadores, astilleros, trabajadores agrarios, pesca y construcción, etc.	• Ropa de protección adecuada. • Mejora en los sistemas de organización del trabajo: reducción del tiempo de exposición, pausas. • Instalaciones adecuadas para paliar la sed y mitigar el frío, máquinas de refrescos e Infusiones calientes, surtidores de agua, etc. • Termos para el campo. • Información / formación sobre alcohol y drogas.
Temperatura: Calor: determinante de la fatiga industrial (fisiológica, y nerviosa) pudiendo producir. Estrés térmico. El calor excesivo merma la producción, obligando al trabajador a gastar más energía para mantener su rendimiento. Frío: reduce la atención y aumenta el malestar. Predispone a la bebida de alta graduación y se bebe más. Sectores: hostelería, azucareras, molinerías, panificadoras, fábricas de helados, mataderos, mercados de abastos etc.	• Reducción del tiempo de exposición pausas. • Ventilación y refrigeración adecuadas. • Equipos de protección personal. • Instalaciones de refrescos, agua, etc. • Información / formación sobre alcohol y drogas.
Contaminación ambiental: Polvo ambiental, residuos, humos, disolventes vapores, partículas en suspensión, productos químicos. Produce sequedad de garganta y boca, sensación de sed. El alcohol aún consumido en pequeñas dosis puede aumentar el efecto de muchas sustancias tóxicas como hidrocarburos clorados, plomo, mercurio, benceno, Percloroetileno, etc. Sectores: Siderometalúrgica, industrias químicas, alimentación, industria textil y de la piel, agricultores, etc.	• Sistemas adecuados de ventilación y extracción. • Equipos de protección personal. • Control del tiempo de exposición. • Instalaciones de bebidas adecuadas (agua, leche). • Información / formación sobre alcohol y drogas.
Contaminación acústica: Ruido: factor generador de estrés, aumenta la tensión arterial, produce alteraciones glandulares endocrinas, provoca trastornos nerviosos (Irritabilidad, dolores de cabeza, nauseas, trastornos del sueño). Sectores: hostelería, servicios, siderometalúrgico, textil, minería, etc. Vibraciones: afectan al cuerpo de forma local o general Las de baja frecuencia afectan al sistema nervioso las de alta frecuencia pueden provocar lesiones duraderas. Sectores: construcción, transportes, trabajos agrícolas, minería, sector textil, etc.	• Actuar sobre el foco emisor, utilizando, maquinaria que lo reduzca al mínimo. • Sistemas de aislamiento, diseño de locales con tabiques de separación. • Disminución de la duración de la jornada. • Rotación de puesto de trabajo. • Sistemas ergonómicos. • Dotación de lugares aislados para reposo y relajación. • Sistemas .de protección personal. • Información / formación sobre alcohol y drogas.

CONDICIONES DE TRABAJO	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
CONDICIONES PSICOSOCIALES	
Sistemas de remuneración. En horas y días: potencia vivir al día mecanismo perfecto para el consumo diario de drogas. Por rendimiento (destajo, por pieza o producto terminado, productividad, etc.). Produce un ritmo excesivo que incita a renunciar a la seguridad en el trabajo, esfuerzo excesivo y largas jornadas laborales. Aumenta la sensación de competencia. Sectores: trabajadores temporeros, del manipulado de alimentos, del textil y la piel, etc.	• Posibilitar sistemas de remuneración por tiempo, mejor mensual. • Posibilitar remuneración en IT para trabajadores con salario por rendimiento. • Cobertura de protección por IT al 100%.
Trabajo en cadena y ritmos de producción: Provoca carga estática y dinámica, fatiga física y psíquica, problemas traumatológicos, musculares, dolores y contracturas, varices, dolores de cabeza. Todo lo cual potencia el consumo de fármacos de forma habitual y diaria para vencer el dolor y el malestar físico. Sectores: siderometalúrgico, textil-piel, alimentación y manipulación de alimentos, etc.	• Correcta organización de tiempos y métodos. • Mejora de la organización del trabajo. • Ritmos de producción muy ajustados en base a sistemas científicos de análisis de trabajo con medición de tiempos y procesos muy generalistas. • Que se tengan en cuenta variables individuales para establecer ritmos. • Establecer pausas y descansos. • Diseños ergonómicos del puesto de trabajo. • Proporcionar calzados y medias anatómicas. • Mejora de la protección social, componentes salariales durante IT.
Movilidad y frecuentes desplazamientos: Alejan de la familia y dificulta las relaciones sociales, aislamiento, lo que produce un incremento de alcohol y drogas para mitigar la soledad. Sectores: técnicos de montaje, transportes, trabajos por obra, etc.	• Posibilidad de acceso a lugares de descanso y ocio. • Proporcionar el tiempo suficiente para la vida familiar a intervalos regulares. • Garantizar períodos de descanso, de sueño y de relajación antes de volver al trabajo. • Garantizar unas plantillas de personal con niveles suficientes para reducir el exceso de horas de trabajo.
Disponibilidad de la sustancia: Se da en profesiones con disponibilidad y accesibilidad a drogas (fármacos, alcohol, etc.) El alcohol sirve como mediador social, en la venta y la atención al cliente. Sectores: alimentación, servicios y hostelería, etc.	• Análisis específico y mejora de las condiciones generales de trabajo. • Reducción de la jornada. • Trabajo en grupo, no solo. • Posibilidad de rotación. • Planes de concienciación y educación para la salud.
Acoso Psicológico. Ser víctima de acoso psicológico, puede conllevar al consumo de psicofármacos. Se da en todos los sectores sobre todo en organizaciones excesivamente jerarquizadas.	• Evaluación de Riesgos Psicosociales. • Establecimiento de Protocolos antiacoso en la empresa.
Precariedad laboral y expedientes de regulación de empleo: Pueden llegar a aceptar condiciones de trabajo insalubres y penosas. Afecta a todos los sectores.	• Las medidas de prevención son obvias y pasan por proporcionar estabilidad en el empleo y cobertura por ILT y por desempleo.

CONDICIONES DE TRABAJO	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
CONDICIONES DE LA ORGANIZACIÓN	
Jornadas: El tiempo de trabajo repercute directamente en el grado de tensión, en la fatiga, en el tiempo libre, en la vida social y familiar. Efectos antisocializantes.	• Reducción de la duración del turno de noche. • Diseño ergonómico del puesto de trabajo. • Organización planificada del trabajo nocturno. • Fijación de pausas adecuadas para las comidas y pausas durante turnos. • Posibilidad de elección de turnos por los trabajadores. • Posibilidad de establecer turnos fijos y no productivos, rotativos. • Mejorar la dirección de la rotación (mañana, noche, tarde...). • Posibilidad de comidas y bebidas calientes en el trabajo. • Realización de cuadrante mensual (permite organización de tiempo y vida social). • Proporcionar servicios de bienestar en la empresa. • Lugares para descanso y actividades recreativas. • Contemplar situaciones individuales. • Proporcionar información técnica sobre hábitos de sueño.
Trabajo a turnos, y trabajo nocturno: Alteración del ritmo biológico, trastornos de salud, trastornos de sueño, potencian el consumo de fármacos, otras drogas, alcohol, etc. Afecta a todos los sectores.	
Pausas y descansos: Su ausencia impide la recuperación y la modulación de la tensión y la fatiga, afectando a la seguridad del trabajo. Sectores: son necesarias en todos los sectores, especialmente en los relacionados con la producción en cadena.	
CONDICIONES DEL TRABAJO	

3.4 PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

En algún Convenio se contempla **"Un Plan de Acción."**, en este, además de los análisis periódicos que se incluyen en la vigilancia de la salud, se incluyen otros aleatorios, dirigidos a un colectivo concreto de la empresa.

En todos los casos, si se detecta consumo, el trabajador es retirado de su puesto de trabajo y entra dentro del procedimiento que establece el Plan de Acción contra la drogadicción de la empresa, que se inicia con una entrevista personal y que sigue, una vez comprobados los resultados, con una propuesta de tratamiento que el trabajador acepta o no de forma voluntaria. En todos los casos se mantiene el derecho al trabajo a la vez que se aplica la sanción correspondiente que se recoge en el régimen disciplinario.

UN PLAN DE ACCIÓN EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA TIENE VENTAJAS, AL INTRODUCIR UN TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN LOS PROPIOS CONVENIOS:

- Proporciona un marco de actuación y continuidad a las intervenciones.
- Da protección a los trabajadores afectados; cuando se incorpora un protocolo o una estrategia específica de actuación facilita la intervención de empresarios y representantes sindicales.
- Contribuye a una identificación precoz y a una utilización correcta del régimen disciplinario.
- Refuerza el compromiso de las personas afectadas con su recuperación al no estar amenazadas de antemano por el despido.
- Puede contribuir a desarrollar la evaluación de riesgos psicosociales.
- Es en sí misma una oportunidad para modernizar la negociación colectiva.

- Incide favorablemente en una mayor concienciación sobre el problema y la condición de enfermedad de la drogodependencia.
- Dinamiza el dialogo social en las empresas.

