



**PREVENCIÓN** de las  
**DROGODEPENDENCIAS**  
en **TRABAJADORES-AS**  
de **CENTROS PENITENCIARIOS**

FINANCIADO POR:



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

mano a  
mano  
por tu salud



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1. DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL</b>	<b>5</b>
1.1. La salud como concepto global: “trabajar para vivir”.	
1.2. La encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.	
<b>2. EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD)</b>	<b>7</b>
2.1. La estrategia nacional sobre drogas 2009-2016.	
2.2. El plan de acción sobre drogas 2009-2012. la reducción de la demanda.	
<b>3. ALGUNOS CONCEPTOS ESENCIALES</b>	<b>9</b>
3.1. Drogas: tipos, efectos y personas.	
3.1.1. Depresores del sistema nervioso central (snc).	
3.1.2. Estimulantes del sistema nervioso central (snc).	
3.1.3. Drogas perturbadoras del sistema nervioso central (snc).	
3.2. Uso, abuso y dependencia ¿cuál es la diferencia?	
3.3. Tratamientos y objetivos terapéuticos: motivación, metas y procesos.	
3.4. La patología dual. drogas y trastorno mental.	
<b>4. ALCOHOL Y TABACO: LEGALES Y PELIGROSAS</b>	<b>16</b>
4.1. Alcohol.	
4.1.1. ¿Cuándo es un problema su consumo?	
4.1.2. Alcoholismo: enfermedad, por supuesto.	
4.1.3. Intervenir es una obligación de todos, pero ¿cómo?	
4.2. Tabaco.	
4.2.1. Efectos del tabaquismo.	
4.2.2. ¿Cómo lo dejo?	
<b>5. LA MUJER TRABAJADORA Y EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>22</b>
<b>6. PLANES DE PREVENCIÓN</b>	<b>23</b>
6.1. Drogas y legislación laboral: ¿drogas en el trabajo?	
6.2. Planes de prevención: en mi centro también. la participación de los trabajadores en la prevención del consumo de drogas en la empresa.	
6.3. Niveles de Prevención y sus diferentes opciones de actuación.	
6.4. Funciones de los delegados de prevención en materia de prevención de riesgos laborales relacionados con las drogodependencias.	
6.5. Recursos preventivos	
6.5.1. La red de intervención.	
<b>7. PARA CONTACTAR O CONOCER MÁS. ENLACES Y REFERENCIAS</b>	<b>31</b>
<b>NOTAS</b>	<b>32</b>

# INTRODUCCIÓN

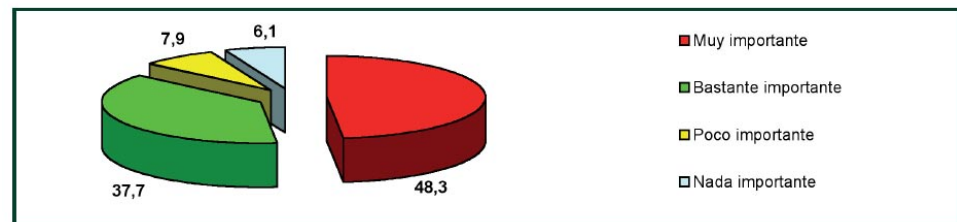
La organización del trabajo penitenciario, cuyas unidades de servicio están fijadas todavía por el Reglamento de 1981, (en especial aquel que se desempeña necesariamente en convivencia con los internos, pero no de forma exclusiva) está sometido a unas condiciones, por su propia naturaleza, en que la implicación emocional es casi continua con estas personas, privadas de libertad. Por este motivo, ha sido objeto de estudio determinar cómo estos profesionales se ven afectados por factores psicosociales estresantes y, entre ellos, por el llamado síndrome de “Burn out” o “de quemarse en el trabajo”. Las “fuertes demandas interpersonales que exigen reaccionar y adaptarse rápidamente en las experiencias de estrés” pueden ocasionar “cansancio emocional”, o pérdida progresiva en la capacidad de entrega en el trabajo, “despersonalización”, con actitudes negativas y cínicas hacia el usuario y la organización, y “baja realización personal” por falta de motivación y satisfacción por la tarea. (1)

A esto habría que añadir otros riesgos psicosociales asociados al ambiente físico, el alejamiento de las cárceles de las ciudades ha provocado el distanciamiento de los centros de trabajo del lugar de residencia habitual, los turnos, jornadas y horarios, los ritmos cambiantes y la monotonía/repetitividad de determinadas tareas. (2).

En suma, desde la complejidad de competencias, hasta la percepción de peligrosidad (y la consiguiente necesidad de mantener la alerta de manera sostenida) pasando por una organización del trabajo que implica una importante variabilidad de funciones a lo largo de la carrera profesional, que no se traducen en la promoción y mejora, sino que está aquejada de paralización, provoca que se generen, muchas veces, condiciones de riesgo para el afloramiento de problemas desadaptativos y ante la falta de alternativas personales e institucionales puede surgir la utilización de sustancias psicoactivas para tratar de superar tales problemas.

Sin perder de vista que el problema de la drogadicción es pluricausal, parece que las condiciones laborales citadas suponen una peculiaridad ambiental (socio-laboral, en este caso) que hace conveniente su abordaje específico en los trabajadores de Instituciones Penitenciarias.

Porcentaje de la población laboral que considera muy, bastante, poco o nada importante el problema de las drogas en el ámbito laboral. España 2008.



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES-2007-08. Observatorio Español sobre Drogas.

## **1. DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL**

### **1.1. La salud como concepto global: “trabajar para vivir”.**

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 la 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.

Estos avances, sin embargo, no eliminan totalmente los riesgos y los problemas. La competitividad, la exigencia de formación y reciclaje continuo que implica la evolución tecnológica, y la búsqueda de la eficiencia de las organizaciones, son causa de tensiones en el trabajador que denominamos “riesgos psicosociales” y que, a veces, desembocan en la problemática que nos ocupa: el uso o los efectos de las drogas en el ámbito laboral.

