

GUÍA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN TRABAJADORES-AS DE ATENCIÓN PRIMARIA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

mano a
mano
por tu salud



INDICE

1. INTRODUCCIÓN_pag. 3

- a. Conceptos básicos
- b. Historia y evolución
- c. Marco legislativo.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

- d. Plan Nacional Sobre Drogas

2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD_pag. 9

3. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS DROGAS Y ADICCIONES EN TRABAJADORES/AS EN ATENCIÓN PRIMARIA_pag. 10

- a. Clasificación de las sustancias y tipos de drogas

- i. Clasificaciones

- ii. Tipos de sustancias, uso, abuso y efectos sobre el organismo

- iii. Efectos sobre la mujer

- b. Abuso, adicción y dependencia.

4. FACTORES DE RIESGOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA_pag. 17

5. DIFERENTES ADICCIONES EN LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS REPERCUSIONES_pag. 21

- a. Influencia del consumo de las diferentes sustancias en el ámbito laboral

6. PLAN DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIA Y ADICCIONES_pag. 24

- a. Papel fundamental de delegados y mandos intermedios en la actuación de prevención de drogas.

- b. Habilidades fundamentales para la detección y acercamiento a trabajadores/as con problemas de drogadicción.

- c. La negociación colectiva y sensibilización en Atención Primaria

- d. Niveles de prevención y sus diferentes formas de actuación

- e. Recursos preventivos

7. PARA CONTACTAR O CONOCER MÁS. ENLACES Y REFERENCIAS_pag. 29

1. INTRODUCCIÓN

En Atención Primaria, prestan servicios numerosas categorías profesionales, tanto sanitarios (médicos, enfermeros, farmacéuticos, veterinarios, fisioterapeutas, matronas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería,...) como personal de gestión y servicios (técnicos auxiliares administrativos, trabajadores sociales, celadores,...). Todos ellos trabajan en un proyecto global, dar asistencia sanitaria de carácter universal a la población general.

La problemática del trabajo en equipo, las fuertes demandas interpersonales que exigen reaccionar y adaptarse al estrés de manera efectiva, las competencias, el cansancio emocional, la despersonalización, la baja realización personal o la falta de motivación e insatisfacción a la realización de las tareas propias, la atención diaria al usuario, las críticas, el miedo, pueden agravarse por otros riesgos psicosociales como el ambiente físico, las largas jornadas laborales, horarios, ritmos cambiantes, o la monotonía y repetitividad de ciertas tareas.

Abordar la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas conjuntas del servicio de salud, servicios de prevención, trabajadores y representantes sindicales. Afrontar el tema de la prevención de las drogodependencias exige un meticuloso estudio, que incluya las variables que afectan a cada trabajador/a, ya sean variables individuales: sexo, edad o variables laborales: profesión, lugar de trabajo, condiciones de trabajo, factores psicosociales, entre otras.

En conjunto, desde la complejidad en la realización de competencias, hasta la percepción de peligrosidad, pasando por una organización del trabajo que implique una variabilidad de las funciones a lo largo de la carrera profesional, generan condicionantes de riesgo por afloramiento de problemas desadaptativos y en consecuencia la posibilidad de utilizar el recurso del uso y abuso de medicamentos psicoactivos o de sustancias ilícitas para superar los problemas.

a. CONCEPTOS BÁSICOS

La drogodependencia es un proceso que se va construyendo en el tiempo, y es el resultado de la interrelación entre el individuo y su entorno pasado, presente y futuro; por tanto, es un error reducir este proceso a la expresión de una “lista de términos”; más bien, éstos deberían servirnos para acercarnos en toda su complejidad a la realidad de las drogas y la drogodependencia. Para el acercamiento a las drogodependencias, como en otras materias, existen unos términos específicos cuyo significado es necesario conocer para poder entenderse en este tema; no obstante, conocer únicamente la definición de estos términos no supone comprender la complejidad de las drogodependencias. En este apartado se definirán los conceptos más comúnmente utilizados cuando se trabaja en drogodependencias para poder hacer un uso preciso de los mismos:

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 de funcionamiento. El período de desintoxicación física es variable para cada droga.

DEPENDENCIA FÍSICA: relacionado con la ADICCIÓN. Es el estado fisiológico alterado, que se manifiesta cuando se suprime bruscamente el consumo de la droga, pudiendo aparecer intensos trastornos físicos, como el llamado síndrome de abstinencia agudo, y que desaparecen cuando se reanuda el consumo de la misma.

DEPENDENCIA PSÍQUICA: relacionado con la HABITUACIÓN. Es la necesidad irreprimible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia de forma regular o continuada, para producir placer o evitar el malestar, a pesar de los costes personales que ello conlleve. Se utiliza como sinónimo de hábito, es decir, conducta repetitiva, motivada en un principio por la falta de sustancia en el cuerpo y posteriormente por la exposición a estímulos y conductas que recuerdan el consumo.

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.

DROGODEPENDENCIA: según la OMS, el estado psíquico y, a veces físico, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones; comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. Está caracterizada por: un deseo irresistible (compulsión) a continuar procurándose la sustancia; tendencia a incrementar la dosis (tolerancia); aparición de dependencia física y/o psíquica según la sustancia consumida.

Los factores que influyen a la hora de que pueda generarse una dependencia son:

Las características personales, antecedentes de consumo, la naturaleza del entorno sociocultural inmediato o general, los efectos sobre el organismo de la sustancia (cantidad, vía de administración, frecuencia de uso...).

TOLERANCIA: proceso por el cual el organismo se habitúa al uso continuado de una sustancia, con lo que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico o psicológico que se alcanzaban anteriormente con una dosis mínima, ahora el individuo debe tomar una dosis mayor. De esta forma el organismo requiere cada vez y progresivamente una mayor cantidad de droga.

DEPENDENCIA SOCIAL: necesidad de consumir como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros.

DROGA: toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, pudiendo producir un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos.

MEDICAMENTOS: son sustancias orientadas a usos terapéuticos, es decir, aquellas sustancias utilizadas para prevenir, y curar una enfermedad o controlar ritmos biológicos, siempre con fines médicos y orientación sanitaria. Existen medicamentos psicotrópicos como los tranquilizantes, barbitúricos u otros.

REINSERCIÓN: es la integración del drogodependiente 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.

RECAÍDA: es la situación en la que un drogodependiente que había optado por la abstinencia vuelve a consumir droga. Son frecuentes y se han de valorar adecuadamente, ya que muchas veces no significan un retorno a la situación anterior. Si se las detiene adecuadamente pueden representar una reafirmación en la abstinencia.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: conjunto de síntomas y signos desagradables de carácter físico y psicológico, que aparecen cuando, de forma brusca, se deja de consumir la droga que se tomaba habitualmente y de la que se es dependiente. Es específico de cada droga y expresa un cuadro de carácter contrario al producido por la droga. El síndrome de abstinencia producido por la heroína es el más evidente y característico aunque es sin embargo el producido por el alcohol, el que reviste más gravedad, ya que suele requerir hospitalización y es el que provoca más muertes.

TOLERANCIA CRUZADA: fenómeno por el cual la administración repetida de una sustancia provoca tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo, o a veces, de otro grupo farmacológico.

SOBREDOSIS: consumo de una sustancia en una cantidad mayor a la que tolera el organismo en un corto espacio de tiempo (intoxicación aguda). Puede llegar a causar la muerte en los casos en que no se atiende con rapidez. La sobredosis no es sólo el consumo de una dosis alta; una reacción tóxica a una droga también se considera sobredosis. La reacción de una misma dosis depende de las características del consumidor.

USO Y ABUSO (Riesgo de uso): por uso entendemos aquella modalidad de consumo en la que, por el tipo de sustancia consumida, por la cantidad, o por las circunstancias en las que se produce el consumo, no conlleva consecuencias negativas inmediatas sobre la persona. El abuso de drogas significa un uso inadecuado, susceptible de dañar física, psíquica y/o socialmente a la persona.

b. HISTORIA Y EVOLUCIÓN

El uso o consumo de sustancias para intentar alterar el estado de conciencia ha ido unido a la propia historia del hombre, intentando escapar de los problemas, dificultades que presenta la vida diaria, convirtiéndose hoy en día en otro gran problema a nivel mundial y que afecta tanto a nivel personal, familiar, social, laboral, sanitario....

El fenómeno de las drogas ha experimentado en los últimos años un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En nuestro país en la actualidad las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, en contraposición con los años 80 en los que, fundamentalmente la heroína, estaba asociada a la marginalidad y delincuencia.

EVOLUCION DE LAS DROGAS

TABACO.- Droga estimulante del sistema nervioso central. La nicotina, su principal componente posee un gran poder adictivo, causa que produce la dependencia. Vida media de dos horas en sangre y a medida que disminuye su concentración se incrementa el deseo de fumar. Hay que tener en cuenta los efectos inmediatos, los riesgos a largo plazo y las situaciones de riesgo especial, fumadores pasivos y la nueva Ley de prohibición de fumar en espacios públicos cerrados.

ALCOHOL.- Droga depresora del Sistema Nervioso Central (SNC), que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Su abuso produce en un primer momento euforia y desinhibición por lo que puede confundirse con un estimulante. Hay que distinguir el tipo de bebidas, destiladas y fermentadas y el grado de concentración de alcohol. Efectos inmediatos, riesgos a largo plazo...

CANNABIS.- Extraída de una planta su resina, se elaboran drogas con ella; entre las más consumidas en España están el hachís y la marihuana.