Algunas posiciones empresariales manifiestas los inconvenientes de introducir esta temática en los convenios colectivos: la percepción de los empresarios de que se está limitando su capacidad de decisión, es una, y no considerar que el ámbito laboral deba ser un lugar de intervención para atajar este tipo de conductas, es otra, la desconfianza del trabajador respecto a las intenciones del empresario es la que hay que evitar.

En resumen, hay un escaso tratamiento de la drogodependencia en la negociación colectiva.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN BÁSICAS DE UN PLAN DE PREVENCIÓN Y DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN EL TRABAJO.

El plan constara de tres programas de actuación:

1. Programa de prevención.

Introducirá medidas para mejorar la calidad de vida y la capacidad de autocontrol individual y colectivo, mediante las siguientes actividades:

- Formativas, que favorezcan la capacitación de los profesionales de la salud y de los mediadores (mandos, representantes sindicales).
- Participativas, para: favorecer la información al colectivo laboral, fomenta la salud, mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral.

2. Programa de asistencia.

Proporcionará a las personas información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento especializado de atención a su problema de salud:

- Detección de casos y canalización de demandas.
- Evaluación de las demandas de actuación.
- Información y asesoramiento.
- Oferta de tratamiento.
- Derivación hacia los centros de tratamientos especializados.
- Seguimiento del proceso de tratamiento.
- Determinación del proceso de alta (Planificar la reinserción laboral).

3. Programa de reinserción.

- Negociación de la reincorporación al puesto de trabajo o cambio de él si procede, pactado con el trabajador (normalizar la vida laboral).
- Valoración psicosocial de la persona al alta.
- Establecimiento de las medidas de formación y recualificación profesional de aquellos trabajadores que lo precisen.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis de los resultados de esta investigación y de las conclusiones más relevantes, proponemos las siguientes recomendaciones.

Concienciar sobre el alcance y efectos del consumo de sustancias tóxicas en el medio laboral sobre la base de que la drogodependencia es una enfermedad, tal como las define la Organización Mundial de la Salud.

La necesidad de impulsar, desarrollar y profundizar en la prevención de riesgos laborales específicos de cada actividad con especial atención los riesgos psicosociales.

Impulsar la participación de los representantes de los trabajadores como garantes de la protección de los derechos de los trabajadores, y en concreto, por el derecho al mantenimiento de las personas afectadas por la dependencia a sustancias tóxicas, la garantía de la confidencialidad o garantizando que los análisis que reali-

cen las empresas se atengan a lo pactado en convenio. Pero también información y participando en la identificación precoz de casos de consumo.

Promover la regulación en los convenios de estos contenidos. En distintas dimensiones: impulsando el diseño y aplicación de planes de actuación que contemplen protocolos y recursos, incluyendo cláusulas encaminadas al mantenimiento en el empleo (o adaptación del mismo) y estableciendo requisitos estrictos de confidencialidad. Una regulación que necesariamente, desde una perspectiva integral, tiene que incluir una dimensión preventiva que incluya información y formación. Una prevención que debiera hacer innecesario la aplicación del régimen disciplinario a los trabajadores y trabajadoras afectados. No sólo por ser una enfermedad sino porque puede retrasar el compromiso de la persona.

Del mismo modo la negociación colectiva constituye el marco idóneo para ir más allá en las iniciativas que se pueden incluir en la vigilancia de la salud, limitadas en la mayoría de los casos a unos análisis periódicos y favoreciendo iniciativas encaminadas al desarrollo de hábitos saludables.

Movilizar el conocimiento y uso de los recursos públicos disponibles para el tratamiento de las dependencias: información sobre los servicios disponibles y las condiciones y características de la atención (según tipo de dependencia o grado de la misma).

Apostar por una formación especializada de profesionales, representantes de los trabajadores o también de trabajadores o trabajadoras que pueden actuar como mediadores en el ámbito laboral. Una formación que proporciones recursos y habilidades para la identificación precoz, el abordaje de situaciones conflictivas derivadas del consumo o la motivación de la persona afectada para que se comprometa con el tratamiento y su recuperación.

Por otra parte, y a partir del análisis de las buenas prácticas, planteamos las siguientes recomendaciones específicas relacionadas con la puesta en marcha de iniciativas, planes o protocolos de actuación en las empresas.

MEDIDAS ENCAMINADAS A LA CREDIBILIDAD Y LEGITIMACIÓN DE LAS INICIATIVAS.

- Iniciativas consensuadas entre empresa y representantes de los trabajadores para la puesta en marcha de cualquier línea de actuación y que tengan en cuenta la participación de los trabajadores.
- Un plan que contemple las diferentes dimensiones implicadas: la prevención, la atención y tratamiento y el seguimiento.
- Explicitar los objetivos y la metodología o procedimiento que se plantea para alcanzarlo.
- Adaptación de los contenidos del convenio y/o inclusión de los contenidos del plan de actuación.
- Aplicación de un protocolo de actuación conocido y aceptado por las partes.
- Garantías de confidencialidad imprescindibles.
- La cuantificación de los recursos disponibles y explicitación de las limitaciones que puedan derivarse (por ejemplo tipo de recaídas aceptables).
- El acuerdo entre empresa y representantes de cualquier medida de control o seguimiento de consumo.
- Participación de profesionales con experiencia en el tratamiento de las drogodependencias.
- Vinculación a las actividades preventivas de la empresa.

Hay **otros aspectos y/o medidas** que pueden contribuir a un abordaje más efectivo de la drogodependencia en las empresas **a través del diálogo social.**

Un compromiso más explicito por parte de la administración pública en dos dimensiones: siendo ejemplo y propiciando la negociación e inclusión de estos aspectos en convenios y acuerdos de su ámbito.

Y por otra parte, movilizando recursos en los servicios de atención primaria para abordar esta problemática. Esto es un aspecto clave para las PYMES con muchas dificultades para contar con personal especializado.

Otro ámbito en el que es recomendable intervenir es en la formación de representantes de los trabajadores y profesionales de la prevención en esta materia para aumentar la capacidad de identificación precoz y contar con recursos para un primer abordaje con la persona afectada.

Desde el ámbito de la prevención de riesgos laborales las posibilidades de actuación son diversas y muy recomendables: dar un mayor calado a las prácticas que se incluyen en la vigilancia de la salud, apostar por la evaluación de riesgos psicosociales y dar una mayor participación a los trabajadores y trabajadoras. También emerge la necesidad de formación de profesionales en esta área.

En el ámbito de la negociación colectiva sería importante apostar por una mayor flexibilidad en la negociación de los contenidos de modo que no queden totalmente vinculados a la negociación salarial aspectos que pueden satisfacer los intereses de ambas partes: la protección de los trabajadores/as afectados/as y la necesidad de producción de las empresas. Habría que sumar en este caso, su propia adhesión a un comportamiento socialmente responsable.

En este punto, y a la vista de las experiencias recogidas, no parece recomendable dejar este asunto en el ámbito, voluntario, de la responsabilidad social. La inclusión de obligaciones de empresa y trabajadores en el texto convencional es indispensable para dar credibilidad a cualquier iniciativa que no parta de la protección del trabajador.

Sigue siendo necesaria la información y sobre todo formación a empresarios y representantes de los trabajadores sobre la naturaleza de esta problemática, cómo se manifiesta, qué efectos tiene, que relaciones puede tener con distintos factores y la importancia y los beneficios de una actuación estructurada y sistemática. La consideración de la drogodependencia como una enfermedad no implica una merma de la dignidad del individuo. Se trata de crear condiciones –tratamientos- que permitan recuperar a la persona, de proporcionar los recursos que devuelven al individuo la plena autonomía y capacidad de control sobre su propio comportamiento.

3.5 EJEMPLO DE UN PLAN DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS DE LA EMPRESA FERROVIARIA ADIF

PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA DROGODEPENDENCIA Y EL ALCOHOLISMO (PACDA)

POLÍTICAS Y OBJETIVOS

Las actuaciones del Plan de Acción contra la Drogodependencia y el Alcoholismo que se establecen para todos los niveles de la Empresa, están orientadas hacia la consecución de objetivos de salud y seguridad y se realizaran con la participación y cooperación de todas las partes implicadas: dirección, sindicatos y trabajadores.
Las actuaciones que se establezcan, irán dirigidas a reducir las causas y las consecuencias del consumo de drogas y alcohol en el medio laboral, mediante acciones

preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.

LOS OBJETIVOS BÁSICOS DEL PLAN SON:

- Prevenir conductas de consumo de drogas y alcohol.
- Fomentar la responsabilidad y la colaboración de todo el colectivo laboral, en el cumplimiento de las políticas y normas establecidas en el Plan.
- Proporcionar información, asesoramiento y tratamiento a los trabajadores afectados por este tipo de problemas, con el fin de que puedan reintegrarse en el medio socio-laboral.
- Prevenir y reducir la accidentalidad laboral.
- Mejorar la productividad y la calidad del trabajo.
- Reducir el absentismo.
- Armonizar las relaciones laborales.

DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN

El desarrollo del Plan se llevara a cabo a través de los siguientes programas:

a. **Programa de Prevención.**

Establecerá medidas tendentes a cambiar o mejorar la calidad de vida y la educación para la salud, fomentando el autocontrol individual y colectivo ante el problema de la drogodependencia. Las medidas a desarrollar serán:

- Informativas, mediante la elaboración de folletos, artículos, etc., que fomenten la sensibilización y la participación del colectivo laboral ante el problema de las drogas.
- Formativas, proporcionando formación y capacitación a los profesionales que intervengan directamente en el Programa y a los estamentos de la Empresa que puedan actuar como mediadores: Mandos, Representantes Sindicales, Comités de Seguridad y Salud,...
- Participativas, mediante la realización de actos públicos, jornadas, conferencias, mesas redondas, etc., destinadas a potenciar y fomentar el nivel de información y participación del colectivo laboral.
- Otras medidas, como fomento de las actividades de tiempo libre (culturales, deportivas, recreativas).
- Mejora de las condiciones de trabajo y de calidad de vida laboral.
- Fomento de la salud, mediante reconocimientos médicos preventivos y asesoramiento en temas de salud.

El soporte básico del Programa de Prevención estará constituido por:

- Medios Propios: personal especializado (médicos, ayudantes técnicos sanitarios, trabajadores sociales, psicólogos).
- Medios Comunitarios: Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y Municipales y otras instituciones de carácter público o privado con las que en su momento se establezcan convenios de colaboración.

b. **Programa de Atención y Reinserción Laboral.**

La finalidad principal de este Programa se establece en proporcionar a la persona información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento, que le facilite la ayuda necesaria para solucionar los problemas relacionados con el consumo de drogas y/o alcohol y que en última instancia le facilite los apoyos necesarios para lograr un estado en el que se encuentre física, psíquica y socialmente en condiciones para reintegrarse a la vida laboral y social.

EL SOPORTE DEL PROGRAMA ESTARÁ CONSTITUIDO POR:

Medios Propios: equipo de trabajo, con carácter interdisciplinar y que podrá estar compuesto por personal especializado y las instancias de la Empresa que oportunamente se determinen (Técnicos, Repre-

sentantes Sindicales, etc.).

Las funciones básicas de este equipo serán las siguientes:

- Detección de los casos y canalización de las demandas de atención.
- Evaluación de las demandas de atención.
- Información y asesoramiento.
- Oferta de tratamiento.
- Canalización y derivación hacia los Centros de Tratamiento.
- Seguimiento del proceso de tratamiento.
- Determinación del momento del alta y la reincorporación al trabajo.
- Seguimiento del proceso de vuelta al trabajo, para comprobar la adaptación.

Medios Comunitarios: en el proceso de atención, se utilizaran los distintos recursos comunitarios que puedan existir tanto en Ayuntamientos como en Comunidades Autónomas, así como los de carácter público o privado, con los que previamente se establezca concierto de colaboración.

En cualquier caso, el proceso de atención seguirá criterios tendentes a un modelo personalizado y diversificado capaz de adecuarse a las características de la persona afectada.

En el desarrollo de la fase de atención se consideran de especial relevancia las vías de detección de consumo que existen actualmente, que son los reconocimientos médicos y sondeos que se realizan al personal de circulación, que afectan a una gran parte de la plantilla, y en las que el componente de seguridad es muy importante para enfocar el tratamiento del tema, teniendo en cuenta que pudiera no existir una voluntariedad inicial hacia la oferta de tratamiento.

En cambio, para el resto del personal sobre el que no se realiza determinación de consumo de drogas, y que de forma voluntaria puede solicitar asesoramiento o tratamiento, bien a través de los Representantes Sindicales, Servicios Médicos, Psicología Laboral, etc., puede darse una motivación hacia el tratamiento con menos componentes conflictivos desde el punto de vista laboral.

En este sentido, las actuaciones a seguir en la fase de atención serán:

Personal de Conducción

a) En el caso de solicitar voluntariamente el tratamiento sin que haya habido detección a través de las pruebas analíticas, las fases a seguir son:

- Evaluación y estudio del caso por el responsable del Programa de Atención y Reinserción Laboral, con el fin de asesorar y orientar al trabajador sobre las opciones existentes y las más adecuadas en cada caso.
- Retirada provisional del puesto de trabajo mediante comunicación de "NO APTITUD TEMPORAL", a la UN correspondiente.
- Oferta de tratamiento y formalización por escrito de la conformidad del trabajador, aceptando las condiciones del Programa de Atención y Reinserción Laboral.
- Iniciación del tratamiento, gestionando a través de los Servicios Médicos el periodo de Incapacidad Temporal del trabajador.
- Seguimiento del proceso de tratamiento para determinar en el momento de la reincorporación al trabajo la conveniencia o no de continuar con su trabajo habitual. De la misma forma la Jefatura de Psicología Laboral deberá evaluar las condiciones psicológicas para determinar su aptitud. En los casos en que se considere que no es posible, los Servicios Médicos le calificaran como NO APTO y se acoplara por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

b) Cuando exista una detección previa de consumo, a través de los reconocimientos médicos o sondeos, las actuaciones serán:

- Retirada provisional del puesto de trabajo mediante comunicación de "NO APTITUD TEMPORAL".
- Comunicación inmediata y directa, de los casos en que haya resultados positivos a drogas y/o alcohol al Responsable del Programa de Atención, que efectuara un estudio y evaluación del caso con el fin de asesorar, orientar e informar al trabajador de su situación. De este estudio y evaluación, puede resultar un periodo de SEGUIMIENTO, con el fin de comprobar el No Consumo antes de ser reintegrado a su puesto de trabajo, o una oferta de TRATAMIENTO; en esta ultima situación se seguirán los mismos pasos que en el apartado a) relativos a:

  - Oferta de tratamiento y formalización por escrito de la conformidad del trabajador, aceptando las condiciones del Programa de Atención y Reinserción Laboral.
  - Iniciación del tratamiento, gestionando a través de los Servicios Médicos el periodo de Incapacidad Temporal del trabajador.
  - Seguimiento del proceso de tratamiento para determinar en el momento de la reincorporación al trabajo la conveniencia o no de continuar con su trabajo habitual. De la misma forma, la Jefatura de Psicología Laboral deberá evaluar las condiciones psicológicas para determinar su aptitud. En los casos en que se considere que no es posible, los Servicios Médicos le calificaran como NO APTO y se acoplara por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.
  - En el caso de que se produzca la negativa por parte del trabajador a admitir el tratamiento, o el fracaso o la interrupción del tratamiento, los Servicios Médicos le calificaran como NO APTO y se acoplara por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

Resto del Personal

Siempre que el trabajador solicite voluntariamente tratamiento, sin que previamente haya una determinación analítica de consumo de drogas, se remitirá al Responsable del Programa de Atención y Reinserción Laboral y seguirá el mismo proceso que en los apartados anteriores, con la única excepción de que el trabajador no será apartado de su puesto de trabajo, salvo el período de Incapacidad Temporal que marque o aconseje el tratamiento.

En todos los casos, los trabajadores que inicien un tratamiento serán informados de su situación laboral y darán por escrito su conformidad con el mismo.

En cualquier supuesto, se limitaran a dos el número de tratamientos que pueden ser solicitados u ofrecidos al trabajador y el proceso a seguir dependerá del tipo de personal de que se trate, según corresponda al descrito en los apartados 1º o 2º.

La política disciplinaria derivada de conductas laborales será independiente de la posible incorporación del trabajador al Plan de Actuación.

Todas las comunicaciones que se hagan a las dependencias sobre la situación de los trabajadores, se formularan, como en el resto de los casos de enfermedad común, en términos de "aptitud", preservando el derecho a la confidencialidad.

IV.

Normativa sobre Drogodependencias

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Art. 14: Se establece la igualdad de los españoles ante la Ley, sin prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Art. 43.1 Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

NORMATIVA BÁSICA

Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. Madrid.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Deroga algunos artículos de la Ley 14/1986.

Texto Refundido de La Ley del Estatuto De Los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995, De 24 De Marzo).
Artículo 54: relativo al despido disciplinario.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Referencia al Capítulo III del Titulo XVII, relativo a los delitos contra la Salud Pública.

Legislación de cada Comunidad Autónoma. El reconocimiento por la Constitución de 1978 de capacidad legislativa a las Comunidades Autónomas en materias directa o indirectamente relacionadas con el fenómeno de las drogas, determina también la necesidad de tener en cuenta la legislación autonómica.

NORMATIVA INTERNACIONAL

Organización Internacional del Trabajo (OIT). En 1996, estableció un repertorio de recomendaciones sobre tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo.

En 1998, estableció, Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas y de alcohol.

NORMATIVA EUROPEA

Decisión del Consejo de 28 de Febrero de 2002, sobre las medidas de control y las sanciones penales relativas a la PMMA, nueva droga de síntesis.

Directiva 203/33/CE del Parlamento europeo y del Consejo de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del otras drogas.