## 1.2. La Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

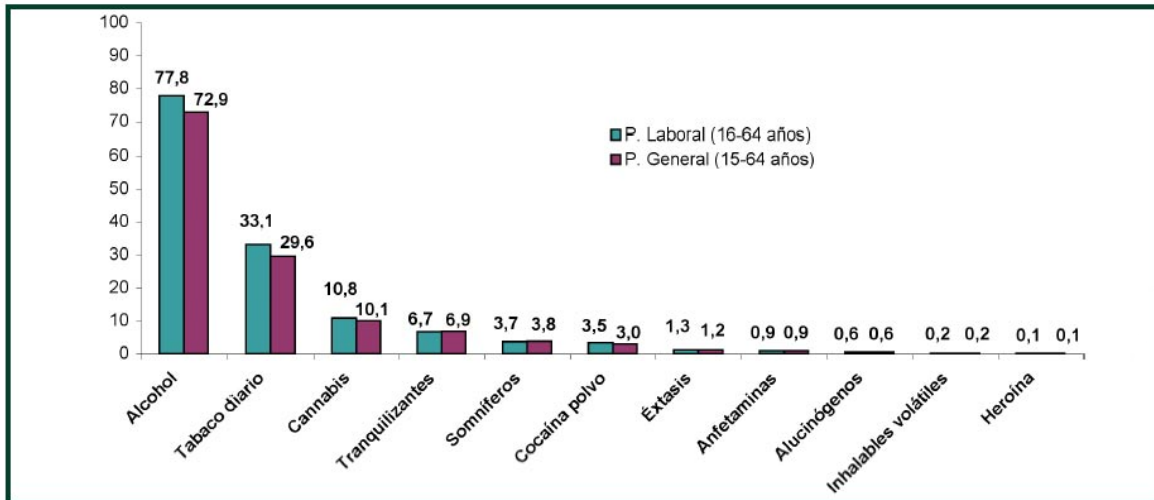
Los estudios sobre “Burn out” en funcionarios de vigilancia nos ofrecen unas interesantes conclusiones acerca de los efectos de algunos riesgos psicosociales en estos trabajadores. En concreto, la Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral, nos dice que un 43,6% de los encuestados padecen este síndrome en alto grado y que, incluso los que no obtienen puntuaciones significativas globales, dieron puntuaciones muy bajas en “realización personal”, lo que significa que el trabajo era muy poco gratificante para toda la muestra. Además esta encuesta demuestra la presencia de los 3 factores estructurales de este síndrome de “estar quemado” indicados en el Marslach Burnout Inventory (MBI) (4): cansancio emocional, bajo nivel de realización personal y despersonalización.

Pero, ¿qué sabemos del consumo real? ¿qué datos tenemos?

La referencia más objetiva la encontramos en la Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral, incluida en la encuesta domiciliaria 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.
- En relación con la **edad** y el **sexo**, los hombres consumen más sustancias que las mujeres, excepto en cuanto a los hipnosedantes. Y el consumo se localiza principalmente entre los más jóvenes (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 **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.

**Porcentaje de la población laboral y general<sup>6</sup> que ha consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (salvo tabaco diario). España 2008.**



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES-2007-08. Observatorio Español sobre Drogas.

<sup>6</sup> Información complementaria sobre prevalencia y características del consumo de sustancias psicoactivas en la población general disponible en el informe del Observatorio Español sobre Drogas 2009. [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es).

## 2. EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD)

### 2.1. La Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016.

“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” (5). 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” (6). 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”. (7).

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”. (8) 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” (9).

## 2.2. El Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012. La Reducción de la Demanda.

A partir de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (ENSD), la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) elaboró un plan cuatrienal -el Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012- que establece las acciones necesarias para alcanzar los objetivos de la Estrategia Nacional.

Tomando como referente la cuestión de las drogodependencias en el ámbito laboral, señalaremos aquellos objetivos y acciones más directamente relacionados con ello.

**Objetivo: Coordinación. Acción 4:** “Reforzar la coordinación con la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral”.

**Objetivo: Reducción de la Demanda. Prevención. Acción 15:** “Impulsar el desarrollo de programas en centros de trabajo, en los que se incluya actuaciones protocolizadas para iniciar tratamiento y apoyo tutelado a la reincorporación al puesto de trabajo de aquellos trabajadores con problemas de drogodependencias”

**Objetivo: Reducción de la Demanda. Prevención. Acción 32:** “Potenciar el desarrollo de los programas destinados a población con patología dual”

**Objetivo: Reducción de la Demanda. Prevención. Acción 36:** “Implantar protocolos de detección precoz e intervenciones breves sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de salud laboral”



### 3. ALGUNOS CONCEPTOS ESENCIALES

#### 3.1. Drogas: tipos, efectos y personas.

Es importante, desde una perspectiva científica, establecer una clasificación de las drogas. Pero en lo que a la prevención de su uso en el trabajo se refiere, esta clasificación cobra importancia en tanto que nos ayude a comprender los efectos sobre la salud y conducta que una u otra droga pueda tener en una determinada persona.

Así, por ejemplo la distinción entre drogas legales e ilegales puede dar lugar a confusión acerca de la potencial peligrosidad de las mismas, pues tendemos a pensar que las legales son menos nocivas, cuando no tiene por qué ser así. Es cierto que el efecto psíquico inmediato y el daño para la salud que causan las drogas legales pueden ser menores, pero si nos fijamos en las consecuencias sobre la salud pública en general, y laboral en particular, vemos que su nocividad es, si cabe, mayor que la de las ilegales, y ello por la frecuencia de consumo por parte de cada individuo y por la generalización del mismo en la población.

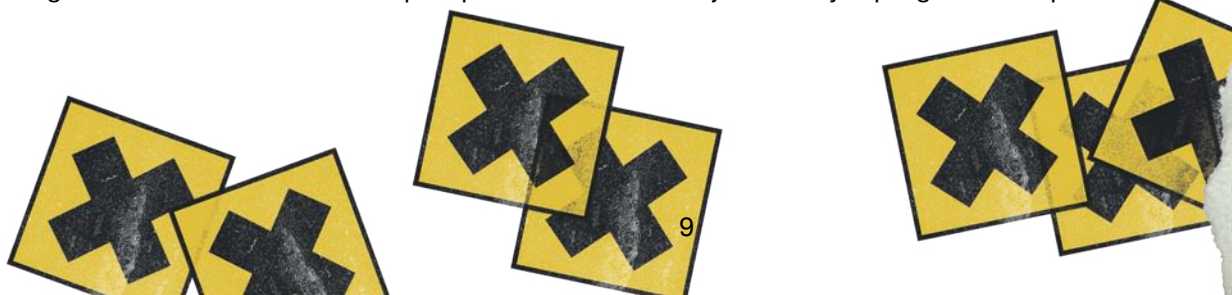
También pueden clasificarse según su composición química, o si son sintéticas o naturales, o según su acción farmacológica (muchas de ellas tienen un origen médico-farmacológico y han sido probadas o sintetizadas con fines curativos). Otra distinción muy usada es la que habla de drogas duras y blandas, tomando en cuenta la supuesta nocividad de las mismas, pero que no es aceptada científicamente.

Una clasificación científica clásica es la propuesta por Chaloult en 1971 y que se basa en los efectos que una sustancia tiene sobre Sistema Nervioso Central (SNC) en función de que lo depriman, lo estimulen o perturben su actividad.

##### 3.1.1. Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).

Por depresión de la actividad del SNC entendemos una inhibición de su funcionamiento, que se manifiesta en enlentecimiento motor, verbal y de pensamiento, somnolencia, analgesia y, en casos extremos, el coma. Pertenecen a este grupo: el alcohol, fármacos hipnóticos y ansiolíticos (hipnosedantes), opiáceos (morfina, heroína y metadona) y algunos fármacos antipsicóticos. Puesto que el alcohol lo vamos a ver más ampliamente, nos extenderemos en otros dos grupos importantes: psicofármacos y opiáceos.