COCAÍNA.- Potente estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC), y una de las drogas más adictivas y peligrosas. Se obtiene a través del proceso químico de las hojas de coca. A finales del s.XIX se aisló el principio activo de ésta, y así surgieron diferentes formas de consumo: esnifada, fumada, inyectada.... Diferentes preparados la presentan como polvo o clorhidrato de cocaína, basuko o pasta de coca (para fumar), crack o cocaína base, se fuma y su efecto es rápido, intenso y breve.

HEROÍNA.- Droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio, que fue sintetizada buscando un analgésico potente que no tuviera el poder adictivo de la morfina, aunque pronto se comprobó que esto no era así, sino que era superior. Posee un gran riesgo de intoxicación, ya que se ve adulterada en la mayoría de los casos, con quinina, bórax, azúcar..... Puede fumarse, inyectarse o inhalarse; las dos primeras vías son las más rápidas en producir efectos en el cerebro, va aumentando el nivel de tolerancia por lo que cada vez necesitan más cantidad de sustancia para conseguir los mismos efectos.

SÍNTESIS.- Con este calificativo se conoce al amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química. Contienen distintos derivados anfetamínicos, y otras sustancias que producen efectos estimulantes /o alucinógenos de intensidad variable, y que se encuentran en el mercados en diferentes formas, pastillas, capsulas, polvo, líquido.... Muchas de ellas descubiertas por compañías farmacéuticas y que fueron abandonadas por poseer un gran potencial de efectos indeseables. Al fabricarse en laboratorios clandestinos, se desconoce su composición, lo que hace muy difícil su tratamiento pues los efectos no son claramente previsibles.

ABORDAJE DEL PROCESO

Es necesario, a título de introducción, realizar una sintética revisión histórica sobre el abordaje de las toxicomanías en nuestro país, para detallar su evolución.

Años 60-70

Es conocido que en estos años el consumo de drogas se limitaba a grupos y personas muy definidas, aunque sí se observaba un crecimiento del problema del abuso de tabaco y alcohol. Esto hace que algunos profesionales de la salud mental, entre ellos psicólogos, comiencen a tener un interés por el tratamiento del alcoholismo.

Puede decirse que el abordaje del alcoholismo en estos años es el germen del futuro tratamiento especializado de las drogodependencias.

Años 70-80

Algunos de los equipos creados llegan a consolidarse en esta tarea hasta el punto que se convierten en auténticas escuelas para otros profesionales deseosos de una formación en este terreno.

Hasta prácticamente los años 80 la cobertura asistencial, con variaciones en las distintas Comunidades Autónomas, estuvo centrada casi exclusivamente en el sector psiquiátrico y en algunas instituciones privadas y benéficas.

En 1977, a instancias del Ministerio de Gobernación, se constituye una Comisión Interministerial con el fin de realizar un informe sobre la situación de las drogodependencias en España. Las medidas propuestas apenas fueron tenidas en cuenta, con excepción de los aspectos represivos.

En general existía un déficit importante de formación entre los profesionales, y una falta de coordinación y recursos entre los que en aquel momento trabajan en este ámbito. Tan sólo en el País Vasco y en Cataluña existían programas más o menos integrados.

Años 80-85

Es a principios de los años 80 cuando empiezan a aparecer los primeros centros de tratamiento por la geografía española, situándose en las poblaciones con mayor densidad.

Con el modelo de atención utilizado en el alcoholismo, se pone en marcha un modelo de tratamiento donde se adolece aún de una formación específica producto de la ausencia de cursos de formación y de los escasos contactos entre los diversos profesionales.

Entre las características del modelo puesto en marcha destacan: rigidez de las fases de desintoxicación - deshabituación – reinserción; énfasis en el alejamiento del contexto habitual (creación y auge de las comunidades terapéuticas) y el objetivo absoluto de la abstinencia.

Se confirma una incipiente organización en la que conviven profesionales de la salud y del trabajo social y educativo, desarrollada en centros públicos con dependencia de municipios, diputaciones, autonomías, etc.

En este momento cuando surgen los Centros Municipales de Promoción de la Salud.

Es el momento de la ilusión política, se habla de bienestar como concepto de salud, y en todos los equipos se respira ilusión por un trabajo totalmente nuevo.

Las intervenciones están centradas en la realidad que rodea a la adicción a las drogas, de ahí la importancia de los conceptos de globalidad, multifactorialidad, interdisciplinariedad, etc. En esta intervención se dan dos modelos que empiezan a despuntar: el psicosocial y el psicodinámico.

Son los Ayuntamientos los que cubren fundamentalmente la tarea asistencial.

Años 85-90

En julio de 1985 el Gobierno Español aprueba el Plan Nacional Sobre Drogas con el propósito de ordenar y planificar las acciones emprendidas por las distintas administraciones para hacer frente a las drogodependencias, favoreciéndose la aparición de centros especializados y/o ampliación de los servicios ofrecidos por las redes sanitarias y sociales.

Coincidiendo con ello existe un desarrollo de los planes autonómicos que orientan la política social a llevar a cabo, donde el eje principal va a ser el centro ambulatorio, con cauces y canales hacia otros recursos (unidades de desintoxicación, comunidades terapéuticas,...)

Años 90

Esta etapa ya más reciente se caracteriza entre otras cosas por la consolidación de recursos. En convivencia con los programas “libres de drogas” aparecen los de “disminución de riesgos”, y con ello se abren nuevos campos de intervención y nuevas vías para el trabajo de prevención en drogodependencias.

c. MARCO LEGISLATIVO. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

El punto de partida para el marco legislativo sobre política preventiva en relación con drogas tiene como base los principios generales de las políticas sobre Salud y Seguridad en el trabajo, que tienen en cuenta los siguientes factores:

- Los empresarios tienen el deber de proteger la salud de sus empleados.
- El trabajador deberá velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional.
- Tanto el alcohol, el tabaco 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, tabaco y otras drogas, puede deteriorar el ambiente laboral y la eficacia de una empresa.

El marco constitucional español está basado en la normativa europea, que 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), introduce 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 los siguientes textos legales básicos en materia de prevención de riesgos:

La 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).

Real Decreto 337/2010, de 19 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997.

En la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, Capítulo III, Artículo 15, establece las siguientes responsabilidades básicas por parte de los empresarios:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Planificar la prevención.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Además de este marco normativo, debemos señalar una iniciativa específica para orientar el tratamiento de los temas relacionados con las drogas en el mundo laboral: el “Convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; C.C.O.O., U.G.T. y C.E.O.E. para la prevención de drogodependencias en el ámbito laboral” de 1997. En él, los principales actores del mundo laboral, así como la administración española responsable de la política sobre drogas orientan y matizan diversos aspectos contemplados en la legislación española.

d. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

“El PNSD es una iniciativa gubernamental creada en 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas (AA.PP.) y entidades sociales en España”. En la actualidad, esta iniciativa se plasma de manera concreta en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (ENSD) que es “un documento consensuado y aprobado por la Conferencia Sectorial sobre Drogas, que representa el gran acuerdo institucional, social y científico para garantizar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español”. En su elaboración “se apuesta decididamente por un abordaje de salud pública... por un planteamiento integral de todas las intervenciones... en todos los ámbitos... y la garantía de la asistencia sanitaria con el establecimiento de un circuito terapéutico en directa conexión con los servicios sociales y los laborales”.

Sus **principios rectores** son:

- La consideración de la evidencia científica
- La participación social
- La intersectorialidad (incluyendo la cooperación de los agentes)
- La integralidad de los distintos objetivos estratégicos
- La equidad en el acceso a los programas y servicios
- El enfoque de género (incorporado a los objetivos y acciones)

Entre sus objetivos generales está la Reducción de la Demanda y, dentro de ella, la Prevención, que actuará sobre distintas “Poblaciones diana”, entre las que se encuentra la población laboral. A este respecto, dice que la prevención 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 y sus representantes (sindicatos) conjuntamente con los Servicios de Prevención”. Y haciendo mención expresa de las Administraciones Públicas (AA.PP.), destaca la preocupación de éstas por la salud de sus empleados públicos plasmada en “programas de responsabilidad social, como extensión de los programas de prevención de riesgos laborales o como programas específicos de promoción de la salud en el trabajo”.



2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD

En la actualidad, el concepto de salud ha cambiado con respecto de la idea que se ha tenido sobre ella desde épocas ancestrales. Originalmente se relacionaba el concepto de salud con el de enfermedad, no obstante, ha evolucionado hasta un concepto relacionado con la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo.

Como concepto universal, se tiene tal vez una idea más acabada acerca del término salud, en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su carta fundacional de 1948, cuando se afirma que responde a: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” Se establece que la salud es un derecho de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural. Este concepto se puede completar con las diferentes acepciones de la Real Academia: “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, “Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”, “Libertad o bien público o particular de cada uno”.