Reglamento (CE) nº 1651/2003 del Consejo, de 18 de junio de 2003, por el que se modifica el Reglamento (CEE) nº 302/93, por el que se crea un Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.

Resolución del Consejo de 3 de junio de 2002 sobre la nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006).

Recomendación del Consejo de 2 de diciembre de 2002 relativa a la prevención del tabaquismo y a una serie de iniciativas destinadas a mejorar la lucha contra el otras drogas (2003/54/CE).

Recomendación del Consejo de 18 de junio de 2003 relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia (2003/488/CE).

Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas (2005-2012). La Estrategia se centra en dos ámbitos de acción, a saber, la reducción de la demanda y la reducción de la oferta, y en los dos temas transversales que son la cooperación y la investigación internacional, por una parte, y la información y la evaluación, por otra.

NORMATIVA ESPAÑOLA

Especial referencia vamos a hacer al Plan Nacional sobre Drogas y a la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

El Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012, es el primero de los dos planes, con una duración de cuatro años que comprende la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, aprobada por el Consejo de Ministros el 23 de enero de 2009.

TEXTOS LEGISLATIVOS Y NORMATIVOS DE REFERENCIA SOBRE DROGAS Y MEDIO LABORAL

La legislación sobre materia laboral en España surge dentro del marco de la Constitución que indica el deber de los poderes públicos por velar por la seguridad e higiene en el trabajo (Art. 40), y el derecho a disfrutar de un medio ambiente laboral adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (Art. 45). Estos deberes y derechos plantean la necesidad de desarrollar políticas de promoción de la salud en el trabajo. Dentro de estas políticas se encuentran las de prevención y asistencia de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas, que se enmarcan también en el marco de las leyes sobre Salud y Seguridad en el Trabajo.

El Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley del Estatuto de los Trabajadores** (BOE 29.03.1995, núm. 75)

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad** (BOE 29.04.1986, núm. 15207)

La Directiva 89/391CEE del Consejo de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE 29.06.1989, núm. 183/L)

La legislación vigente en España en materia de Salud Laboral: **Real Decreto Legislativo** 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley General de la Seguridad Social** (BOE 29.06.1994, núm. 154); y en especial la **Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales** (BOE 10.11.1995, núm. 269), y el **Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Servicios de Prevención.** Diversos textos legislativos de ámbito nacional relativos al alcohol, y otras drogas

LEGISLACIÓN LABORAL Y DROGAS

Dada la diversidad de leyes que hay que tener en cuenta al valorar la legislación en que se apoyan los programas laborales de prevención y asistencia en materia de drogas, se presenta a continuación un resumen de los textos legislativos clave, desde los de carácter más general a los más específicos.

LEGISLACIÓN DE ÁMBITO NACIONAL

El desarrollo de una política de empresa en prevención y asistencia de problemas relacionados con las drogas, además de apoyarse en el marco constitucional español, se asienta en los principios generales contenidos en el marco de la Salud y Seguridad en el Trabajo. Este es un punto de partida importante ya que tiene en cuenta los siguientes factores:

- Los empresarios tienen el deber de proteger la salud de sus empleados.
- Los empleados deberían velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros.
- Tanto el alcohol, el otras drogas como otras sustancias psicoactivas, pueden deteriorar la salud y el bienestar de muchos trabajadores, no sólo de los directamente afectados por el consumo.
- El consumo de alcohol, otras drogas y otras drogas, puede deteriorar el ambiente laboral y la eficacia de una empresa.

La legislación vigente en España en materia de Salud Laboral hace escasas y dispersas referencias específicas y detalladas a la necesidad de prevención y asistencia de los problemas relacionados con las drogas y, ante esta realidad, presenta un sesgo hacia la penalización más grave: **"el despido disciplinario"** por causas derivadas del consumo de alcohol y otras drogas (Estatuto de los Trabajadores2, artículo 54, apartado 2.f.), dándose jurisprudencialmente gran diversidad de justificaciones al mismo.

Esta legislación, puede servir de apoyo a la empresa para poder despedir a un trabajador alcohólico o drogodependiente. Y antes de adoptar esta drástica medida, la empresa dispone –en base a la ley– de otras sanciones intermedias tales como:

a. **Faltas leves:** Amonestación verbal o escrita; y suspensión breve de empleo y sueldo.

b. **Faltas graves:** Suspensión de empleo y sueldo de mayor duración (15 días), inhabilitación para el ascenso; traslado de puesto de trabajo.

c. **Faltas muy graves:** Inhabilitación y suspensión de empleo y sueldo que puede llegar a 2 meses; Traslado de centro de trabajo y de localidad.

La interpretación de este artículo 54 del ET, continúa siendo altamente punitiva, a pesar de que diversos pronunciamientos del Tribunal Supremo, o el Tribunal Central del Trabajo, han establecido una doctrina jurisprudencial que podríamos considerar "atenuante", por la cual se puntualiza que para la aplicación de este artículo deben darse dos requisitos básicos:

Que se trate de problemas no ocasionales o esporádicos, sino habituales.

Que, además, repercutan negativamente en el trabajo.

A pesar de la parcialidad y falta de referencias concretas a la necesidad de disponer de servicios socio-sanitarios capaces de ofrecer un abordaje preventivo, superador y no sancionador de los problemas relacionados con las drogas, existe una norma básica de referencia, la **Ley 14/86, de 25 de abril, general de Sanidad** (B.O.E. 29 abril de 1986, núm. 15207). Dentro de los principios generales de la misma, se contempla la responsabilidad de los Servicios Sanitarios en garantizar a todos los ciudadanos (incluidos los trabajadores), la "promoción de la salud", la "prevención de las enfermedades", la "superación de los desequilibrios territoriales y sociales", así como el derecho a la "confidencialidad de toda la información" relacionada con un problema de salud (artículos 3, 10 y 19). Indicando además, que "las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre sustancias tóxicas" (Artículo 19). Íntimamente ligada a ello, está el **Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social** cuyo Artículo 7 señala la extensión del campo de aplicación de la misma, señalando que: "Estarán comprendidos en el sistema de Seguridad Social todos los españoles cualesquiera que sea su sexo, estado civil o profesión". Siendo importante destacar que en el Artículo 24 de la misma Ley, se habla de los Servicios Sociales, como complementos de las prestaciones en conexión con el Ministerio de Trabajo, recogiendo como uno de ellos el Servicio de "Seguridad e Higiene en el Trabajo" (Artículo 25). Finalmente en el Artículo 26, al describir los cometidos de dicho servicio, entre otros aspectos señala: "Lograr, individual y colectivamente, un óptimo estado sanitario" .

Además, dentro del marco constitucional español, nuestra legislación laboral contempla ya el marco político y nor-

mativo marcado por la Unión Europea a finales de los años 80, en su Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE 29 junio 1989, núm. 183/L), donde se introduce –aunque todavía con límites y contradicciones– un estilo de relaciones sindicales nuevo y favorable al diálogo abierto entre las distintas fuerzas del mundo laboral, sobre las cuestiones de Salud y Seguridad en los lugares de trabajo. El desarrollo de estos aspectos se concreta en dos textos legales donde se señalan las responsabilidades de la empresa en materia de prevención de riesgos:

- **Ley 31/1995**, de 8 de Noviembre, de prevención de riesgos laborales (BOE 10 noviembre 1995, núm. 269).
- **Real Decreto 39/1997**, de 17 de Enero, por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención (BOE 31 enero 1997, núm. 27).
- Este marco legislativo asigna a los Servicios de Prevención diversas funciones preventivas y asistenciales.

Por otro lado esta Ley señala que el incumplimiento o negligencia de la empresa en el ejercicio de las responsabilidades anteriores, se considera como falta (de leve a muy grave), por parte de la empresa, especificándose las sanciones relativas a cada caso.

En este marco normativo, los problemas relacionados con el consumo de drogas constituyen una realidad que afecta tanto a trabajadores como a la empresa, y por tanto son susceptibles de ser tratados dentro del marco de **actividades de prevención de enfermedades.**

Por todo ello, los programas laborales de promoción de la salud, prevención y asistencia en relación a las drogas, se apoyan en la legislación vigente para:

1. Prevenir la aparición de problemas que afectan a la salud y al bienestar de los trabajadores.

2. Detectar la posibilidad de futuros problemas para abordarlos de forma precoz y personalizada.

3. Tratar a los trabajadores cuya dependencia del alcohol o de otras drogas puede deteriorar seriamente su salud y bienestar.

4. Garantizar, en el caso de un enfermo alcohólico, la confidencialidad de las intervenciones personalizadas que se realicen.

5. Asegurar, en caso de consumo de otras drogas en el lugar de trabajo, el derecho de los no fumadores a respirar aire libre del humo de otras drogas, a la vez que se tienen en cuenta las necesidades de los trabajadores que fuman.

LEGISLACIÓN LABORAL Y CONSUMO DE ALCOHOL, OTRAS DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las disposiciones anteriores, contemplan además normativas concretas referidas al alcohol, otras drogas y otras drogas en el Medio Laboral.