El abuso y la dependencia que los **psicofármacos** producen (tanto depresores, como estimulantes) es un fenómeno en expansión. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007-2008 (EDADES) un 10% de hombres y un 17,6% de mujeres han consumido tranquilizantes en los últimos 12 meses, y a diario lo consumen el 1,2% y el 2,8%, respectivamente. Además, los hipnosedantes en general son más consumidos por quienes realizan trabajos de mayor peligrosidad o penosidad.



Por un lado, 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 en muchas personas, 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.

La prevalencia de consumo de **opiáceos** en la población laboral es muy baja. Como hemos visto en la EDADES, el consumo de heroína afectaría a 1 por cada 1000 trabajadores. No obstante, es el opiáceo más consumido como droga de abuso y que mayores riesgos conlleva su uso, puesto que el problema radica en la elevada capacidad de adicción, la tolerancia respecto a las dosis (necesidad de incrementarlas para obtener los efectos iniciales) y la repercusión de esta dinámica de consumo en las condiciones físicas y psíquicas del individuo, de tal manera que acaba incapacitándolo para realizar su actividad laboral.

Los síntomas que se observan en la persona que ha consumido opiáceos son: depresión respiratoria, lentitud de latidos, relajación muscular, contracción de pupilas (miosis) y aumento de la temperatura muscular.

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 **heroína** fue sintetizada a principios del siglo XX a partir de aquella con fines médicos y pasó después de un periodo de prohibición por su alta afectividad, a tener un componente lúdico-cultural en algunos movimientos de la década de los 70, incrementándose su consumo hasta generar un importante problema de salud pública, agravado por la expansión de algunas enfermedades infecto-contagiosas debido a la administración generalizada por vía intravenosa.

La heroína se presenta en dos formas: como sustancia pura (polvo blanco cristalino) o como polvo marrón (al que se suele llamar “caballo” y tiene un olor desagradable). En cuanto a la forma de administración, la extensión de enfermedades como el VIH-SIDA o la hepatitis, ha ocasionado que la forma más común de consumo sea fumada (“chino”, “plata”) y en los últimos años, además, mezclada con cocaína base (“crack”).

Por último, la **metadona** es utilizada como sustitutivo (agonista) de la heroína, bien sea por el drogadicto que no tiene acceso a ésta, o bien en programas de reducción del daño bajo control médico para reducir los efectos físicos directos (deterioro orgánico) e indirectos (enfermedades, contagios, daños debidos a las sustancias de “corte”, etc.)



### 3.1.2. Estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC).

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 periodo de tiempo. Lo más frecuente es que detrás de ellos haya un componente lúdico o de diversión, pero también puede darse 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. Si recordamos lo dicho acerca de los factores de riesgo, no es extraño que estos tipos de sustancias sean, junto al alcohol, las más consumidas por la población laboral. En este apartado vamos a hablar de la cocaína y las anfetaminas, dejando el tabaco (nicotina) para más adelante.

La **cocaína** en forma de sal, o cocaína en polvo, es la segunda droga ilegal más consumida en España después del cannabis. En la EDADES vemos que el 12,8% de los hombres y el 6,2% de las mujeres reconocen haberla consumido en alguna ocasión, y de éstos el 34,7% la ha continuado consumiendo en los últimos 12 meses, y el 18,8% en los últimos 30 días. Estos datos nos descubren una de sus características más desconocidas: su elevado nivel de adictividad. En este desconocimiento, así como en los efectos euforizantes y de sensación de bienestar y potencia, radica el principal peligro de la cocaína, cuyo uso está registrando un significativo aumento, frente a la estabilización o disminución de los opiáceos.

La forma más común de administración de la cocaína en polvo (sal) es por vía nasal, pero también puede serlo por vía venosa, diluida en agua. El “crack” o “coca base” puede ser fumada, ya que al ser un compuesto previo a la sal (no ha sido reaccionada con un ácido) no se desintegra con el calor.

Los síntomas observables de su consumo son, además de la euforia, la sudoración, dilatación pupilar (midriasis), aumento de la tensión arterial y de los ritmos cardíaco y respiratorio, así como de la temperatura corporal. Para su tratamiento no existen sustancias agonistas eficaces (como la metadona para la heroína) por lo que el tratamiento psicológico con apoyo farmacológico es esencial.

Las **anfetaminas** son, en principio, psicofármacos con efectos estimulantes, y son bien conocidas. Aunque las anfetaminas siguen siendo útiles para ciertos trastornos (déficit de atención y trastornos alimenticios) ha derivado, como ha ocurrido con muchos otros medicamentos, en usos inadecuados que consisten, tanto en la toma indiscriminada para fines médicos, como el uso lúdico ya mencionado de la cocaína. Los signos fisiológicos de su consumo son similares a los de aquella (midriasis, taquicardia, hipertensión, etc.), pero frente a los síntomas euforizantes de la cocaína, las anfetaminas actúan sobre las emociones de una manera variable, generando tanto sintomatología depresiva (disforia) como de tipo hipomaniaco (exaltación). Señalar que también tienen un importante potencial adictivo; el efecto estimulante es menor que el de la cocaína pero la duración del efecto es mayor y su coste económico menor; de ahí deriva que esté aumentando el consumo de estas sustancias.



### 3.1.3. Drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central ( SNC).

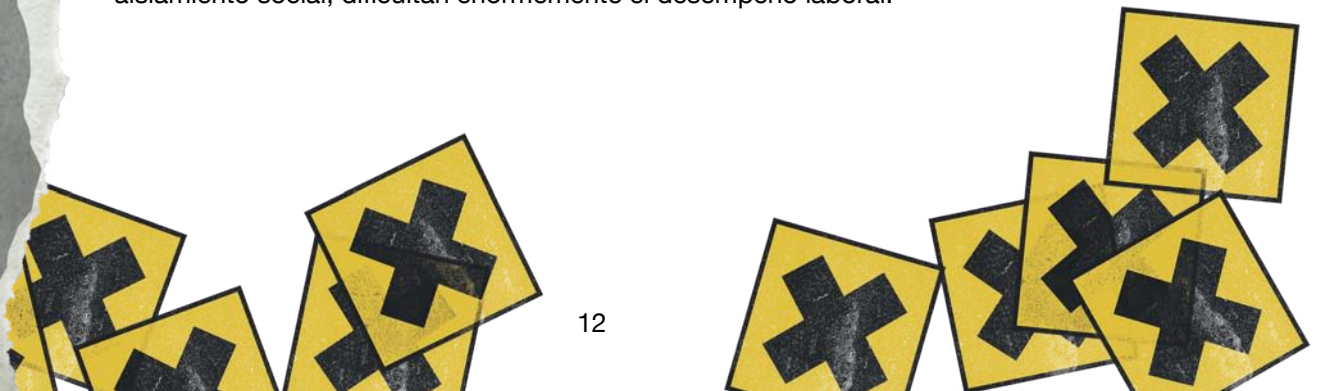
En este grupo se incluye una amplia variabilidad de sustancias como son: derivados del cannabis, MDMA (éxtasis), alucinógenos (LSD), inhalantes volátiles (colas y disolventes), anestésicos (ketamina), MDA y otras muchas sustancias naturales (belladona, peyote) y sintéticas, cuyo efecto común es el de alterar la percepción, originando alucinaciones visuales, auditivas, etc.