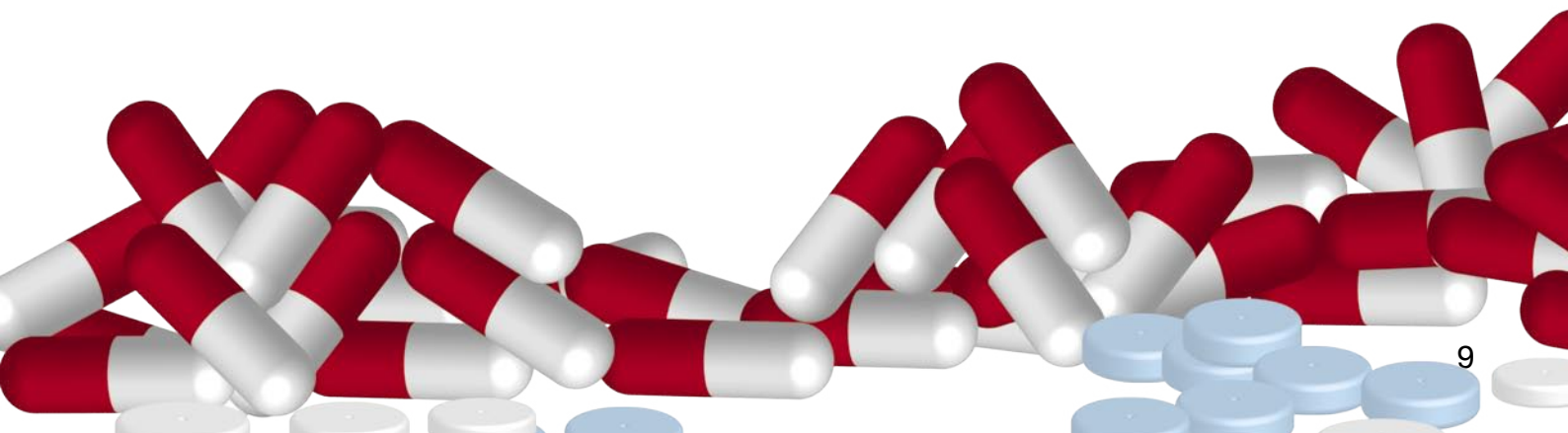
Teniendo en cuenta estas definiciones, podemos destacar la importancia de las dimensiones física, mental, social y espiritual para entender el concepto de salud.

Se deduce pues que históricamente el concepto salud ha sido vinculado con la definición de enfermedad, haciéndose en muchos casos muy difícil establecer límites entre ambos términos.

El consumo de drogas es un fenómeno antiguo, si bien ha pasado por distintas etapas y ha variado con ellas el consumo, su utilización se fomenta con la presentación social que se da de ellas, así como los mensajes de atracción a los potenciales consumidores. La población en general se encuentra afectada o sensibilizada por los factores de riesgo (ambientales, del individuo y de su relación con el entorno), así como por los factores de protección (que son características individuales que reducen las probabilidad de uso de drogas).

Los tiempos cambian y en lo que respecta a la salud puede decirse que una mejora fundamental ha sido considerarla como algo integral, es decir, que se deben tener en cuenta todas las vertientes o facetas de la persona, a nivel físico, psíquico y social.

La Directiva Europea 89/391/CEE dio paso a nuestra ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y se trasladaron así los principios preventivos de la salud al ámbito del trabajo. Se intenta garantizar, por tanto, que las personas puedan hacer efectivo este derecho en un entorno que, en la historia de la humanidad, ha sido mayor motivo de deterioro que de realización, más de desgaste que de satisfacción, y en suma, más insalubre que saludable.



3. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS DROGAS Y ADICCIONES EN TRABAJADORES/AS EN ATENCIÓN PRIMARIA

a. CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS Y TIPOS DE DROGAS

i. CLASIFICACIONES

Es importante, desde una perspectiva científica, establecer una clasificación de las drogas. Pero en lo que respecta a la prevención necesitamos conocer los efectos que estas sustancias tienen sobre la salud y la conducta.

Podemos así clasificarlas en cuanto a su legalidad, a su peligrosidad, poder adictivo, por su grado de dependencia, o sus repercusiones orgánicas o psicológicas, su composición química, ...No obstante utilizaremos como referente la clasificación, en función de sus efectos que estas sustancias tienen sobre el Sistema Nervioso Central.

Según el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se distinguen 11 tipos de sustancias psicoactivas asociadas al abuso y dependencia:

Alcohol
Alucinógenos
Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar
Cafeína
Cannabis
Cocaína
Fenciclidina y arilciclohexilaminas de acción similar
Inhalantes
Nicotina
Opiáceos
Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Pero si preferimos agrupar estas sustancias en función de los efectos que producen sobre el organismo, estableceríamos la siguiente clasificación:

OPIACEOS
DEPRESORES (alcohol, barbitúricos, hidrato de cloral, paraldehido y clormetiazol)
TRANQUILIZANTES (benzodiazepinas)
ESTIMULANTES (cocanina, cafeína, anfetaminas y algunas drogas de síntesis)
ALUCINOGENOS

ii. TIPOS DE SUSTANCIAS, USO, ABUSO Y EFECTOS SOBRE EL ORGANISMOS

OPIACEOS

Deprimen el Sistema Nervioso Central. La Heroína es el opiáceo más consumido como droga de abuso y que mayores riesgos conlleva su uso. Se puede consumir fumada, intravenosa o inhalando sus vapores. Los efectos son, sensación de placer, seguida de un episodio de euforia, relajación y desconexión del medio que le rodea.

Tenemos otros opiáceos conocidos como la codeína, morfina, fentalino, meperidina, que encuentran utilidades terapéuticas en el tratamiento a pacientes con dolor.

¿Cómo puedo detectar el consumo agudo de opiáceos?:

Miosis (pupilas puntiformes), sedación, dificultad respiratoria.

¿Cómo puedo detectar un síndrome de abstinencia a estas sustancias?

Midriasis (pupilas dilatadas), ansiedad, nerviosismo, necesidad de consumir, dolor corporal.

Aunque el síndrome de abstinencia no es mortal, sí tiene una presentación alarmante, y suele necesitar de fármacos para calmar la ansiedad (neurolépticos y benzodiazepinas).

ALCOHOL

Es sin duda la droga más consumida en la sociedad, y cabe reseñar que los grados de cada bebida alcohólica corresponden al porcentaje de etanol que presenta la bebida.

¿Cómo detectamos el exceso de consumo de alcohol?

El alcohol al ser un depresor del SNC pero a bajo consumo suele producir estimulación y desinhibición.

La sintomatología es diferente en el bebedor esporádico, que a bajo consumo; se inicia con euforia, locuacidad e incoordinación. Y cuando va aumentando la ingesta responde con disartria (trastorno del habla), ataxia (descoordinación de movimientos), somnolencia y diplopía (visión doble), para avanzar hacia la agresividad, vómitos o lenguaje incoherente y coma.

Si el consumidor de alcohol es crónico, a poco consumo no encontramos efecto necesitando altas concentraciones de alcohol para encontrar cierta incoordinación y somnolencia. Y para llegar al coma etílico necesita de mucha más concentración de alcohol en sangre.

El alcohol produce innumerables problemas en el organismo como consecuencia de su abuso, como alteraciones cardiovasculares, gástricas (gastritis, reflujo, esofagitis, pirosis, pancreatitis, cirrosis...), alteraciones hematológicas (anemias, neutropenias o disminución aguda o crónica de granulocitos de la sangre), a nivel óseo y muscular (dolores y alteraciones) a nivel metabólico (hipoglucemias, aumento de los ácidos grasos...)

A su vez el alcohol, en mujeres embarazadas es capaz de producir en el feto un síndrome alcohólico fetal, a consecuencia de la capacidad de atravesar la barrera placentaria.

La desintoxicación produce muchos síntomas, siendo los más importantes:

- Delirium, es la forma más grave y tiene alto riesgo de mortalidad; presenta hipertermia, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, alucinaciones visuales y táctiles.
- Síndrome de wernike-korsakoff. Producido por un déficit de tiamina, desarrolla una encefalopatía que se caracteriza por ataxia (descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo), pérdida del equilibrio, alteraciones oculares e incluso alteración de la memoria reciente.

Para valorar el consumo se recurre a una objetivación de medida que se denomina Unidad de Bebida Estándar (UBE) y que equivale a 10 g de alcohol puro, que es lo que incluyen, aproximadamente, una caña de cerveza (200 ml) o una copa de vino (100 ml). Lógicamente, conforme sube la graduación de la bebida, se incrementan las UBE por cada copa ingerida (por ejemplo, un combinado llevaría, al menos, 2 UBE). Así, la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) considera que sería “población de alto riesgo” el hombre que consuma diaria y habitualmente 5 UBE y la mujer que consuma 3 UBE, aunque el riesgo ya existe con el consumo de 3 y 2 UBE, respectivamente.

La OMS describe como:

- consumo perjudicial el que es superior de 60g al día para hombres y de 40 gr. al día para mujeres.
- consumo de riesgo de: de 40-60 gr./ día (4-6 UBEs) para hombres y de 20-40 gr./día para mujeres (2-4 UBEs)

Un fenómeno que no es nuevo, pero que está aumentando considerablemente, es el del “atracción de alcohol” (binge drinking) que consiste en el consumo de 5 o más UBE en un intervalo aproximado de dos

horas. Casi el 20% de hombres y el 7,7% de mujeres reconoce haber realizado esta práctica alguna vez en el último año.

Esta forma de beber compulsivamente ha sustituido y parece estar superando la figura del “bebedor social”, de tal forma que, aunque el número de estos últimos desciende, el de bebedores de “atración” suple su descenso en la estadística global. Otra novedad en la fenomenología del consumo es la importancia del número de jóvenes que hacen “uso concomitante” de otras sustancias, como la cocaína o el cannabis, con lo que la sintomatología y evolución del problema se hace más variable y difícil de manejar.

Además de la cantidad de alcohol consumida, existen otros indicadores del consumo problemático, sobre los que se incide en los distintos cuestionarios que se utilizan para valorarlo. Por ejemplo, el más sencillo, el CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluación) pregunta por cuatro situaciones concretas:

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para librarse de una resaca?

Otros cuestionarios son mucho más exhaustivos en la exploración y recogen tanto cantidades, como frecuencias, situaciones/momentos de consumo, repercusiones en la salud física, interferencias con el desempeño de tareas, ausencias y conflictos en el ámbito laboral, percepción subjetiva del problema, etc.

COCAÍNA

Es un alcaloide que se obtiene de la planta de coca y estimula el sistema nervioso.

Sus efectos tienen una vida muy corta, y desde el principio produce euforia intensa.