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un importante factor de riesgo para los accidentes laborales. Además, el abuso y la dependencia del alcohol originan graves problemas de salud que afectan muy negativamente la calidad y la esperanza de vida de las personas afectadas. En la población trabajadora, el abuso de alcohol tiene también consecuencias muy negativas en el medio laboral que inciden directamente sobre la persona afectada y sobre sus compañeros.

Algunas normas reguladoras de activi-

dades laborales específicas establecen limitaciones al consumo de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo.

Así, el consumo de alcohol está totalmente prohibido a los trabajadores de los casinos de juego durante las horas de servicio. Sin embargo, son más frecuentes las disposiciones que por las que se sanciona el consumo cuando tiene como consecuencia la embriaguez o un grado de intoxicación que interfiera claramente con el rendimiento laboral o la seguridad en el trabajo. Estas limitaciones afectan principalmente al desarrollo de actividades de elevado riesgo (actividades subacuáticas, del personal de las Fuerzas Armadas y los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, trabajadores que transportan o manejan mercancías peligrosas, etc.) o de especial responsabilidad (servicios postales y de telecomunicaciones).

- Los Parlamentos de muchas Comunidades Autónomas han aprobado leyes que regulan la venta y el consumo de bebidas alcohólicas.
- Un pacto interinstitucional a favor de las intervenciones de prevención y asistencia en relación a las droga.
- Un pacto interinstitucional a favor de las intervenciones de prevención y asistencia en relación a las droga.

Intervenciones informativas/preventivas

Estarán destinadas a la disminución de los consumos de drogas legales e ilegales entre los trabajadores y a la disminución de las consecuencias negativas asociadas a estos consumos.

Dichas intervenciones estarán basadas en la promoción de hábitos saludables, la información sobre riesgos, la formación de los agentes sociales mediadores (delegados sindicales, mandos intermedios, técnicos en salud, Comités de Seguridad y Salud, directores de Recursos Humanos, Servicios de Prevención, y mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Estas intervenciones deberán ir apoyadas por material que proporcione metodología para el desarrollo de los programas y la evaluación de los mismos.

Intervenciones asistenciales:

Estarán encaminadas a apoyar la atención y corrección de los problemas asociados a los consumos. Estas intervenciones favorecerán la colaboración y comunicación entre los recursos asistenciales de las empresas y los recursos comunitarios de tratamiento. Contemplarán el diseño de protocolos de intervención para mejorar la capacidad diagnóstica y de actuación de los servicios médicos de empresa, así como la formación de los profesionales que deberán participar en las tareas asistenciales.

De acuerdo al Convenio, el apoyo terapéutico a los trabajadores con problemas de adicción, es responsabilidad de los recursos comunitarios, que deberán contar con la colaboración de todos los agentes que, en tal materia, intervienen en la empresa (Comités de Seguridad y Salud, Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Servicios de Prevención, y los Órganos competentes de las Comunidades Autónomas).

Todas las medidas dirigidas a la rehabilitación, tanto de carácter diagnóstico como terapéutico, deben hacerse compatibles con la necesidad de evitar la marginación y segregación de la persona en proceso de tratamiento y facilitar la normalización y reinserción laboral.

Los procedimientos diagnósticos deben tener como fin primordial el apoyo terapéutico precoz a las personas que lo necesiten. Deben ser conocidos y aceptados voluntariamente por los

usuarios, deben respetar las exigencias de confidencialidad y deben estar provistos de todas las cautelas y previsiones técnicas y procesales necesarias.

Marco Legal

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS TRABAJADORES QUE NO SE PIERDEN POR SER CONSUMIDOR DE DROGAS

PRINCIPIO DE IGUALDAD DE TRATO Y NO DISCRIMINACIÓN

REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Artículo 4. 2. c) A no ser discriminados directa o indirectamente para el empleo, o una vez empleados, por razones de sexo, estado civil, edad dentro de los límites marcados por esta ley, origen racial o étnico, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, afiliación o no a un sindicato, así como por razón de lengua, dentro del Estado español.

Tampoco podrán ser **discriminados** por razón de discapacidad, siempre que se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate.

Artículo 17. 1. Se entenderán nulos y sin efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales del empresario que den lugar en el empleo, así como en materia de retribuciones, jornada y demás condiciones de trabajo, a situaciones de **discriminación** directa o indirecta desfavorables por razón de edad o discapacidad o a situaciones de discriminación directa o indirecta por razón de sexo, origen, incluido el racial o étnico, estado civil, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación o condición sexual, adhesión o no a sindicatos y a sus acuerdos, vínculos de parentesco con personas pertenecientes a o relacionadas con la empresa y lengua dentro del Estado español.

Serán igualmente nulas las órdenes de discriminar y las decisiones del empresario que supongan un trato desfavorable de los trabajadores como reacción ante una reclamación efectuada en la empresa o ante una acción administrativa o judicial destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad de trato y no discriminación.

LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 22.4
Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines **discriminatorios** ni en perjuicio del trabajador.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Artículo 314. Los que produzcan una grave discriminación en el empleo, público o privado, contra alguna persona por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía, por ostentar la representación legal o sindical de los trabajadores, por el parentesco con otros trabajadores de la empresa o por el uso de alguna de las lenguas oficiales dentro del Estado español, y no restablezcan la situación de igualdad ante la ley tras requerimiento o sanción administrativa, reparando los daños económicos que se hayan derivado, serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años o multa de 12 a 24 meses.

Artículo 512. Los que en el ejercicio de

sus actividades profesionales o empresariales denegaren a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía, incurrirán en la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión, oficio, industria o comercio, por un período de uno a cuatro años.

DERECHO A LA INTIMIDAD PERSONAL Y A LA PROPIA IMAGEN.

LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 22.2
Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la **intimidad** y a la **dignidad** de la persona del trabajador y la **confidencialidad** de toda la información relacionada con su estado de salud.

Artículo 22.3
Los resultados de la vigilancia a que se refiere el apartado anterior serán comunicados a los trabajadores afectados.

Artículo 22.4
... El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas **sin consentimiento expreso** del trabajador.

DERECHO A LA SALUD

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Art. 196. Normas específicas para enfermedades profesionales.

1. Todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con **riesgo de enfermedades profesionales** están obligadas a practicar un reconocimiento médico previo a la adquisición de los trabajadores que hayan de ocupar aquellos y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas que, al efecto, dictará el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

2. Los reconocimientos serán a cargo de la empresa y tendrán el **carácter de obligatorios** para el trabajador a quien abonará aquélla, si a ello hubiera lugar, los gastos de desplazamiento y la totalidad del salario que por tal causa pueda dejar de percibir.
3. Las indicadas empresas no podrán contratar trabajadores que en el reconocimiento médico no hayan sido calificados como aptos para desempeñar los puestos de trabajo de las mismas de que se trate. Igual prohibición se establece respecto a la continuación del trabajador en su puesto de trabajo cuando no se mantenga la declaración de aptitud en los reconocimientos sucesivos.

4. Las disposiciones de aplicación y desarrollo determinarán los casos excepcionales en los que, por exigencias de hecho de la contratación laboral, se pueda conceder un plazo para efectuar los reconocimientos inmediatamente después de la iniciación del trabajo.

LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 22.4

Artículo 22. *Vigilancia de la salud.*
1. El empresario garantizará a los tra-

bajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento. De este carácter voluntario sólo **se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.** En todo caso se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo.

2. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

3. Los resultados de la vigilancia a que se refiere el apartado anterior serán comunicados a los trabajadores afectados.

4. Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.
El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador.

No obstante lo anterior, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la **aptitud del trabajador** para el desempeño del puesto de trabajo o con la **necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención,** a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

5. En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado más allá de la finalización de la relación laboral, en los términos que reglamentariamente se determinen.

6. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

Artículo 25. Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

1. El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará

las medidas preventivas y de protección necesarias.

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

2. Igualmente, el empresario deberá tener en cuenta en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan incidir en la función de procreación de los trabajadores y trabajadoras, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de la fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias.

Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Artículo 4.2
d) A su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene.

Artículo 20.4.
El empresario podrá verificar el estado de enfermedad o accidente del trabajador que sea alegado por éste para justificar sus faltas de asistencia al trabajo, mediante reconocimiento a cargo de personal médico. La negativa del trabajador a dichos reconocimientos podrá determinar la suspensión de los derechos económicos que pudieran existir a cargo del empresario por dichas situaciones.

DERECHO AL TRABAJO, OCUPACIÓN EFECTIVA Y PROMOCIÓN.

Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Artículo 55.5.
Será nulo el despido que tenga por móvil alguna de las causas de **discriminación** prohibidas en la Constitución o en la Ley, o bien se produzca con violación de derechos fundamentales y libertades públicas del trabajador.

4.1 NORMATIVA ESPECÍFICA

LEGISLACIÓN SOBRE ALCOHOL

- **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.**
- **Reglamento General de Circulación R.D. 13/1992 de 17 de enero, modificado por el R.D. 2282/1998 de 16 de octubre.** Art.20 Tasas de alcohol en sangre y aire espirado.
- **Legislación autonómica:** cada comunidad autónoma regula la edad mínima permitida para la venta y el suministro de alcohol.