Las **drogas de síntesis** (MDMA, MDA, LSD, etc.) suelen ser derivadas de las anfetaminas o de opiáceos de origen sintético, por lo que producen también efectos estimulantes. Por todo ello, son muy utilizadas con fines de diversión y prolongación de la capacidad de esfuerzo por jóvenes adultos en determinados ambientes lúdicos.

El **cannabis**, en sus distintas modalidades (marihuana, resina de hachís y aceite de hachís) es la droga ilegal más consumida en nuestro país. En la EDADES 2007-2008 se recoge que un 10,8% de la población laboral lo ha consumido en los últimos 12 meses (13,3% los hombres y 7,3% las mujeres) aunque lo han probado el 36% de los hombres y el 24,3% de las mujeres. 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.

El THC (tetrahidrocannabinol) como principio activo, se ha utilizado con fines terapéuticos, y hoy en día se sigue explorando su utilidad médica, por ejemplo, para paliar los efectos del malestar ocasionado por los tratamientos contra el cáncer. Pero no cabe duda de que sus consumidores mayoritarios buscan estados de bienestar, relajación o de diversión colectiva, por lo que su uso tiende a ser indiscriminado y abusivo, acabando por afectar de manera permanente el estado de ánimo, la capacidad de relación y el rendimiento en la ejecución de tareas.

Los síntomas observables del consumo son: desinhibición, ralentización motora y de pensamiento, algunas alteraciones perceptivas, hilaridad, apetito desmedido, sequedad bucal, sueño o sudoración. Además, la dificultad de concentración, los problemas de fijación de memoria o la falta de interés por actividades sostenidas y la tendencia al aislamiento social, dificultan enormemente el desempeño laboral.



### 3.2. Uso, abuso y dependencia ¿cuál es la diferencia?.

Hemos descrito los efectos de algunas drogas y entre ellos hemos destacado su peligrosidad en función de la capacidad adictiva que tienen. Esta adictividad depende de dos factores: uno objetivo está en relación a los efectos químicos y fisiológicos de la sustancia, y 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. Los casos más comunes son el uso indicado y adecuado de los psicofármacos o el consumo social de alcohol. 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:(10)

- 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.



### 3.3. Tratamientos y objetivos terapéuticos: motivación, metas y procesos.

Si para hablar de los efectos de las drogas tenemos que tener presente la variabilidad de las personas y su experiencia, lo mismo tenemos que hacer para abordar un tratamiento. No hay curas automáticas, ni, por supuesto, milagrosas, de un drogodependiente. Ni siquiera el uso de agonistas, como la metadona, o de antagonistas que anulan los efectos de la droga (y por tanto, el refuerzo) o generan malestar, como el “Antabús” en el caso del alcohol, consiguen la curación.

Existen diversos enfoques y se han probado distintos modelos de tratamiento. Incluso, dadas las dificultades para el éxito y la frecuente aparición de recaídas, se trabaja con objetivos modestos y parciales, pero de indudable utilidad para la persona y su entorno. Esta concepción del tratamiento se plasma de dos formas: en la progresividad de los objetivos programados hasta la deshabituación (alta terapéutica) y en los programas de reducción del daño. De entre estos últimos, destacamos los siguientes: programas de salud e higiene (para reducir los daños consecuentes a la forma de administración de la droga), intercambio de jeringuillas, y programas de mantenimiento con otras sustancias (p.ej. metadona), o con la misma (p.ej. heroína) de manera controlada.

En cualquier caso, para conseguir la superación del problema, resultará imprescindible la deshabituación psicológica, para lo cual volvemos a encontrarnos con la relación droga/persona y, por tanto, la necesidad de elegir el tipo de tratamiento más adecuado en cada caso particular. Para ello se ha demostrado muy útil el modelo de Pochaska y DiClemente (1986) que tiene en cuenta los estadios de cambio del individuo, los procesos y los niveles, que se corresponderían con el cuándo, el cómo, y el qué es lo que se quiere cambiar. El modelo contiene cinco etapas que trabajan tres aspectos básicos: la motivación para iniciar o avanzar en el tratamiento; el manejo cognitivo de las vivencias; y las acciones de la persona para el cambio. Los cinco estadios serían: (11)

**Precontemplación:** cuando aún no hay motivación intrínseca, porque no hay conciencia real del problema, y se acude al tratamiento por presiones internas (familiares, problemas legales, laborales).

**Contemplación:** consciente del problema, el individuo se plantea el abandono de la adicción, pero no ha establecido un compromiso firme para lograrlo.

**Preparación o Determinación:** etapa de transición en que se va afirmando la conciencia del problema y el compromiso de cambio.

**Acción:** la conducta manifiesta del individuo cambia, así como las condiciones sociales. Comienza a actuar el refuerzo social de quienes le rodean y a ser evidente el cambio.

**Mantenimiento:** el objetivo es ahora consolidar el proceso y prevenir las recaídas. Aparecen signos de rigidez, por temor a que varíen las pautas que le han traído hasta aquí pueda ser una amenaza de recaídas. Progresivamente, van desapareciendo los temores y se incrementan la autoconfianza y refuerzo social.

Por último, mencionar las tres modalidades de tratamiento en función del control sobre el individuo, que son: ambulatorio, en centros de día y en comunidad terapéutica. Una vez lograda la desintoxicación física de la sustancia, la indicación de una u otra modalidad dependerá de distintas circunstancias:

**el historial de consumo y dependencia**  
**la posibilidad de mantener cierto autocontrol**  
**la posibilidad de realizar actividades (familiares, laborales, etc.)**  
**la existencia de tratamientos y fracasos previos**  
**los recursos sociales de apoyo**

En resumen, el tratamiento debe considerar las distintas variables de la persona y actuar desde la prevención, hasta la reinserción, pasando por la asistencia y la reducción del daño. Además, (lo dijimos como uno de los principios rectores de la Estrategia) está sujeto al principio de “integralidad” y, por tanto, al concepto de “Red de Intervención”. En este sentido, la perspectiva laboral del problema debe ampliar sus miras de tal manera que será imprescindible integrar las acciones referentes a las distintas esferas de la persona: médica, psicológica, social, laboral, y legal, si la hubiera.

### **3.4. La patología dual. Drogas y trastorno mental.**

En relación al abuso o dependencia de sustancias, conviene conocer un tipo de patología por la frecuencia con que aparece y la importancia que tiene con respecto al enfoque del problema. Se trata de la patología dual. Consiste en la aparición conjunta del uso de sustancias y un trastorno mental.