¿Cómo podemos detectar su consumo agudo?

Por la aparición de los siguientes síntomas:

Estado de alerta, euforia y agitación; distorsión de la capacidad de juicio, pupilas dilatadas, aumento de la frecuencia cardíaca, de la temperatura y de la tensión arterial.

Puede convulsionar, tener diarreas explosivas, alucinaciones, insomnio e incluso episodios psicóticos.

En el síndrome de abstinencia podemos encontrar depresión, abatimiento, ansiedad, irritabilidad, deseo de consumo...

ANFETAMINAS

Aunque el efecto estimulante es menor que el de la cocaína, la duración del efecto es mayor, siendo el coste económico menor. De ahí que esté aumentando el consumo de estas sustancias.

¿Cuáles son sus efectos sobre el organismo?

Sus efectos, similares a la cocaína, y derivados de la sobre estimulación del sistema nervioso central, (nerviosismo, ansiedad, inquietud, anorexia, taquicardia, dilatación pupilar, sequedad de boca, hipertermia, arritmias, insomnio...

ALUCINÓGENOS

Derivados de distintas sustancias como peyote, hongos cornezuelo de centeno... producen distintos efectos de carácter alucinatorio.

LSD, ¿cuales son sus efectos sobre el organismo?

Es una droga que fue muy utilizada por los jóvenes en los años 70 y 80, en la que encontramos efectos psicodélicos, agitación, delirium. Encontramos midriasis (dilatación de la pupila), piloerección (estimulación que provoca la contracción de los músculos erectores del pelo unidos al folículo piloso), temblor, taquicardias, incoordinación, ataxia (descoordinación en los movimientos). Y suelen ocasionar recidivas espontáneas de imágenes “ya sin presencia de la sustancia” en consumidores crónicos.

CANNABINOIDES

El cannabis es una de las drogas más usadas.

¿Como sé que esta consumiendo cannabis?

Entre los efectos físicos derivados del consumo encontramos: tos seca, taquicardia, ojos rojos, irritación gastrointestinal, disminución de la sensibilidad en los miembros. Y como efectos psíquicos, desorientación e incapacidad para concentrarse.

TABACO

El tabaco, tal y como se consume mayoritariamente en nuestra sociedad (cigarrillos) contiene una gran cantidad de sustancias, unas naturales y otras añadidas, cuyas consecuencias para el organismo son conocidas por todos. Para comenzar, una de ellas es la más adictiva de las que hemos visto en esta Guía: la nicotina.

La regulación del consumo en espacios públicos (Ley 28/2005, modificada por Ley 42/2010) prohíbe fumar en las dependencias de las Administraciones Públicas y en los centros de trabajo, lo que muy probablemente hará que disminuya el consumo (lo que ha eliminado, sin duda, es el perjuicio permanente sobre quienes compartían lugares de trabajo con los fumadores)

¿Cuáles son los efectos del tabaco?

El cigarrillo puede contener hasta 4000 sustancias, que tienen un efecto nocivo para el organismo. Así, el alquitrán es un potente agente cancerígeno, y el monóxido de carbono desprendido de la combustión impide que la hemoglobina realice adecuadamente el aporte de oxígeno a los tejidos.

La lista de enfermedades, destacadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ocasiona el tabaco es muy larga e incluye, entre las más frecuentes: cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardíacas y complicaciones en el embarazo. El número de muertes atribuidas al tabaquismo y la larga lista de enfermedades ligadas a él, ya no son datos discutidos por nadie, ni siquiera por las compañías tabaqueras, obligadas desde hace poco a la inclusión en sus productos de información gráfica sobre los efectos letales de su consumo.

DROGAS DE DISEÑO

Muchas sustancias tienen cabida en este apartado, principalmente derivado de las anfetaminas o derivados opiáceos de origen sintéticos.

¿Cuales son sus efectos sobre el organismo?

Sus efectos sobre el organismo son la estimulación nerviosa, desinhibición, ansiedad, taquicardias, alucinaciones, aumento de la tensión arterial, dilatación pupilar, sequedad de boca, trismos (cierre de la mandíbula) bruxismo (rechinar de dientes) y deseo imperioso de micción.

FÁRMACOS DE USO FRECUENTE

Ansiolíticos o tranquilizantes menores

Habitualmente usados para tratar las neurosis, la etimología de su nombre, ansiolíticos, significa “liquidador de la ansiedad”. En el mercado español se comercializan con distintos nombres.

Según estadísticas farmacológicas actuales, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave.

En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño; también algunos se usan como relajantes musculares.

Producen letargia, estupor y coma, con relativa facilidad. En caso de adicción pueden inducir a la aparición de alteraciones hemáticas.

Al abandonar su consumo pueden aparecer episodios depresivos, desasosiego o insomnio, que suelen ser muy duraderos.

Somníferos o barbitúricos

Su uso puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio.

La intoxicación aguda puede llegar a provocar la muerte, que sobreviene por lesión del cerebro debida a la falta de oxígeno y a otras complicaciones derivadas de la depresión respiratoria.

Grandes narcóticos

Existen varias sustancias usadas en anestesia general que merecen estar incluidas en este grupo por su capacidad de producir sopor o estupefacción, mayor que la de cualquier estupefaciente en sentido estricto. En dosis leves producen una primera fase de excitación cordial, como el alcohol, y luego sedación y sopor.

ESTIMULANTES VEGETALES

El café, el té, el mate, la cola, el cacao y la coca son plantas que crecen en muchas partes del mundo. El cacao era consumido por los aztecas debido a su contenido de cafeína y de teobromina. Sin embargo, los chocolates actuales no suelen contener estos alcaloides.

El consumo abusivo de café puede causar hipertensión y gastritis, sin contar con que también contiene alquitranes cancerígenos.

Aunque los estimulantes vegetales son considerados inocuos, conviene moderar su consumo ya que se trata de sustancias susceptibles de producir efectos secundarios nocivos.

Coca

La coca es consumida mascándola con algún polvo alcalino como cenizas de vegetales o cal. También es fumada tanto sola como mezclada con tabaco y marihuana. Su repercusión sobre el Sistema Nervioso Central es menor que el de la cocaína, dado que para extraer un gramo de esta sustancia se necesitan 160 hojas de coca.

Los efectos que puede producir son: euforia, inestabilidad, aumento de la comunicación verbal y de la seguridad en uno mismo, inquietud, anorexia, insomnio e hipomanía (estado afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente alzado, expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal)

Café, té, colas

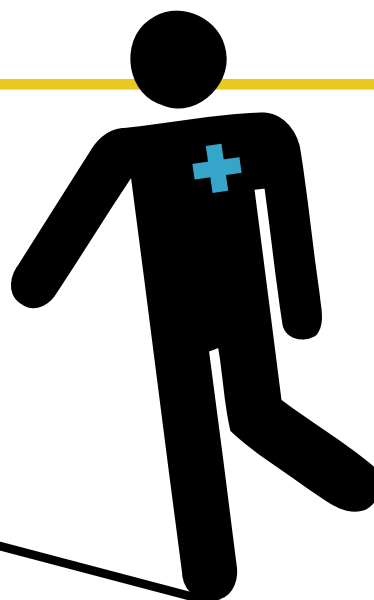
Son estimulantes del Sistema Nervioso Central, cuya sustancia activa es la cafeína. Los efectos buscados por el consumidor son el aumento de la agudeza mental; a largo plazo pueden suponer el agravamiento de problemas orgánicos. No son adictivos físicamente, pero sí psicológicamente.

iii. EFECTOS SOBRE LA MUJER

LA MUJER TRABAJADORA Y EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

“El modelo tradicional de roles femenino y masculino... sigue todavía influyendo y distorsionando el conocimiento y el análisis de la realidad de los consumos de drogas”. Es cierto que no existen muchos estudios estadísticos que aborden el problema desde la perspectiva específica de la mujer y, aún menos, de la mujer trabajadora. La EDADES 2007-2008 corrige en parte este sesgo y nos ofrece datos muy útiles al respecto. Pero aún son más escasos los estudios fenomenológicos que valoren los procesos de uso, la sintomatología propia o las consecuencias de las drogas en la mujer. En cualquier caso, las diferencias ideológicas y psicológicas se manifiestan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres con respecto al uso de sustancias.

En cuanto a tipos de sustancias y formas de administración, por ejemplo, en las mujeres las drogas más consumidas son el alcohol y los psicofármacos y es más frecuente el consumo por vía oral. En cuanto a la percepción social del consumo, es más tolerado el uso de los psicofármacos que el de alcohol (ya dijimos que el abuso de psicofármacos es fácil que pase inadvertido). Otro dato significativo es que, aunque el porcentaje de mujeres con problemas de abuso/dependencia es menor que el de hombres, la gravedad que éstos alcanzan en la mujer aconsejan una atención específica. A continuación repasaremos algunos efectos específicos de varias sustancias en las mujeres.



Tabaco: por su efecto antiestrógenico incide muy negativamente en patologías relacionadas con estas hormonas (menopausia, osteoporosis, quistes ováricos y de mama, cáncer de útero, etc.) Y aunque reduce el riesgo de cáncer de endometrio, cuando éste aparece tiene una evolución más desfavorable. El aumento del tabaquismo entre las mujeres ha incrementado muy significativamente otras enfermedades oncológicas y cardiovasculares que parecían propias de los hombres. Además, reduce la fertilidad y adelanta la menopausia de manera muy significativa.

Alcohol: ya hemos mencionado los efectos del alcohol sobre el organismo y también la mayor sensibilidad de la mujer al respecto. Esto se debe a las diferencias de metabolización del alcohol en la mujer, que tiene menos enzimas metabolizantes, más tejido graso y menos sangre y agua. Si a ello añadimos las peculiaridades hormonales, se entiende que la evolución del alcoholismo en la mujer es más rápida, además de ocasionar trastornos en la ovulación, con un adelanto de la menopausia.