LEGISLACIÓN SOBRE TABACO

- **Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.**
- **Real Decreto 709/82, de 5 de marzo, que regula la Publicidad y Consumo de Tabaco.**
- **Real Decreto 639/2010, de 14 de mayo,**

por el que se modifica el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

- **Ley 34/1988 de 11 de noviembre,** General de Publicidad. Establece en su artículo 8.5 la prohibición de publicidad de tabacos por medio de la televisión, y en aquellos lugares donde está prohibida su venta o consumo.

- **Ley 25/1994 de 12 de julio** de radiodifusión televisiva, por la que se incorpora la Directiva 89/552/CEE. En su art.10 se prohíbe la publicidad por TV. de cualquier forma, directa o indirecta, de cigarrillos y demás productos del tabaco.
- **La Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010,** más conocida como nueva ley antitabaco es una ley española que entró en vigor el 2 de enero de 2011, como modificación de la anterior ley antitabaco de 2006.

LEGISLACIÓN SOBRE CANNABIS, COCAÍNA Y DROGAS DE DISEÑO.

Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana. Art.25 y 28.

Anexo I

Protocolo de Intervención y Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN Y PREVENCION DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Este modelo de Protocolo que se propone está destinado a diseñar un plan de prevención de drogodependencias en las empresas, que incluyan análisis de condiciones de trabajo que pueden contribuir al consumo de drogas, evaluaciones de riesgos, y planes globales que desarrollen Programas de intervención en Drogodependencias.

Con el paso del tiempo se han producido grandes y profundos cambios no sólo en los escenarios del consumo de drogas, sino también en el perfil de los consumidores y en la percepción social del fenómeno, y hoy nos encontramos ante una realidad muy distinta a la de hace unos 25 años de las drogodependencias, pero que continúa exigiendo de todos nosotros esfuerzos para afrontarla.

La intervención en prevención de drogodependencias en el ámbito laboral viene avalada desde la definición de salud de la OMS: "Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"; así pues, existen una serie de características físicas y psíquicas, así como unas condiciones sociales, culturales y laborales concretas que van a determinar la salud de cada individuo.

La OMS en relación a las drogodependencias, recomienda garantizar una actuación integral en esta materia de modo normalizado, como una enfermedad más, y la drogadicción lo es, por lo que no tiene sentido aplicar medidas coercitivas ni en la prevención ni en el tratamiento de la misma.

El fenómeno de las drogodependencias es complejo, es un proceso que atraviesa el uso y el abuso y en donde existe una interrelación entre la persona, la sustancia y su entorno socio-laboral; por tanto, en el consumo no está implicado sólo el consumidor/a sino también el contexto, y en este sentido, la responsabilidad de intervenir tanto en las causas como las consecuencias es compartida.

La empresa, en cuanto ámbito de convivencia que refleja muchos de los usos y hábitos de la sociedad es, a menudo, uno de los escenarios donde las consecuencias de la drogadicción se hacen patentes. Pero además, el consumo indebido de drogas en el mundo laboral, puede provocar riesgos adicionales al trabajo en sí mismo, generalmente más perceptibles e incluso preocupantes, al poner en peligro la vida e integridad del propio trabajador/a afectado/a por esta enfermedad, el de terceras personas, además de poder incidir negativamente en la producción y en la imagen de la empresa.

Según la OIT, el lugar de trabajo es un espacio idóneo para llevar a cabo la prevención de las drogodependencias, por lo que la empresa, como organizadora del ámbito laboral y como lugar de convivencia, puede resultar un lugar adecuado para desarrollar políticas y actuaciones de prevención en esta materia que permitan prevenir los problemas derivados del consumo de drogas.

Por todo ello en todas las empresas debería, existir un Programa/Plan de Prevención y Rehabilitación en Drogodependencias, cuyo objetivo general sea la identificación y resolución de problemas que puedan interferir en la vida personal y/o laboral de los trabajadores/as y familiares, garantizando confidencialidad.

La empresa, como conjunto de personas, debe ser un espacio saludable. Los recursos humanos son el factor más importante de la empresa y debe ser el elemento de mayor preocupación para el empresario.

Por tanto, es imprescindible la participación de todos los agentes implicados: empresa-

rios/as, técnicos/as de prevención, técnicos/as de Prevención en Drogodependencias, Servicios de Prevención Ajenos y/o Propios, y representación legal de los trabajadores/as (comités de seguridad y salud, delegados de prevención, juntas de personal, secciones sindicales, comités de empresa…) para lograr una implicación firme y decidida de cada uno de los trabajadores/as afectados/as, con la ayuda o el soporte técnico de las mutuas y de las administraciones públicas.

El conseguir que la empresa sea un espacio saludable es una responsabilidad de todos los que en ella participamos, tanto trabajadores/as como empresarios/as.

Los programas/planes de intervención en drogodependencias deben contemplar medidas articuladas a tres niveles:

- Prevención: conjunto de estrategias a desarrollar en el lugar de trabajo para reducir el consumo de drogas, encaminadas a la promoción de la salud, minimizando los factores de riesgos laborales que mantienen o inducen a un consumo indebido de drogas, y procurando la reducción, tanto de la oferta como de la demanda de drogas en los centros de trabajo (supresión de venta y consumo de bebidas alcohólicas en las empresas dónde las actividades que desarrollen los trabajadores/as se clasifiquen como Actividades Peligrosas, recogidas en el Anexo I del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención , y supresión de oferta de bebidas de alta graduación alcohólica o bebidas destiladas, en el resto de empresas en las que la actividad que se desarrolla no están recogidas en la citada norma. Mejorar las condiciones de trabajo, campañas de sensibilización, oferta de información y formación amplia, clara y suficiente en relación a las drogas y las consecuencias sobre su abuso, siempre impartidas bajo la premisa de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales LPRL.)

- Asistencia: detección, intervención precoz y en su caso, derivación a recursos especializados, de la red pública y/o privada de aquellas situaciones problemáticas relacionadas con los usos inadecuados de drogas.

- Favorecer el tratamiento de los problemas de drogodependencias, apoyando a quienes decidan seguir un programa de rehabilitación. El trabajador con problemas derivados del consumo de drogas debe poder normalizar su vida laboral; en este sentido es necesario asegurarles que someterse a un tratamiento no comportará la pérdida de su puesto de trabajo.

- Rehabilitación: es el tercer nivel de medidas articuladas que deben contemplar los programas/planes de intervención en drogodependencias, y consta de 3 fases:

  1. Desintoxicación: consiste en la desaparición del organismo de todo vestigio de la sustancia consumida una vez interrumpido el consumo de la misma, volviendo el organismo a su estado normal y autorregulado de funcionamiento.

  2. Deshabituación: consiste en un proceso por el cual la persona consigue controlar o eliminar el deseo vehemente de consumir la sustancia y regular y/o modificar las causas que le incitan al consumo o que mantienen el mismo.

  3. Reinserción: es la integración del exdrogodependiente en la sociedad de forma similar a cualquier otro individuo. Si bien la deshabituación y la reinserción tienen diferente significado suelen superponerse en la práctica.

Es necesario recalcar que: las recaídas o no completar todo el proceso, no significan un fracaso, ya que forman parte del proceso mismo de rehabilitación.

Los programas/planes de prevención encaminados a mejorar la situación de los trabajadores en relación con el consumo de sustancias deben promover cambios de estilo de vida, e

incluso de cultura de la salud dentro de la empresa. Para ello es importante conocer las actitudes y conductas de los trabajadores hacia los consumos, antes de definir los objetivos de carácter preventivo y asistencial.
La política preventiva del consumo de sustancias en la empresa debe garantizar que su objetivo no es perseguir a los/as trabajadores/as afectados/as, sino contribuir a mejorar las condiciones de salud y seguridad en la empresa. El hecho de que la embriaguez y el consumo de sustancias psicoactivas sea motivo de sanción o despido para los trabajadores discrimina por razón de enfermedad al trabajador/a afectado y dificultan las políticas preventivas del consumo de sustancias de la empresa. En lugar de asumir una posición punitiva y sancionadora, la empresa debe contribuir a prevenir, detectar precozmente o mejorar situaciones problemáticas en relación con las sustancias.

La prevención del consumo de drogas es la clave sobre la que se apoya la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016 y, respecto al ámbito laboral recoge que las actividades desarrolladas con población laboral: *"han de regirse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan Nacional sobre Drogas y deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores/as, como de sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. En este sentido, se considera muy importante el papel que deben desarrollar las Comisiones para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral creadas en los Comité de Seguridad y Salud de las empresas."*

Actualmente con la nueva reforma laboral donde las faltas de asistencia al trabajo, intermitentes que alcancen el 20% de las jornadas hábiles en 2 meses consecutivos, o el 25% en 4 meses discontinuos dentro de un periodo de 12 meses, serán motivo de despido objetivo procedente, por lo que en caso de drogodependencias es todavía mayor la repercusión y se hace muy necesario la implantación en las empresas del protocolo de intervención y prevención de drogodependencias.