El número de casos en la población que tiene los dos tipos de trastornos es muy elevada, y llega al punto de que “alrededor del 50% de los individuos con trastornos psiquiátricos cumplen criterios diagnósticos conforme al DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales -ver nota 10- ) para abuso o dependencia de alcohol o tóxicos (excluyendo nicotina o cafeína) en algún momento de su vida”. Las sustancias más consumidas serían, además del alcohol, el cannabis, la cocaína y otros estimulantes. (12)

No está del todo claro si el trastorno mental llevó a la toxicomanía o viceversa. Lo que sí parece probado es que existe un mayor riesgo de abuso/dependencia en el enfermo mental que en la persona sana y que, a su vez, las drogas agravan el trastorno mental preexistente, o incluso son causa de él en personas con predisposición a un determinado trastorno (por ejemplo, las psicosis tóxicas, como la esquizofrenia inducida por abuso de cannabis)

En cualquier caso, es importante valorar si estamos ante un trastorno dual, y con la mayor precocidad posible, porque es muy probable que en lo referente a nuestro colectivo, el problema de consumo venga inducido por un trastorno que no ha sido identificado o tratado a tiempo y que se ha agravado por ciertas condiciones estresantes. Tal diagnóstico precoz facilitará el tratamiento y mejorará las opciones de recuperación del paciente.

## 4. ALCOHOL Y TABACO: LEGALES Y PELIGROSAS

A excepción de los psicofármacos, hemos hablado sólo de drogas ilegales, pero como vimos en la tabla de consumo de la EDADES 2007-2008, las sustancias psicoactivas más consumidas por la población laboral, y con gran distancia sobre las demás, son el alcohol y el tabaco. ¿Sabías, además, que la sustancia más adictiva de todas es la nicotina, muy por encima de la heroína o la cocaína, y muchísimo más que el cannabis? ¿o qué uno de cada 20 hombres y una de cada 40 mujeres son bebedores de alto riesgo entre la población laboral española? (dato de EDADES). Por estas y otras muchas razones vamos a tratar de estas sustancias con mayor detenimiento:

### 4.1. Alcohol.

#### 4.1.1. ¿Cuándo es un problema su consumo?

La aceptación social de su consumo hace del alcohol una sustancia en la que todos distinguimos entre uso, abuso y dependencia. Si entendemos por “uso” el consumo moderado y responsable, la cuestión es qué se entiende por “moderado y responsable” y donde están los límites.

Los estudios médicos sobre sus consecuencias son abundantes. La OMS considera que el 4% de las muertes a nivel mundial son debidas al alcohol, la mayoría por heridas -especialmente accidentes de tráfico- y enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y cáncer.

En un estudio muy reciente (Abril 2011) publicado en la British Journal of Medicine se ha valorado el peso atribuible al alcohol en la aparición de cáncer. El estudio se ha realizado en 8 países de Europa occidental, incluida España, y sobre una muestra muy amplia (365.000). Los resultados indican que un 10% de los cánceres en hombres y un 3% en mujeres son atribuibles al consumo previo o actual de alcohol, siendo los más destacados el del tracto aerodigestivo superior (44% del total en hombres y 25% mujeres), hígado (33 y 18% respectivamente), colon (17 y 4 %) y mama (5%). Esta atribución causal alcohol-cáncer tiene que ver con el consumo superior al recomendado. (13)

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 Alcohol y Drogas en España 2007-2008 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).

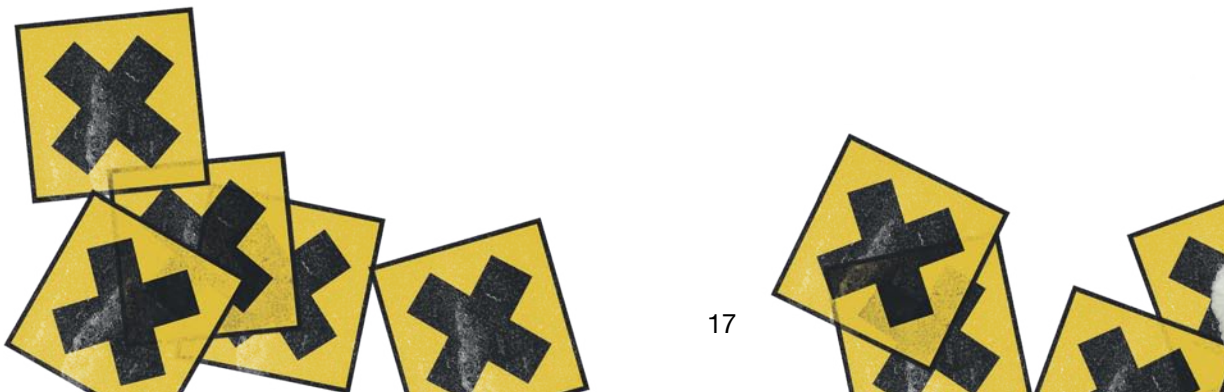
Un fenómeno que no es nuevo, pero que está aumentando considerablemente, es el del “atacón de alcohol” (binge drinking) que consiste en el consumo de 5 o más UBE en un intervalo aproximado de dos horas. Casi el 20% de hombres y el 7,7% de mujeres reconocen haber realizado esta práctica alguna vez en 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 “atacón” 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 (14).

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 Evaluation) 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.



#### 4.1.2. Alcoholismo: enfermedad, por supuesto.

Desde el principio hemos querido destacar el enfoque del consumo de sustancias psicoactivas como una cuestión de salud. ¿Por qué insistir, entonces, en el caso del alcohol? La razón está en la consideración del alcohol como droga de “uso social”, lo que lleva a una percepción social “ambigua” de su consumo: por un lado, es admitido -incluso, propiciado en algunas circunstancias- y, por otro, se rechaza y estigmatiza a la persona con conductas de abuso o dependiente, como si se tratara de alguien que no “sabe” o no “quiere” mantenerse en los límites. De esta manera, la consideración de enfermedad que fácilmente asumimos para los dependientes de drogas ilegales, es inconscientemente negada para los alcohólicos, hasta que las consecuencias y conductas de estos son muy graves y, a veces, irreversibles.

Desde el punto de vista de la intervención, por tanto, es fundamental detectar el problema de una manera precoz y actuar con criterios sanitarios, con la ayuda de los profesionales, los delegados sindicales y de prevención junto a los recursos sociales adecuados.

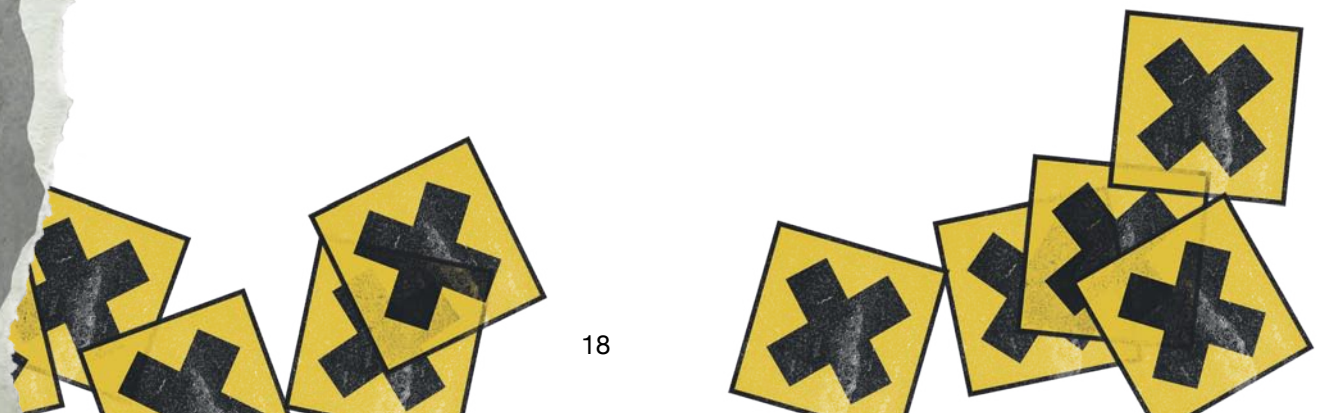
El alcoholismo, como enfermedad, es un trastorno crónico que se va instaurando poco a poco. Una explicación clásica de este proceso es la aportada por Jellinek (1960), quien consideraba que es un proceso en 4 fases:

**Prealcohólica:** consumo social con progresivo aumento de cantidad.

**Alcoholismo temprano:** aparecen los primeros síntomas de abstinencia y amnesia durante o después del consumo excesivo.