Cannabis: también la mujer suele ser más vulnerable debido al proceso de absorción y metabolización, que hace que a igual cantidad consumida, la mujer tenga mayores niveles en sangre. Por la diferencia de niveles de estrógenos, los efectos sobre las funciones cerebrales también son distintos. Algunos efectos físicos específicos son la reducción de los ciclos ovulatorios y la aparición de galactorrea (secreción de las mamas).

Heroína: aunque no hay datos concluyentes, los estudios realizados apuntan a un más rápido desarrollo de la adicción, un consumo mayor y una mayor frecuencia de prácticas de riesgo. Como todas las demás sustancias, afecta tanto al ciclo menstrual, como al embarazo.

b. ABUSO, ADICCIÓN Y DEPENDENCIA.

Hemos descrito los efectos de algunas drogas y entre ellos hemos destacado su peligrosidad en función de la capacidad adictiva que tienen, así como sus efectos.

Esta adictividad depende de dos factores:

Uno está en relación a los efectos químicos y fisiológicos de la sustancia.

Otro subjetivo, que tiene que ver con la capacidad de refuerzo positivo que ejerce sobre la persona.

Por eso, al hablar de tipos de drogas no hay que perder de vista la experiencia e historial de consumo del individuo con respecto a la sustancia o sustancias consumidas, porque, al fin y al cabo, para valorar, pronosticar y tratar, una clasificación vale de poco si desconocemos cómo se inició el consumo, en qué circunstancias personales y sociales, que problemas ha conllevado o con qué recursos se cuenta para superarlo.

Algunas de las nociones generales que también conviene conocer son las de uso, abuso y dependencia. Parece evidente que no por el hecho de probar (uso) una droga, una persona acaba siendo drogodependiente o ni siquiera cae en conductas de abuso. Entonces ¿cuál es la diferencia? y ¿cómo se llega a la drogodependencia?.

Por “uso” entendemos el mero consumo experimental, ocasional o, incluso habitual, si no genera adicción, ni efectos negativos en la persona. El caso más común es el del uso indicado y adecuado de los psicofármacos. Igualmente, puede haberse dado un consumo experimental de una droga muy adictiva, pero que no se repite ni ocasionó problemas.

El “abuso” aparece cuando el consumo se convierte en “un patrón desadaptativo... que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo”, es decir, cuando conlleva incumplimiento de obligaciones; se realiza en situaciones peligrosas (por ejemplo, conduciendo) y trae problemas sociales y legales para el individuo.

Por último, la “dependencia” requiere para su diagnóstico que se den, al menos, tres de los requisitos siguientes:

- 1) Tolerancia: necesidad de una cantidad cada vez mayor para conseguir los efectos deseados.
- 2) Abstinencia: síntomas de malestar físico y psíquico por la ausencia de consumo y/o que se tome la misma u otra sustancia parecida con el fin de evitar o aliviar estos síntomas.
- 3) Incremento en cantidad o frecuencias del consumo.
- 4) Intentos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo.
- 5) Empleo de mucho tiempo para obtener la sustancia, consumir o recuperarse.
- 6) Reducción importante de las actividades sociales, laborales o recreativas.
- 7) Se continúa el consumo a pesar de tener conciencia del problema.

4. FACTORES DE RIESGOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA RELACIONADOS CON:

Los Factores de Riesgos en Centros de Atención Primaria relacionados con Drogodependencias y Adicciones son principalmente factores psicosociales. Los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias de la persona y abarcan muchos aspectos. Algunos de éstos se refieren a ella individualmente, mientras que otros están ligados a las condiciones y al medio ambiente de trabajo. Otros se refieren a las influencias económicas, sociales y familiares ajenas al lugar de trabajo pero que repercuten en el individuo.

Son definidos por el Comité Mixto de la OIT/O.M.S. como “Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.”

Según una resolución de la Organización Internacional del Trabajo de 1975, “el trabajo no sólo debe respetar la vida y la salud de los trabajadores y dejarles tiempo libre para el descanso y el ocio, sino que también ha de permitirles servir a la sociedad y conseguir su autorrealización mediante el desarrollo de sus capacidades personales”.

RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Jornadas demasiado largas, trabajo nocturno o por turnos

Entre las repercusiones más importantes del trabajo a turnos podríamos destacar las siguientes:

1. Repercusiones sobre el equilibrio fisiológico y la salud, como alteraciones del sueño, alteraciones digestivas y alteraciones nerviosas.
2. Repercusiones sobre la vida familiar y social. El trabajo en el sistema de turnos rotatorios produce una perturbación en la vida familiar y social de los trabajadores. Especialmente durante la realización del turno de noche, el ritmo de vida del trabajador va a destiempo con el de su familia y el del resto de la sociedad. Cuando se trabaja, los demás descansan y cuando se descansa los demás están en plena actividad. Se altera así la posibilidad del trabajador/a de tener una relación normal con su familia y con quienes le rodean.

Estas alteraciones tanto fisiológicas (alteraciones del sueño, digestivas, nerviosas, etc.) como las relacionadas con la vida familiar y social pueden precipitar a la población trabajadora a consumir una serie de sustancias relajantes para poder dormir de día o de noche y sustancias estimulantes para estar despiertos y vigilantes durante la jornada laboral. También pueden precipitar el consumo de fármacos para aliviar los problemas digestivos debido a las alteraciones en los ritmos de alimentación y para disminuir los trastornos nerviosos, la fatiga e irritabilidad.

Ritmo de trabajo intenso, trabajos a destajo

El trabajo a destajo suele ir asociado a ritmos y condiciones laborales inadecuadas.

La relación de este factor de riesgo con la salud y con el uso abusivo de sustancias, radica en que el exceso de horas de trabajo provoca en numerosas ocasiones fatigas y sobrecarga de trabajo. Estas condiciones de trabajo pueden precipitar al trabajador/ a al consumo o uso abusivo de sustancias o comportamientos adictivos, para mantener un alto rendimiento o para disminuir las consecuencias físicas y psíquicas del sobreesfuerzo.

Jornadas de trabajo prolongadas

En la calidad de vida y salud de un trabajador van a influir de manera determinante tanto el número de horas de trabajo como la manera en que esas horas se distribuyen a lo largo de la jornada laboral.

Las jornadas laborales prolongadas o excesivas van a influir directamente reduciendo el tiempo que el tra-

bajador tiene para la realización de otras actividades de diversa índole y de gran importancia como:

- Actividades relacionadas con el tiempo libre.
- Actividades relacionadas con la convivencia familiar.
- Actividades de participación social.

Si a las jornadas de trabajo prolongadas le unimos el poco tiempo para el descanso y para actividades de ocio y participación social, las jornadas prolongadas se convierten en un factor de riesgo que atenta no sólo contra la seguridad en el trabajo sino también contra el bienestar personal.

Las condiciones resaltadas en los párrafos anteriores van a constituir un factor de riesgo que puede precipitar el consumo y/o abuso de sustancias.

Sobrecarga de trabajo y elevados niveles de tensión. Estrés laboral

El estrés laboral es un estado de tensión física y psicológica que se produce cuando existe un desequilibrio entre las demandas que plantean la organización del trabajo y el medio laboral, y los recursos de los trabajadores para hacerles frente (o para controlarlas). Se presenta cuando hay una ruptura del equilibrio entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización y el trabajador/a percibe que no puede hacer frente con eficacia a su actividad laboral debido a la falta de recursos suficientes.

Estos aspectos, que constituyen un factor de desequilibrio en el individuo pueden ser tanto relativos a las características de su trabajo como ciertas características de las personas y se denominan “estresores”, por ser susceptibles de provocar o facilitar el estado de estrés.

Los factores de estrés existentes en el medio laboral se pueden clasificar en:

- Estresores del ambiente físico:
 - Iluminación inadecuada.
 - Ruido.
 - Temperatura. Exceso de calor o bajas temperaturas.
 - Ambientes contaminados.
- Estresores con relación al contenido de la tarea:
 - Carga mental.
 - Control sobre la tarea.
- Estresores con relación a la organización:
 - Conflicto y ambigüedad del rol.
 - Jornadas de trabajo prolongadas.
 - Malas relaciones interpersonales.
 - Promoción y desarrollo de la carrera profesional.

Dentro de los trastornos mentales que se han asociado con el estrés nos podemos encontrar con:

- Depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Abuso y/o dependencia del alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Trastornos del sueño.
- Alteraciones de la conducta alimentaria.
- Disfunciones sexuales.
- Descompensación de trastornos mentales graves y crónicos.

Acoso Laboral. Mobbing

El término mobbing fue introducido por primera vez, por el psicólogo H. Leymann en 1984, quién retomándolo del etólogo K. Lorenz, lo trae al ámbito laboral, para referirse “ a una situación de terror psicológico en el trabajo que implica una comunicación hostil y amoral, dirigida de manera sistemática por una o varias persona, casi siempre contra otra persona que se siente acorralada en una posición débil y a la defensiva” Desde el año 2007 y a raíz del Acuerdo Marco Europeo sobre acoso y violencia en el trabajo, se entenderá Acoso cuando uno o más trabajadores o jefes, repetida y deliberadamente, se abusan, se les amenaza y/o se les humilla en circunstancias relacionadas con el trabajo.