PILARES DE UNA BUENA GESTIÓN DEL PROGRAMA/PLAN

- La prevención de las drogodependencias en el medio laboral ha de estar relacionada con una cultura de la empresa donde los problemas de consumo sean considerados como problemas de salud.

- La información relativa a un trabajador con problemas de drogas debe ser estrictamente confidencial, es por tanto esencial restringir el acceso a dicha información en estos casos aquellas personas que participen en la aplicación del Protocolo.

- Basado en un concepto amplio de salud laboral, el Programa debe formar parte del Convenio Colectivo, de acuerdos y deberá ser pactado entre los representantes de la empresa y los trabajadores/as a través del Comité de Seguridad y Salud.

- Debe estar integrado en el Plan de Prevención de Riesgos Laborales de una manera real y no solo formal, asegurando la confidencialidad de los datos.

- El Programa debe estar adaptado a la realidad específica de cada empresa contando con la participación y el consenso de todos los agentes implicados Empresarios, técnicos de prevención, Servicios de Prevención (Ajenos y Propios), Comités de Seguridad y Salud y de los representantes de los trabajadores/as.

- Debe integrar a todos los niveles de la línea jerárquica de la empresa y alto nivel de la Dirección.

- Debe asegurar la estabilidad en el empleo y la no sanción a los trabajadores/as que se acojan a él; primero rehabilitar y luego reinsertar a los trabajadores que lo hayan seguido.
- La participación para acogerse a estos programas tiene que ser de carácter voluntario para el trabajador/a.

- Debe incluir elementos de mediación para facilitar la detección precoz de los casos. Estos elementos de mediación se concretarán conforme a los Procedimientos de Actuación que se establezcan en el Comité de Seguridad y Salud.

- Siendo que la familia es en la práctica, una de las piedras angulares en la detección, asistencia y proceso de rehabilitación de la persona drogodependiente. Sería interesante que la actuación de la empresa y de la familia se complementen, colaborando en dicho proceso siempre que el trabajador/a afectado/a diera su consentimiento.

- Debe ser evaluable, contemplando indicadores. Hay que recoger tanto indicadores de salud individual, como otros indicadores generales de reducción de conflictos y absentismo, entre otros. Se concretarán conforme a los Procedimientos de Actuación que se establezcan en el Comité de Seguridad y Salud y bajo el marco de la LPRL.

- La prevención del consumo de drogas en la empresa pasa también por la formación en drogas y otros temas de salud laboral, así como por la formación y entrenamiento en habilidades sociales. Todo ello mejorará el conocimiento de los trabajadores sobre la influencia que los factores de riesgo laboral pueden ocasionar sobre su salud en general y sobre el consumo de drogas en particular.

- La fase de rehabilitación y tratamiento debe desarrollarse en los centros especializados existentes en cada territorio, convirtiéndose, por tanto la participación de éstos en un componente esencial. Para ello, se facilitará desde la empresa el acceso de los trabajadores/as afectados/as a estos servicios especializados en drogodependencias.

FASES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LA EMPRESA

FASE 1: ESTUDIO PRELIMINAR DE LA PROBLEMÁTICA EN LA EMPRESA

(DIAGNÓSTICO, ACEPTABILIDAD/VIABILIDAD, POLÍTICA SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS/CÓDIGO DE CONDUCTA/DECLARACIÓN).

- Estimación de la situación real de consumo en la empresa. Tipos y niveles de consumo.

- Análisis de indicadores indirectos:

Indicadores de salud personal: Cambios en la apariencia externa, descuidos en la higiene personal, cambios de estado de ánimo, nerviosismo, depresión…
Indicadores de trabajo: Ausencias no autorizadas, patrones de ausencia, abandono del trabajo, retrasos tras días festivos, tendencia a sufrir accidentes, bajo rendimiento y calidad del trabajo…
Indicadores sociales: Cambio de amistades, reacciones exageradas, quejas de compañeros, conflictividad laboral…

- Identificación de puestos de trabajo críticos y de riesgos.

- Valoración de la actitud de la empresa y los trabajadores en relación con el problema (aceptabilidad, actitud punitiva, desentendimiento, rechazo…).

- Explorar los recursos disponibles en la comunidad (servicios sociales, servicios sanitarios…) Integrar en la documentación los recursos asistenciales de drogodependencias públicos y privados de la C.A., provincia o Municipio.

- Información objetiva y transparente.

- Desarrollo de una estrategia consensuada/ código de conducta/Política o Declaración.
- Detectar posibles factores favorecedores del consumo.

- Detectar factores de protección preventivos: normativa interna sobre alcohol, puntos de agua, por ejemplo.

FASE 2 DE DISCUSIÓN Y DISEÑO DEL PROGRAMA/PLAN

- Establecer los objetivos generales y específicos del Programa/Plan y sus acciones derivadas.

- Establecer los destinatarios y el ámbito de actuación.

- Asignar responsables del Programa (RRHH, Servicio de Prevención, Dirección, Mandos Intermedios, representantes de los trabajadores…).

- Definición de problemas relacionados con el uso problemático del alcohol y otras drogas.

- Establecer normas de conducta consensuadas entre empresa y trabajadores.

- Establecer elementos para la salvaguarda de la confidencialidad y la estabilidad en el puesto de trabajo.

- Procedimientos de actuación ante el problema (prevención-detección-asistencia-Rehabilitación-seguimiento y mejora).

- Campañas gráficas para conseguir en los trabajadores una sensibilización mediante carteles, folletos, materiales audiovisuales etc.

- Información sobre drogodependencias en el trabajo, mediante campañas informativas y cursos formativos a los trabajadores/as.

- Calendario de implantación

FASE 3 DE EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA

EVALUACIONES DE RIESGOS

- Identificación de los factores de riesgo y medidas preventivas a adoptar.
- Evaluaciones específicas de riesgos psicosociales.
- Identificación de los colectivos con riesgo elevado.
- Evaluación adicional del caso concreto.

FORMACIÓN DE MANDOS INTERMEDIOS Y REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES

- Detectar potenciales indicadores de abuso del alcohol y otras sustancias.
- Orientar a los trabajadores y encauzar hacia los dispositivos de ayuda existentes a nivel interno y/o externo.
- Detección precoz.

INFORMACIÓN A LOS TRABAJADORES

- Facilitar información real sobre el consumo de alcohol y otras drogas, sus consecuencias y riesgos en el ámbito laboral.
- Informar sobre las posibilidades que existen para atender los problemas de alcohol y otras drogas.
- Informar a todos los trabajadores de la existencia del plan, previo a su puesta en marcha.

IMPLICACIÓN DIRECCIÓN

- Seguimiento y control del problema.
- Educación para la salud.
- Apoyo al caso concreto.
- Coordinación con las familias, en su caso.
- Coordinación con los servicios externos de la Administración pública correspondiente, respecto a la asistencia en los mismos del trabajador.

FASE 4 DE EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROGRAMA

La evaluación de las intervenciones, tanto durante como después de las mismas, es indispensable para controlar si las actividades planeadas se están realizando tal y como se había planeado y si nuestra intervención está consiguiendo los objetivos que nos habíamos marcado; se basará en los indicadores establecidos durante la fase de planificación y ligados a los objetivos que se quieren obtener.

Por ello, la fase de evaluación debería formar parte de la planificación y ejecución de tales acciones. A partir de la misma podemos corregir las desviaciones que se produzcan durante la ejecución del programa, retroalimentar a los participantes del mismo y mejorarlo.

La evaluación puede incluir desde la opinión y comentarios de los participantes en el programa/plan hasta una revisión más sistemática de los resultados, lo que requiere de:

Un diagnóstico de situación, estableciendo claramente cuál es el punto de partida antes de la ejecución del programa. Estos datos se obtienen durante la evaluación de necesidades.

La evaluación del proceso, mediante la cual se debe seguir de forma atenta cómo se están desarrollando las estrategias seleccionadas, como por ejemplo la aceptación de las medidas, la satisfacción de los destinatarios, la calidad e idoneidad del programa, qué aspectos pueden mejorarse y a quién está llegando el programa.

Esta evaluación ha de tener en cuenta tanto los efectos a corto como a largo plazo. El resultado de esta evaluación debe plasmarse en un informe que ha de comentarse y ser conocido por todas las partes implicadas y servir de base para la revisión y actualización del programa.

DECLARACIÓN DE LA EMPRESA A FAVOR DE LA PREVENCIÓN DE LOS DAÑOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Es recomendable que la actuación de la empresa en esta materia:

- Figure por escrito.
- Notificarla eficazmente a todos los agentes implicados (por ejemplo entregándola junto con la nómina).
- Que tenga el respaldo y sea negociado con los representantes de los trabajadores.

Se trata de una declaración formal de la empresa de su compromiso con respecto al problema del alcohol y otras drogas.

El éxito de las intervenciones en promoción de la salud depende en gran medida de que sean percibidas como una responsabilidad y necesidad empresarial y que se integren en los sistemas de gestión existentes. Uno de los aspectos del compromiso de la Dirección debe ser la existencia de una política/estrategia de salud Integral (ya que los factores que determinan la salud son algo más que los factores de riesgo laborales) y por escrito, ya que ha de servir de base para el desarrollo y evaluación del programa preventivo de la empresa.