**Fase crucial:** adicción, pérdida de control, desintegración de la vida social, cambios de humor, depresión, intentos de suicidio e, incluso, episodios de “delirium tremens”.

**Fase crónica:** la persona abandona cualquier intento de mantenerse sobrio, la ebriedad puede durar varios días y aparecen lesiones orgánicas en hígado y cerebro, y avitaminosis (déficit vitamínico) grave, con el consiguiente deterioro físico, mental y social.



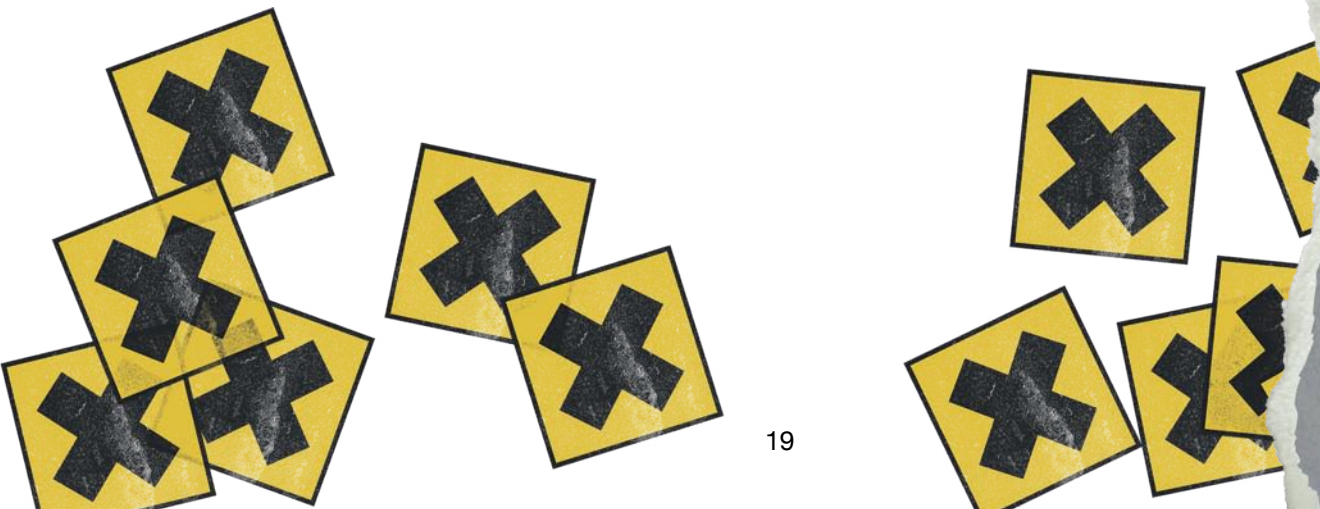
#### 4.1.3. **Intervenir es una obligación de todos, pero ¿cómo?**

El primer paso es tener conciencia de cuanto estamos diciendo y unos conocimientos mínimos 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 el asesoramiento 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.(15)

Todo cambio implica un coste y sin este impulso del entorno de la persona, son pocos los que aceptan este coste y se acercan 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).



## 4.2. Tabaco.

El tabaco, tal y como se consume mayoritariamente en nuestra sociedad (cigarrillos) (16) 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) Con respecto a Instituciones Penitenciarias, la Disposición Sexta de la ley 28/2005 que permitía “habilitar zonas” para fumar en los establecimientos penitenciarios, ha quedado modificada por la reforma de 2010 que reduce esa posibilidad, expresamente, para los internos, en zonas al aire libre, o bien salas habilitadas, señalizadas y ventiladas.

### 4.2.1. Efectos del tabaquismo.

El consumo de cigarrillos se extiende a partir de mediados del siglo XIX y, sobre todo, desde que se inventa la máquina para fabricarlos en 1881. Pero no es hasta 1960 que se empieza a tomar conciencia de las repercusiones sobre la salud que éste representa, hasta considerar la nicotina como una droga por su poder de adicción. (17).

Pero, además, 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 los 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, que han pasado de la negación (no entendemos ningún consumo responsable en el tabaco) a la inclusión en sus productos de información gráfica sobre los efectos letales de su consumo.

Por tanto, si no hay ninguna duda sobre las consecuencias individuales y de salud pública que tiene esta epidemia (como lo denominan algunos especialistas) ¿por qué su consumo sigue siendo tan elevado? O dicho desde una perspectiva individual y de tratamiento: ¿por qué las personas no abandonan su consumo?



#### 4.2.2. ¿Cómo lo dejo?

Para alcanzar un nivel de motivación suficiente para iniciar el tratamiento de deshabituación del tabaco, deben concurrir, al menos, dos factores:

- Conocimiento/información sobre las consecuencias del consumo.
- Tener conciencia del problema (no teórica, ni en general, sino por parte de la propia persona consumidora).

El proceso no sólo queda en saber y tener conciencia, sino que para concluirlo con éxito necesita además:

- Tomar la decisión de proceder a dejar el consumo.
- Iniciar las acciones necesarias para realizar este proceso.
- Usar estrategias de mantenimiento a largo plazo.

Cómo ayudar a que un fumador deje de serlo implica, por lo tanto, actuar sobre las cinco fases de cambio.

La Ley 28/2005 incide sobre la prohibición de fumar, pero también obliga a las Administraciones Públicas a promover acciones de prevención y programas de deshabituación, no sólo en la red asistencial sanitaria, sino en otros ámbitos, como son los centros de trabajo.

En este contexto, insistimos en la necesidad de incluir medidas informativas, de educación para la salud laboral y de facilitación de acceso a recursos sanitarios en el Plan de Prevención del centro. En concreto, debe contener campañas periódicas de información, jornadas o cursos de educación para la salud y el compromiso de la Administración para facilitar el acceso a los tratamientos.

Los **tratamientos** que se han demostrado más efectivos a corto plazo son (18):

- Técnicas educativas
- Chicle de nicotina combinado con técnicas conductuales
- Hipnosis en grupo
- Intervención médica con pacientes cardíacos
- Fumar rápido (técnica aversiva que consiste en fumar todo lo rápido que puedas para provocar sensaciones desagradable)
- Saciación (técnica aversiva)
- Contratos de contingencia (implica la formalización de un acuerdo o contrato sobre los premios o castigos que se obtendrá de modo contingente a fumar o dejar de hacerlo).