Las deficiencias más relevantes de la organización del trabajo en relación con el acoso moral tienen que ver con:

- La falta de definición de los objetivos, autonomía y responsabilidades en el ejercicio de nuestro trabajo (claridad de rol) – ello posibilita p.ej dar al acosado tareas que no tengan sentido.
- La falta de adecuación de la información que recibimos para hacer bien nuestro trabajo y del futuro.
- El diseño de puestos de trabajo que implican para el trabajador un reducido o inexistente margen de decisión y autonomía respecto al contenido y a las condiciones de trabajo (control/influencia), - p. ej dar al acosado más trabajo del que puede hacer, cambiar la hora de entrada o salida sin consultar.
- La inseguridad en las condiciones de trabajo (temporalidad en la contratación, distribución irregular de jornada, salario variable...)
- La exigencia de realización de tareas que entran en conflicto con las normas y valores profesionales y personales (conflicto de rol), p. ej. que al acosado le manden hacer algo que va en contra de sus valores. La competitividad como forma de relación entre compañeros frente a potenciar el apoyo y el refuerzo (apoyo social), p. ej. ello lleva a que no se convoque al acosado a reuniones de trabajo, a que los compañeros tengan prohibido ayudar al acosado,...
- El diseño de puestos de trabajo aislados o que imposibilitan la relación con los/as compañeros/as (relaciones sociales), p. ej. que al acosado se le obligue a trabajar en una habitación apartada del resto de sus compañeros, en un lugar muy ruidoso ...
- La ausencia de capacitación para gestionar personas y de preocupación por la salud y el bienestar en el trabajo de directivos, mandos intermedios y encargados (calidad de liderazgo), p.ej. el jefe inmediato no planifica bien el trabajo, agrade verbalmente al acosado/a,...
- La cultura organizacional, puede inducir la aparición del acoso moral cuando se producen culturas muy fuertes y exigentes que no aceptan ni toleran la aparición de variaciones y diferencias del interior de las mismas. En estos casos es fácil el desarrollo de las conductas de exclusión de aquellas prácticas que no pueden ser asimiladas. Si esta exclusión no puede dirimirse mediante pactos y acuerdos, es fácil el desarrollo de conductas solapadas o manifiestas de discriminación y rechazo.
- El clima laboral, y las relaciones interpersonales y profesionales, es otro de los factores de inducción del acoso moral. Cuando el clima sociolaboral carece de sistemas de apoyo y de cohesión, es fácil la aparición de conductas de acoso moral. Un clima competitivo e individualista puede generar la aparición de oposiciones y enfrentamientos que, mal resueltos, se resuelvan en conductas de violencia psicológica.
- Los estilos directivos: en este caso la violencia psicológica puede aparecer cuando el estilo directivo ignora las diferencias individuales y atiende exclusivamente a la consecución de objetivos y metas independientemente del coste que ello puede presentar para la persona.

Las consecuencias que provoca un proceso de acoso psicológico tienen un gran alcance en muchos sentidos, provoca enorme sufrimiento y daños para el trabajador, para la organización, para la familia y entorno social, y para la sociedad en su conjunto. Las consecuencias no solo las paga la víctima, las pagamos todos de una u otra forma.

Consecuencias para el trabajador

Los trabajadores objeto de acoso psicológico en el entorno laboral suelen comenzar con largos procesos de baja laboral por incapacidad temporal que acaban desembocando en permanentes, o incluso en el fallecimiento del trabajador. Los trastornos físicos, psíquicos y sociales se hacen habituales en las personas objetos de acoso moral. Las consecuencias para las víctimas se extienden también al ámbito familiar y social.

Consecuencias para la empresa

Niveles más altos de absentismo laboral, bajada en los niveles de productividad, mayor riesgo de accidentes, clima social negativo, dificultad de contratar o retener personal cualificado, pérdida de imagen de la organización, y, económicamente, los costes de las bajas de incapacidades temporales largas, y el abono de indemnizaciones en caso de sentencia judicial en contra.

Consecuencias para la sociedad

El Sistema Nacional de Salud asume las consecuencias del acoso en lo que respecta a la atención prestada en cuanto a protección social de la víctima, altos costos de las incapacidades temporales o permanentes, gastos farmacéuticos, asistencia social, etc.

Intercambio relacional trabajador/paciente.

Síndrome de Burnout o del “QUEMADO POR EL TRABAJO”

La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc., cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador: el Síndrome de estar quemado por el trabajo.

Cuando esas exigencias son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés mencionadas con anterioridad actúen y produzcan en el individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del burnout. Esta es la razón de que los/as profesionales que trabajan con personas afectadas sean los colectivos de riesgo.

Entre las consecuencias conductuales de este síndrome nos encontramos: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso de barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

RELACIONADOS CON LA TAREA O EL PUESTO

Disponibilidad/acceso a las sustancias por proximidad. Esta disponibilidad facilita que en las situaciones descritas anteriormente el trabajador/a pueda acceder a sustancias drogodependientes provocando consumo y adicción de las mismas.

5. DIFERENTES ADICCIONES EN LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS REPERCUSIONES

El trabajo en Atención Primaria, requiere el contacto directo con personas con diferentes patologías y su entorno (familiar, social, ...) esta condición tiene implicaciones emocionales a todos los niveles. Por este motivo, es importante valorar como estos profesionales se pueden ver afectados por factores psicológicos y sociales estresantes, que pueden derivar en “El síndrome del quemado” (Burn out), “cansancio emocional”.

A esto se le puede añadir otros riesgos asociados como el ambiente físico de prestación de servicios, jornadas y horarios, “carga laboral” excesiva, monotonía y repetitividad.

En suma, desde la complejidad de competencias, hasta la percepción de peligrosidad (agresiones a trabajadores de Atención Primaria), se generan en ocasiones condiciones de riesgo a lo largo de la carrera profesional, y por consiguiente, es posible, que el individuo no sea capaz de hacer frente a diferentes situaciones desarrollándose conductas desadaptativas que pueden implicar el consumo de sustancias psicoactivas para tratar de superar tales problemas y su posterior adicción.

El problema de la drogadicción no es por un hecho en sí, es pluricausal, y parece ser que las condiciones laborales citadas pueden suponer una causa socio – laboral que hace que sea útil estudiar y analizar la situación de las drogodependencias en el ámbito de la Atención Primaria.

PRINCIPALES CONSUMOS EN EL AMBITO LABORAL

La referencia mas objetiva que encontramos es la Encuesta 2007 – 2008, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el ámbito laboral, incluida la encuesta sobre alcohol y drogas en España. Los resultados más relevantes son los siguientes:

El alcohol y el tabaco son las drogas que presentan una mayor prevalencia entre la población trabajadora. Entre las sustancias ilegales, el cannabis y la cocaína en polvo son las que tienen una mayor tasa de consumo.

La satisfacción laboral también aparece como una variable relevante, puesto que, tanto hombres, como mujeres que se declaran insatisfechos con su trabajo, consumen más cannabis. Del mismo modo, aquellos que perciben que tienen peores condiciones laborales en cuanto a salario y seguridad presentan una mayor tasa de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína.

Igualmente, aquellas personas cuyos trabajos implican un mayor nivel de peligrosidad o penosidad, así como aquellos que están expuestos a más factores de riesgos psicosociales presentan una mayor prevalencia de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína. En relación con la edad y el sexo, los hombres consumen mas sustancias que las mujeres, excepto en cuanto a los hipnosedantes. Y el consumo se localiza principalmente en jóvenes entre 16 – 34 años.

En cuanto a la situación laboral, son los hombres en situación de desempleo los que más consumen frente a los que se encuentran en activo. Por el contrario, en la mujer desempleada sólo se han encontrado diferencias significativas en cuanto a los hipnóticos.

Los sectores de actividad en los que se registra una mayor tasa de consumo son, en general, la agricultura, la pesca, la ganadería, la hostelería, la construcción, el transporte y el comercio.

La prevalencia de consumo de opiáceos en la población laboral es muy baja. En cuanto a los tipos de opiáceos más comunes, tenemos, en primer lugar, la morfina, que sigue teniendo una utilidad médica como analgésico potente.

La persona que consume drogas estimulantes lo hace para incrementar sus capacidades psíquicas y físicas, a fin de tener un mayor rendimiento y durante un mayor período de tiempo. Lo más frecuente es que detrás de ellos haya un componente lúdico o de diversión, pero también es muy común su uso en situaciones y ámbitos laborales en que el trabajador está sometido a un alto nivel de estrés y responsabilidad o, simplemente, intenta mantener su nivel de alerta o actividad ante condiciones laborales insatisfactorias.

El amplio espectro de productos farmacéuticos y la aparición constante de nuevas sustancias para combatir el insomnio, la ansiedad, la apatía y otros síntomas o trastornos mentales, conlleva, inevitablemente, al uso inadecuado al hacerse de manera indiscriminada y/o con una frecuencia excesiva, sin prevenir las consecuencias disfuncionales o adictivas de este mal uso. De esta manera, no es inusual la aparición de casos con adicción, incluyendo un cambio de conductas significativo que afecta, tanto a las condiciones personales, como a la capacidad de interacción social y, por supuesto, al desempeño laboral.

INFLUENCIA DEL CONSUMO DE LAS DIFERENTES SUSTANCIAS EN EL AMBITO LABORAL

ALCOHOL

**Mayor absentismo
Aumento del riesgo de accidentes
Disminución del rendimiento de trabajo
Mala relación con los compañeros de trabajo y supervisores**

OPIACEOS (Heroína, morfina, metadona)

La prevalencia del consumo de opiáceos en la población laboral es muy baja y el problema de su uso radica en la elevada capacidad de adicción de tal manera que termina incapacitando al individuo para realizar su actividad laboral.