Algunos elementos clave de esta política son:

- Constituye el marco de referencia para la actuación y abordaje del problema definiendo claramente los responsables de su ejecución y cumplimiento.
- Debe elaborarse contando con la participación de todos los destinatarios/implicados.
- Define los recursos tanto humanos como materiales que se pondrán a disposición para llevarla a cabo.
- Clarifica y describe el problema en el seno de la empresa así como los principios y objetivos de la intervención.
- Describe el procedimiento de actuación.

- Establece un mecanismo para su evaluación y mejora.
- Dispone de un plan para su difusión y conocimiento.
- Incluir el programa/plan dentro del Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la Empresa.
- La confidencialidad, en consonancia con el Art. 22, Vigilancia de la Salud de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- Debe dejar claro que el abordaje y tratamiento por la empresa de los problemas relacionados con la drogadicción se tratarán como problemas de salud y no como un asunto disciplinario y que la empresa tiene como objetivo proporcionar al afectado/a la ayuda necesaria para que sea capaz de volver a una situación de normalidad y recuperar su bienestar.
- Compromiso por parte de la empresa de la estabilidad en el puesto de trabajo del trabajador/a afectado/a por las drogodependencias, que quieran acogerse al programa/plan.
- Debe incluir un programa de concienciación, formación e información de todos los trabajadores/as y de prevención para evitar el comienzo de situaciones conflictivas.
- Debe definir y concretar qué es lo que se considera como consumo y abuso de sustancias psicoactivas y qué no se considera como tal.

Otro de los de los aspectos del compromiso de la Dirección debe ser informar sobre las intenciones de la empresa con relación a los asuntos como:

- La confidencialidad.
- Mantenimiento y reserva del puesto de trabajo.
- Información de todos aquellos recursos públicos sanitarios existentes en el ámbito geográfico de la empresa.
- Otras cuestiones que se consideren relevantes.

PASOS A SEGUIR PARA EL DESARROLLO DE UNA POLÍTICA DE SALUD EN LA EMPRESA

PASO 1. CREACIÓN DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

Esta Comisión es el grupo de trabajo, formado por representantes sindicales y de la empresa, que recaba las propuestas de los trabajadores/as, trasmite los resultados, discute y define las líneas de actuación del Plan de Prevención y Rehabilitación en drogodependencias para desarrollar las actuaciones que recojan los Protocolos/procedimientos de Actuación que la Comisión elabore para implantar el Plan de Prevención y Rehabilitación de Drogodependencias. Participan en la Comisión Técnica, en calidad de asesores, los Técnicos de Prevención y el Servicio de Prevención Propio y/o Ajeno.

PASO 2. SITUACIÓN ACTUAL

Revisión de las políticas/estrategias actuales y normativa aplicable.
Revisión de las prácticas actuales.
Revisión de la información y formación del personal, apoyo y recursos disponibles.

PASO 3. EVALUACIÓN DE NECESIDADES:

¿Cuáles son las necesidades reales de salud o relacionadas con el tema de la política de salud (nutrición, alcohol y otras drogas legales e ilegales, ejercicio…) tanto observadas como percibidas?

A partir del resultado de la evaluación de necesidades, establecimiento de las prioridades de actuación, cronograma y recursos necesarios.

PASO 4. BORRADOR DE LA POLÍTICA/ESTRATEGIA O REVISIÓN DE LA ACTUAL:

Los temas a discutir deben incluir la información, formación, los objetivos y actividades

derivadas, las responsabilidades, el protocolo de evaluación y la formación del personal a todos los niveles.

Búsqueda de buenas prácticas y modelos a nivel nacional e internacional.

PASO 5. CONSULTA:

Difusión del borrador de la consulta a todos los implicados solicitando comentarios y críticas.

PASO 6. CORRECCIÓN Y ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DEFINITIVO

PASO 7. DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA

Establecimiento de un plan de comunicación de la política en la empresa.

PASO 8. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Para la ejecución de las actividades se deben elaborar procedimientos o protocolos de actuación consensuados en el seno Comité de Seguridad y Salud a través del grupo de trabajo o Comisión Técnica de Prevención de Drogodependencias. Esta Comisión elaborará el Protocolo/Procedimiento de Actuación de Prevención de Drogodependencias y el Protocolo/Procedimiento de Asistencia y Rehabilitación de Drogodependencias en la empresa.

PASO 9. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

Seguimiento de la consecución de los objetivos operativos, cumplimiento del cronograma y aplicación del protocolo de evaluación de resultados.

PASO 10. REVISIÓN Y MEJORA DE LA POLÍTICA

Actualización de la política en base a los resultados y nuevos conocimientos.

RESUMEN / PAUTAS A INCORPORAR EN LOS PROCESOS DE NEGOCIACION COLECTIVA.

Siempre que exista la posibilidad trataremos de contemplar e introducir el desarrollo de un Plan o Protocolo completo; cuando no sea posible, al menos, tendremos en cuenta las siguientes indicaciones:

- Es necesario que la negociación colectiva contemple las drogodependencias como una enfermedad y por tanto, se tenga en cuenta en los Convenios Colectivos y/o convenios de empresa, los factores de riesgo presentes en el trabajo y que pueden predisponer al consumo de sustancias, afectando a la salud de los trabajadores/as.
- Incluir en la evaluación de riesgos los factores psicosociales de organización y condiciones medioambientales (ambientales de trabajo) y de seguridad que pueden inducir al consumo de drogas.
- La actividad preventiva de la empresa ha de contemplar aquellas condiciones de trabajo (procesos, actividades, herramientas…) de las que se deriven hábitos de consumo que puedan conllevar un accidente.
- Preservar la esfera privada del trabajador, respetando su dignidad en lo relativo a pruebas y controles y en cualquier caso, las líneas de tratamiento que esté llevando a cabo; los procedimientos diagnósticos para detectar los problemas de drogas deben ser conocidos y aceptados voluntariamente por los usuarios: la confidencialidad es fundamental.
- No discriminación de trabajadores que necesiten tratamiento; prioridad al tratamiento y rehabilitación frente a actuaciones disciplinarias.
- Derecho a reserva del puesto de trabajo durante el tiempo que dure el tratamiento a aquellos trabajadores que de forma voluntaria y personal decidan acogerse a un programa de rehabilitación.
- Considerar la flexibilidad de horarios y la adaptación de la jornada para facilitar la asistencia a programas de rehabilitación, teniendo en cuenta la necesidad de cada

tratamiento, ambulatorio y/o internamiento, así como para la asistencia a consulta médica y psicológica.

- La interacción entre la familia del enfermo y la empresa, es básica ya que la familia es uno de los agentes esenciales no solo en la detección sino también, en la asistencia y proceso de rehabilitación de la persona drogodependiente. Con permiso del trabajador se podrá establecer esta comunicación con la familia, en aras de favorecer el proceso de rehabilitación y de reinserción laboral.

- Garantizar el mantenimiento de la categoría profesional y las condiciones salariales del trabajador/a afectado durante el proceso de rehabilitación de drogodependencias, así como contemplar en los casos más desfavorables durante el internamiento ó tratamiento ambulatorio para la desintoxicación, de la concesión de alguna ayuda por parte de la empresa.

El tiempo que se dedique al tratamiento y la rehabilitación debería considerarse de forma equivalente a una incapacidad temporal/ licencia retribuida. Los trabajadores con problemas de drogadicción deben tener los mismos derechos en cuanto a apoyo que cualquier otra persona con cualquier problema físico o psicológico.

Limitar al máximo la realización de controles para detectar consumo de drogas y alcohol en las empresas. La realización de pruebas de control, en sí mismas no es la respuesta al problema. La realización de pruebas de consumo de alcohol y drogas sólo será como parte de una estrategia global para mejorar la salud, seguridad y bienestar general de la plantilla dentro de un conjunto de medidas dedicadas a la prevención, la información y la actuación frente al consumo de drogas y alcohol en los lugares de trabajo.

No serán aceptables las pruebas de control como actuación represiva de la que puedan derivarse sanciones.

V. Bibliografía

Legislación Española sobre drogas. PNSD.
http://www.pnsd.msssi.gob.es/

MEDIOS CONTRA EL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN EL TRABAJO.GINEBRA

Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo
Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. 1996.

Neurociencia y Adicción.
Sociedad Española de Toxicomanías .PNSD. 2011.

Manual para la intervención sindical en materia de drogodependencias.
UGT- Asturias.

LORENZO FERNÁNDEZ. P, et al. Drogodependencias: farmacología, psicología, legislación.
3ª ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)
http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm#a4

Organización Mundial de la Salud (OMS) http://www.who.int/es/

Cruz Roja Española sobre Drogas
http://www.sobredrogas.es/portal/page?_pageid=398,12180871&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

Proyecto Hombre
http://proyectohombre.es/

Financiado por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

UGT

www.ugt.es