A largo plazo (un año de seguimiento) el más efectivo sería el “programa multicomponente”, es decir, el que combina varios de ellos, como motivación, técnicas de control de estrés, una técnica de abandono (por ejemplo, fumar rápido) y refuerzo del mantenimiento de la abstinencia (habilidades sociales y apoyo social).

Estos programas han demostrado su eficacia y por su buena relación entre coste y eficacia, merecen la pena ser aplicados.

## 5. 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”.(19) 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 biológicas 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 estos alcanzan en la mujer aconsejan una atención específica. A continuación, repasaremos algunos efectos específicos de varias sustancias en las mujeres\*:

**Tabaco:** por su efecto antiestrogénico 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.

**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.

## 6. PLANES DE PREVENCIÓN.

### 6.1. Drogas y legislación laboral: ¿drogas en el trabajo?

El uso de drogas por un trabajador está claro que va a afectar su salud en uno u otro momento de su vida, más o menos gravemente, e incluso puede afectar a la salud de los demás. Pero también va repercutir en su rendimiento y en la relación con sus compañeros, jefes y subordinados, y va a aumentar el riesgo de accidentes laborales. Es decir, va a afectar a su “relación laboral” en su sentido más amplio, a sus derechos y obligaciones y a la regulación normativa de los mismos. A este respecto y desde la consideración general de la salud, habría que citar la Constitución, la Ley General de Sanidad, la Ley General de la Seguridad Social, La Ley sobre Seguridad Social de Funcionarios, etc. Pero nos interesa más centrarnos en la salud laboral y, en concreto, en aquellas disposiciones que puedan hacer referencia directa e indirecta al consumo de drogas por el trabajador penitenciario:

- Estatuto Básico del Empleado Público. (EBEP)
- Estatuto de los Trabajadores.
- Convenio Único del Personal Laboral de Administración General del Estado (A.G.E.).
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (LPRL).
- Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Reglamento de Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la A.G.E.

Casi todas ellas tratan de “la promoción de la seguridad y la salud de los trabajadores mediante el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo” (artículo 2, Ley 31/95 LPRL) pero también recogen consecuencias disciplinarias para los trabajadores en caso de que el uso de sustancias afecte al ejercicio de sus funciones. En este sentido, es muy explícito el artículo 54.2.f) del Estatuto de los Trabajadores, que considera incumplimiento contractual (y por tanto, causa de despido disciplinario) “la embriaguez habitual o toxicomanía si repercute negativamente en el trabajo”.

La Unión General de Trabajadores insta a la derogación del mencionado artículo, puesto que defendemos que en cualquier caso, el consumo de sustancias no podrá ser causa directa o indirecta de despido o sanción disciplinaria, ya que el problema de la drogodependencia es una enfermedad, y como tal ha de tratarse.

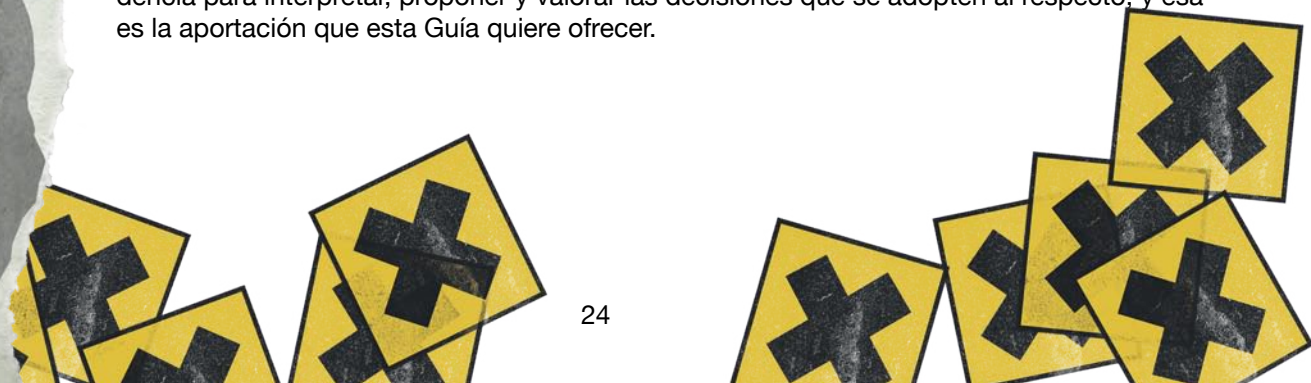
La aplicación de estas actuaciones disciplinarias señalarían en general- la dejación o el fracaso de otras medidas necesarias relacionadas con la protección de la salud de los trabajadores”.(20) Esta reflexión expone con acierto cuál es la dimensión en que se mueve el abordaje de la drogadicción en el mundo laboral (asistencia vs. despido) a la vez que se decanta por uno de sus polos: el previsor y asistencial, que es el que las ciencias de la salud y las ciencias sociales defienden.

Puesto que, a excepción de el artículo 54.f) ET, no existen previsiones normativas expresas sobre el uso de drogas en el trabajo o la consideración de los trabajadores con este trastorno, es importante destacar los principios que conforman la actuación sobre la salud de los ciudadanos, en general y en cuanto trabajadores, en particular. Así, la Ley General de Sanidad responsabiliza a los Servicios Sanitarios de la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención, la asistencia y la rehabilitación y la reinserción social del paciente (artículo 6, Ley 14/1986) Trasladando este principio al ámbito laboral y siempre con un enfoque preventivo, la Ley Prevención de Riesgos Laborales prevé la constitución o concertación del Servicio de Prevención para garantizar la seguridad y la salud y asesorar al empresario, a los trabajadores y a los representantes de estos (artículo 31, LPRL) Es en este marco en el que debe tratarse la actuación sobre las drogodependencias en los trabajadores de Instituciones Penitenciarias.

## **6.2. Planes de Prevención: en mi centro también. La participación de los trabajadores en la prevención del consumo de drogas en la empresa.**

Llegados a este punto, hemos querido ligar dos conceptos esenciales en el problema que nos ocupa: prevención y participación de los trabajadores. La razón está implícita en lo dicho hasta ahora y consiste en la necesidad de dar un enfoque sanitario a la cuestión; que, además, sea fundamentalmente preventivo; y que, como garantía del mismo y para evitar el sesgo disciplinario, se ejerza el derecho/deber de participación de la representación sindical en la elaboración inicial, el seguimiento de las actuaciones y la evaluación de la eficacia de los Planes de Prevención. Todo ello en un contexto de respeto a la intimidad y la dignidad del trabajador y salvaguardando los derechos del trabajador/paciente en caso de que haya que hacerlos valer ante una instancia administrativa o judicial.(21)

Por eso, es muy importante que comprobemos que estos aspectos están incluidos de manera suficiente (no sólo literal) en el Plan de Prevención y, si no es así, pidamos que se modifique en las evaluaciones periódicas que la ley prevé (artículo 16, LPRL). Para ello, la Administración sabe, en tanto empleador, que tiene la obligación legal de promover dicho Plan, y que sus exigencias técnicas deberán ser cumplidas por el Servicio de Prevención que debe contar, a su vez, con los profesionales cualificados para su elaboración. Junto a ello, los trabajadores y sus representantes, así como los mismos responsables administrativos de los centros, deberían contar con unos conocimientos mínimos en materia de drogodependencia para interpretar, proponer y valorar las decisiones que se adopten al respecto, y esa es la aportación que esta Guía quiere ofrecer.