PSICOFÁRMACOS

**Un uso inadecuado puede generar la aparición de adicción, incluyendo cambios de conducta significativos que afecta, tanto a las condiciones personales, como a la capacidad de interacción social y, por supuesto, al desempeño laboral.
En dosis altas disminuye los reflejos, produce enlentecimiento respiratorio así como alteraciones cognitivas del individuo (atención, memoria...)**

ESTIMULANTES MAYORES (Anfetaminas y Cocaína)

**Este tipo de drogas incrementa las capacidades físicas y psíquicas del individuo y pueden darse usos en trabajadores sometidos a altos niveles de estrés y responsabilidad.
La cocaína, como droga energicamente adictiva, condiciona a corto plazo, y en todos los campos de su vida, a la persona que la consume, ya sea en el ámbito personal, social o laboral, administrada de forma crónica genera pseudoalucinaciones, conductas repetitivas, además de otras alteraciones cognitivas como:**

- Disminución de la memoria**
- Alteración de la capacidad visoespacial y de la abstracción.**

ESTIMULANTES MENORES (Nicotina y Xantinas)

Entre estas drogas se encuentra el tabaco, el café, té, etc... El tabaco es una de las sustancias más consumidas en el mundo laboral y ello implica que desde un punto de vista de salud, los fumadores acuden a su médico un 50% de veces más que los no fumadores. Respecto al absentismo este hecho ha sido cuantificado en otros países, estimándose que los fumadores presentan una probabilidad de más del 43% de ausentarse de su trabajo durante una semana cada año por razones de enfermedad, al compararlos con los trabajadores que no fuman. Este incremento del absentismo se sitúa principalmente en el grupo de edad de 18-44 años, con una media de 2-3 días perdidos al año por fumador, motivados por enfermedades relacionadas con el tabaco.

DROGAS DE SÍNTESIS (LSD, mescalina, extasis, ...)

Este tipo de drogas suelen ser derivadas de las anfetaminas por lo que además producen efectos estimulantes. Suelen ser utilizadas con fines de diversión entre los jóvenes. Suele ser frecuente tras su ingesta episodios de depresión, irritabilidad y fatiga. Un consumo prolongado puede dar lugar a daños cerebrales, y en algunos casos como en el MDMA una única dosis es suficiente para producir el daño. Esto tendrá repercusiones en las funciones cognitivas con la consiguiente repercusión en el desempeño de las tareas propias del puesto de trabajo.

DERIVADOS DEL CANNABIS (hachís, marihuana, ...)

El cannabis, en sus distintas modalidades (marihuana, resina de hachís y aceite de hachís) es la droga ilegal más consumida en nuestro país. Entre otros datos aportados por la encuesta, destacaríamos que el consumo es mayor en quienes hacen trabajos que exigen alto rendimiento, están insatisfechos con el trato de compañeros o superiores, o desempeñan trabajos peligrosos. Está demostrada la existencia de dificultades para concentrarse en el trabajo como consecuencia del consumo repetido del cannabis; además repercute en las funciones ejecutivas, esto es, va a interferir en la capacidad para planificar acciones, diseñar metas, etc. . Además un consumo intenso puede producir sintomatología ansiosodepresiva y psicótica.



6. PLAN DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

a. PAPEL FUNDAMENTAL DE DELEGADOS Y MANDOS INTERMEDIOS EN LA ACTUACIÓN DE PREVENCIÓN DE DROGAS.

Conforme al artículo 36 de la LPRL, son competencias de los Delegados de Prevención:

- a) Colaborar con la dirección de la empresa en la mejora de la acción preventiva.
- b) Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.
- c) Ser consultados por el empresario, con carácter previo a su ejecución, acerca de las decisiones a que se refiere el artículo 33 de la presente Ley, sobre consulta de los trabajadores/as.
- d) Ejercer una labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.

Además, a través del Comité de Seguridad y Salud, también tendrán derecho a:

- a) Conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos en el centro de trabajo, realizando a tal efecto las visitas que estime oportunas.
- b) Conocer cuantos documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, así como los procedentes de la actividad del Servicio de Prevención, en su caso.
- c) Conocer y analizar los daños producidos en la salud o en la integridad física de los trabajadores, al objeto de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas oportunas.
- d) Conocer e informar la memoria y programación anual de servicios de prevención.

En este marco, en relación directa con la prevención de adicciones y el riesgo relacionado con las drogodependencias, los Delegados de Prevención deben estar alerta y hacer sus propuestas en los siguientes momentos:

● Evaluación inicial de riesgos (centros en funcionamiento o de reciente apertura): Proponer la realización de un estudio sobre dos aspectos esenciales para desarrollar acciones en el Plan de Prevención: valoración de las condiciones de trabajo que conllevan a los riesgos psicosociales relacionados con las drogodependencias y estudio de prevalencia del uso, abuso y dependencia de sustancias en nuestro ámbito laboral, aunque todos sabemos que actualmente en las evaluaciones de riesgos no se contemplan los riesgos psicosociales; no obstante, la UGT seguirá demandando su inclusión, junto al trabajo que paralelamente venimos desarrollando desde nuestro Observatorio de Riesgos Psicosociales.

● Plan de Prevención: el Reglamento de Servicios de Prevención establece como uno de los contenidos del Plan “la política, los objetivos y metas que en materia preventiva pretende alcanzar la empresa, así como los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos de los que va a disponer al efecto” Pues bien, entre los objetivos deberá incluirse el abordaje de las drogodependencias, y además, especificarse los recursos de que se va a disponer para implementar los cuatro tipos de medidas básicas para alcanzar dichos objetivos:

- Preventivas: educativas (p.e.: educación para la salud), informativas, formativas y de modificación de factores de riesgo.
- Asistenciales: facilitar el tratamiento en su más amplio sentido a quien lo solicite voluntariamente.
- Participativas: consulta previa y continua a los representantes de los trabajadores.
- Reinsertivas: en muchos casos, la superación del problema necesita de una adaptación o graduación en la incorporación al puesto de trabajo.

● **Revisión de la Evaluación Inicial:** en el caso de que ya exista una Evaluación Inicial y un Plan de Prevención y no se hayan incluido las previsiones mencionadas, la revisión ya prevista en el Plan o la pactada entre la Administración y los representantes de los trabajadores (art. 6 del Reglamento de Servicios de Prevención) es la ocasión oportuna para incluirlas.

Además, es también el momento de valorar cómo han funcionado las medidas preventivas, correctoras o treatmentales (número de usuarios, funcionamiento de los recursos propios dedicados, derivaciones y funcionamiento de los recursos externos, valoración y aceptación de las medidas entre los trabajadores en general y los afectados en particular, etc.).

Será imprescindible realizar estudios de los datos de la Vigilancia de la Salud y específicos al respecto, con las limitaciones legales que protegen la privacidad de los trabajadores y la confidencialidad de los datos, por lo que sólo se tendrá acceso a datos generales de tipo estadístico, nunca a los referidos a trabajadores concretos (art. 22.4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

● **Seguimiento individualizado:** los Delegados de Prevención, como elementos más cercanos, independientemente de su participación institucional en el desarrollo del Plan, tienen otras funciones, como las de proporcionar información y apoyo. El Delegado puede indicar los mecanismos de los que puede servirse el trabajador para solucionar el problema.

La figura del Delegado es especialmente importante, entre otras tareas, en la fase de atención y adaptación al puesto de trabajo, asesorando al trabajador acerca de:

- Los aspectos legales de su I.T. (Incapacidad Temporal) y apoyándolo ante el médico si fuera necesario.
- Si la reincorporación se realiza en un puesto de trabajo alternativo
 - Que el trabajador no pierda poder adquisitivo
 - Que mantenga su categoría profesional.
 - Que la nueva ubicación no suponga, en ningún caso, el aislamiento del trabajador, donde no su ponga ningún “riesgo”.
 - Cursos de formación, cualificación o perfeccionamiento.

b. HABILIDADES FUNDAMENTALES PARA LA DETECCIÓN Y ACERCAMIENTO A TRABAJADORES/AS CON PROBLEMAS DE DROGADICCIÓN

El primer paso ha de pasar por estar concienciados de cuanto estamos diciendo y disponer de los conocimientos necesarios para actuar (eso sí, cada cual con su nivel de responsabilidad y preparación) lo que es uno de los objetivos de esta Guía.

Como hemos dicho, hay que tener un enfoque preventivo y plasmarlo en el Plan de Prevención del centro, contando para ello con la colaboración de los responsables administrativos y del Servicio de Prevención. El objetivo es, por tanto, prevenir. Pero ¿y si hay que actuar? Lo correcto será la intervención de especialistas en un marco multidisciplinar, integral y coordinado. Sin embargo, en muchas ocasiones, la dificultad inicial radica en la negación del problema por parte del afectado y ahí es donde su entorno (en nuestro caso jefes, compañeros y delegados de prevención) puede y debe actuar como facilitador del tratamiento. Para ello, recordemos que el cambio al que queremos ayudar necesita de la propia motivación de la persona afectada y este será nuestro principal objetivo.

Son acciones que pretenden alcanzar esta meta, modesta, pero imprescindible en todo proceso terapéutico: escuchar, ponerse en su lugar, no dar lecciones ni juzgar, tener paciencia y no intentar u ofrecer soluciones “mágicas”, y transmitir siempre optimismo sobre la posibilidad de cambio y la validez de los tratamientos.

Todo cambio implica un coste y sin este impulso del entorno de la persona, son pocos los que aceptan este coste y se acercan, en su entorno laboral, al delegado sindical o delegado de prevención, o bien al médico, al psicólogo o a los grupos de autoayuda para comenzar su tratamiento, sin el cual el proceso de deterioro es prácticamente inevitable e irreversible. Una vez iniciado, la ayuda se puede seguir brindando con la facilitación de conductas incompatibles con el consumo (actividad física, ocupación del ocio, conductas saludables, etc.) y el refuerzo de la abstinencia y de las conductas sociales alternativas (mejora de la asertividad, encauzamiento de las demandas, expresión de sentimientos propios, y habilidades de comunicación en general).

c. LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA Y SENSIBILIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es necesario que la negociación colectiva contemple las drogodependencias como una enfermedad y por tanto, se tenga en cuenta en los convenios colectivos los factores de riesgo presentes en el trabajo y que pueden predisponer al consumo de sustancias y afectar la salud de los trabajadores.