### 6.3. 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

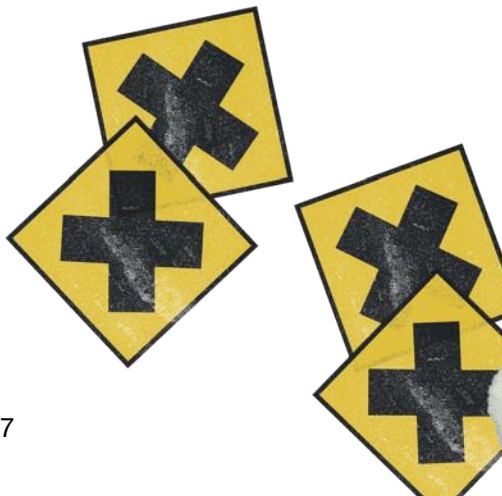
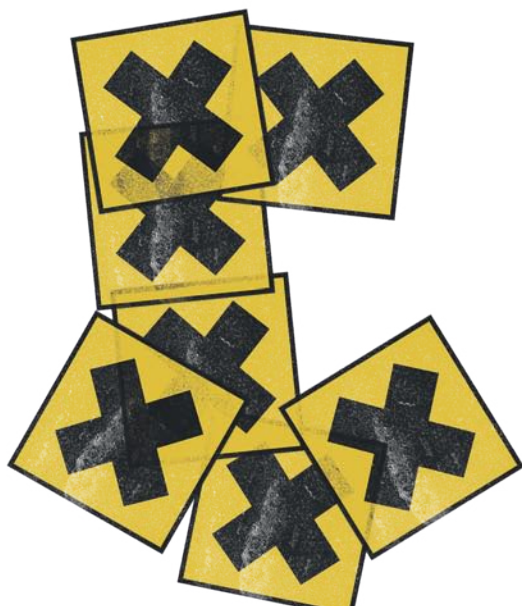
Campañas publicitarias-informativas (posters, trípticos, manuales, etc.).  
Educación para la salud orientada al cambio de actitudes y comportamientos frente al alcohol y otras drogas.

### 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.



#### 6.4. Funciones de los Delegados de Prevención en materia de prevención de riesgos laborales relacionados con las drogodependencias.

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 tratamentales (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.

## 6.5. Recursos preventivos

Conocer, no negar la realidad, querer abandonar el consumo de una sustancia que, por su toxicidad o adictividad, nos perjudica ahora y más gravemente en el futuro, es el primer paso del “hacer” y su valor terapéutico de cambio es muy valioso. Lo siguiente es un proceso de metas parciales, que se pueden conseguir con la acción y que nos aproximan, con seguridad, al objetivo que aparece como ideal o inalcanzable al principio (un fumador no se ve sin un cigarro en la mano...) pero que muchos han demostrado que se puede alcanzar (... y acaban por no imaginarse con él).

### 6.5.1. La Red de Intervención

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 el 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.insht.es)**

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

En las NOTAS finales se hace referencia a distintos informes, artículos o manuales en los que se pueden ampliar los conocimientos enunciados en esta Guía.



## NOTAS

1. Hernández-Martín, L. y otros (2006) “Burn out en funcionarios de vigilancia penitenciaria”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6, no 3, 599-611.
2. *La evaluación de riesgos psicosociales* (2010) UGT. Realizado por la Universidad de Barcelona para UGT-CEC Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. Financiado por la Fundación para la Prevención de los Riesgos Laborales. Ofrece una información detallada sobre este tipo de riesgos, su detección y evaluación. Otros manuales muy útiles editados también por UGT-CEC, son: *Carga mental y trabajo* (2010) realizado por la Universidad de Alcalá de Henares, y *Tratamiento convencional de los riesgos psicosociales* (2010) realizado por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.
3. Definición de salud según la OMS: “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”
4. Marslach Burnout Inventory (MBI)
5. PNSD [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es) Organización Institucional: Presentación general
6. Estrategia Nacional Sobre Drogas (ENSD) Páginas 4 y 5
7. ENSD Páginas 8 y 9
8. ENSD Página 63
9. ENSD Página 64
10. *Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR): “Trastornos por uso de sustancia (TUS)
11. Graña López, J. L. (1995) *Conductas adictivas. Teoría, evolución y tratamientos*. Madrid. Debate. Págs. 5-14. Es un manual reconocido entre los profesionales de la psicología por la seriedad científica y la amplitud de la revisión de estudios en que basa sus conclusiones y propuestas.
12. Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (coords) (2010) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Síntesis. Madrid. Págs. 451 y ss.
13. “Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study”. (2011) *BMJ* 2011; 342: d 1584.



14. Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE). *Guía de buenas prácticas*. Pág. 17.
15. Becoña, E. y Cortés, M. (coords) (2008): *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol. Barcelona. Pág. 29.
16. Pascual Pastor, F. (2008): “Antecedentes históricos de las adicciones. Del siglo XIX hasta 1940”. En Torres, M.A.; Santodomingo, J; Pascual, F.; Freixa, F. y Álvarez, C.: *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Socidrogalcohol. Barcelona.
17. Graña López, J. L. (1995) *Conductas adictivas. Teoría, evolución y tratamientos*. Madrid. Debate. Págs. 373-374.
18. Graña López, J. L. (1995) *Conductas adictivas. Teoría, evolución y tratamientos*. Madrid. Debate. Pág. 458.
19. *Mujer y drogodependencias en el ámbito laboral*. (2008) UGT- CEC Secretaría de Salud Laboral. Págs. 2-3. Es una guía de prevención centrada en la mujer desde la perspectiva de género, de la que se han extraído los datos ofrecidos en el Punto 6 de esta Guía.
20. *Mano a Mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Manual del programa*. (2003) Gobierno de La Rioja. Es uno de los manuales que recoge con cierta amplitud referencias sobre legislación y drogas, y aunque algunas citas legales están derogadas y conviene contrastarlas, contienen una información todavía útil.
21. *El tratamiento jurídico de los riesgos psicosociales*. (2010) Realizado por la Universidad de Zaragoza para UGT-CEC Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. Financiado por la Fundación para la Prevención de los Riesgos Laborales. Es un exhaustivo estudio sobre las implicaciones jurídicas y administrativas de los riesgos psicosociales, e incluye una revisión jurídica y judicial de casos y un estudio amplio de los criterios de la Inspección de Trabajo.
22. *Manual para la prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*. (2005) Consejería de Igualdad y Empleo. Junta de Andalucía. Págs. 151-2.







GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

mano a  
mano  
por tu salud