Para ello será muy necesario elaborar protocolos específicos en vigilancia de la salud, que tengan en cuenta los siguientes aspectos:

- Incluir en la evaluación de riesgos los factores psicosociales de organización y condiciones del medio ambiente de trabajo, que pueden inducir al consumo de drogas.
- La actividad preventiva ha de contemplar aquellas condiciones de trabajo (procesos, actividades, herramientas, etc...) de las que se deriven hábitos de consumo.
- Tratamiento de la drogodependencia como enfermedad.
- Valoración de las condiciones de trabajo.
- Preservar la esfera privada del trabajador con respeto a la dignidad en lo relativo a pruebas y controles: confidencialidad.
- No discriminación de trabajadores que necesiten tratamiento.
- Prioridad al tratamiento y rehabilitación frente a actuaciones disciplinarias.
- Derecho a reserva del puesto durante el tiempo que dure el tratamiento.
- Proteger al trabajador con problemas: 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.
- Garantizar el mantenimiento del puesto y las condiciones salariales durante el proceso de rehabilitación.
- Así como que, durante el periodo de internamiento para someterse a un tratamiento de desintoxicación sea tratado como baja por enfermedad y retribuido al 100% de su salario.

Desde el concepto de prevención que va más allá de la reducción de daños para adentrarse en el terreno de la mejora continua, del compromiso con las personas, la eficiencia y la competitividad, por tanto entendida la prevención como un elemento estratégico, cambia el planteamiento desde la intervención reactiva a la intervención proactiva.

Reactiva: ante un problema o demanda interna o externa, se estudiarán los factores que influyen en el mismo, y se verá la forma de evitarlos o modificarlos.

Proactiva: Sin más presiones que los valores, creencias o principios, se actuará para mejorar la calidad de vida y trabajo de la población creando entornos saludables que promuevan conductas saludables.

En este sentido podemos analizar la intervención en drogodependencias desde dos puntos:

Realidad legal: Búsqueda de un entorno saludable y seguro a través de la evaluación de riesgos laborales asociados a estas conductas y control de los mismos. A través de la limitación del acceso a drogas y el análisis de posibles peligros a terceros.

Realidad social: Desde la afirmación de que la drogodependencia es una enfermedad, y trabajando desde la educación para la salud, facilitar la asistencia con la debida confidencialidad, contrato terapéutico y medidas de rehabilitación.



d. NIVELES DE PREVENCIÓN Y SUS DIFERENTES OPCIONES DE ACTUACIÓN

Se propone prevenir e intervenir en Drogodependencias y Adicciones desde cuatro pilares básicos:

Tratar las drogodependencias como proceso multifactorial.
Prevenir e intervenir las drogodependencias desde su implicación directa en la Salud Laboral.
Implicación consciente de los individuos.
No aceptar soluciones preestablecidas.

1. Nivel de prevención primaria

El objetivo es evitar el consumo de sustancias psicoactivas, haciendo especial hincapié en el tabaco y el alcohol por ser éstas las primeras drogas con las que se toma contacto en nuestra sociedad y por los efectos devastadores, en términos de salud pública, que la adicción a las mismas, ha demostrado.

Los destinatarios son personas que aún no muestran ningún tipo de consumo o complicaciones y se dirige bien directamente a las personas o al medio.

Para la prevención primaria es fundamental priorizar medidas de sensibilización, formación e información, modificar pautas de consumo, crear ambiente favorable modificando condiciones sociolaborales negativas, y, reducir la oferta de drogas.

2. Nivel de prevención secundaria

Se basa en evitar que el consumo derive en drogodependencia.

Cuando ya se ha iniciado el consumo de alcohol u otras drogas el objetivo fundamental queda resumido en: "Identificar personas o grupos de alto riesgo, limitar incapacidades o secuelas, generar un clima propicio para la aceptación de las medidas diagnósticas y terapéuticas precoces y encauzar correctamente los casos detectados".

Algunas medidas en este nivel serán:

- Encuestas individuales y colectivas a trabajadores/as que permitan la detección precoz de problemas derivados del consumo de drogas.
- Establecer protocolos de actuación para situaciones de crisis provocadas por el consumo, que faciliten al trabajador/a pedir ayuda.
- Formación e información en el ámbito laboral desde el principio de Educación para la Salud
- Facilitar la accesibilidad y la derivación a servicios de atención a problemas derivados del consumo de drogas.
- Definir claramente las funciones, estrategia y políticas en los procesos de detección, diagnóstico, orientación, tratamiento, evaluación y reinserción.

3. Nivel de prevención terciaria

La Prevención terciaria engloba el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes y enfocadas, hacia la reducción de riesgos y daños.

Las acciones exclusivas de reducción de reducción de riesgos y daños son aquellas que, una vez instaurado el consumo e independientemente de la frecuencia del mismo, se preocupan por contrarrestar los efectos negativos

que de él se desprenden sin que en ningún momento el objetivo inmediato sea que el consumo no se produzca

Factores importantes en la planificación de la atención terciaria son:

- Ofrecer asistencia y promover la intervención cuando el consumo de drogas afecte a la actividad laboral.
- Dar a conocer a los/as trabajadores/as la política preventiva en esta materia
- Fomentar la necesidad de los Comités de Seguridad y Salud.

La participación “reglada” en un tratamiento no afectará la estabilidad ni la protección laboral del empleado/a.

En resumen, en la prevención e intervención en drogodependencias y adicciones debemos utilizar tres estrategias complementarias:

PREVENCIÓN

Campañas publicitarias-informativas (posters, trípticos, manuales, etc.).

Educación para la salud orientada al cambio de actitudes y comportamientos frente al alcohol y otras drogas.

ATENCIÓN

Capacidad de evaluar el problema y ofertar tratamientos.

Coordinación en el seguimiento del tratamiento con el equipo que esté actuando.

Dos objetivos: normalizar la persona y planificar su reinserción.

REINSERCIÓN

Objetivo prioritario: el trabajador/a con problemas de alcohol y/u otras drogas debe volver a normalizar su vida laboral.

Es necesario asegurar al trabajador/a que someterse a tratamiento no comportará la pérdida de su puesto de trabajo.

Derecho a reserva del puesto durante el tiempo que dure el tratamiento.

Proteger al trabajador con problemas.

Considerar la flexibilidad de horarios y la adaptación de la jornada para facilitar la asistencia.

e. RECURSOS PREVENTIVOS

Puesto que el abuso de una sustancia o la dependencia de ella no es un fenómeno simple, resulta evidente que abordar su control y abandonó requiere un enfoque complejo; es decir, debe tener en cuenta las diversas facetas de la persona, la diversidad de situaciones y papeles que se desempeñan (rol familiar, laboral, de ocio, etc.) y los distintos contextos en que se da el consumo.

De ello se deriva del concepto de Red Intervención: el uso coordinado de los diferentes recursos sociales que pueden y deben intervenir en la superación del consumo. Al hablar de prevención y riesgos laborales es insustituible abordar el problema desde la multidisciplinaridad y la integralidad. Esto implica una ósmosis entre las situaciones sociales del individuo (sanitaria, laboral y social en general) y la consiguiente implicación de los recursos respectivos que se dedican a ello, sean sanitarios o laborales, públicos o privados, dirigidos al individuo o la colectividad, y la obligación de cada uno de ellos de cumplir su tarea y facilitar las de los demás como garantía de éxito de todos en conjunto.



7. PARA CONTACTAR O CONOCER MÁS. ENLACES Y REFERENCIAS

Existen organismos, asociaciones y material bibliográfico muy amplio a los que acudir para buscar ayuda o encontrar más información sobre Drogodependencias. En Internet puede encontrarse de todo, aunque, lo complicado no es acceder, sino seleccionar fuentes e información fiables. A continuación ofrecemos algunas de ellas.

Plan Nacional sobre Drogas: www.pnsd.msc.es

Página a cargo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que ofrece un panorama muy amplio sobre el tema: la Estrategia Nacional sobre Drogas 2008-2016, el Plan de Acción 2009-2012, la EDADES 2007-2008, una amplia bibliografía, o las referencias a los recursos de las Administraciones Autonómicas y asociaciones y ONG's que trabajan en este campo, son algunos de los contenidos que se pueden encontrar en ella.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD): www.fad.es

Institución privada sin ánimo de lucro cuyo fin es la prevención de los problemas de drogas en España y América Latina y que también ofrece informaciones y documentación muy útiles.

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE): www.fare.es

Con el fin de asociar a los enfermos alcohólicos y lograr una mayor atención de las Administraciones Públicas, nació en 1976 esta federación de asociaciones cuyo objetivo final es el tratamiento y rehabilitación de estos enfermos, con la promoción de la autoayuda y la ayuda mutua, así como de programas y campañas al respecto.

Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales: www.funprl.es

Fundación bajo el protectorado del Ministerio de Trabajo e Inmigración, con participación tanto de las Administraciones Públicas, como de las Organizaciones representativas de Empresarios y Trabajadores, cuyo fin primordial es la promoción, especialmente en las pequeñas y medianas empresas, de actividades destinadas a la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: www.insht.es

Ofrece múltiples recursos sobre todo lo relacionado con la prevención de riesgos laborales: documentación, normativa y formación.

