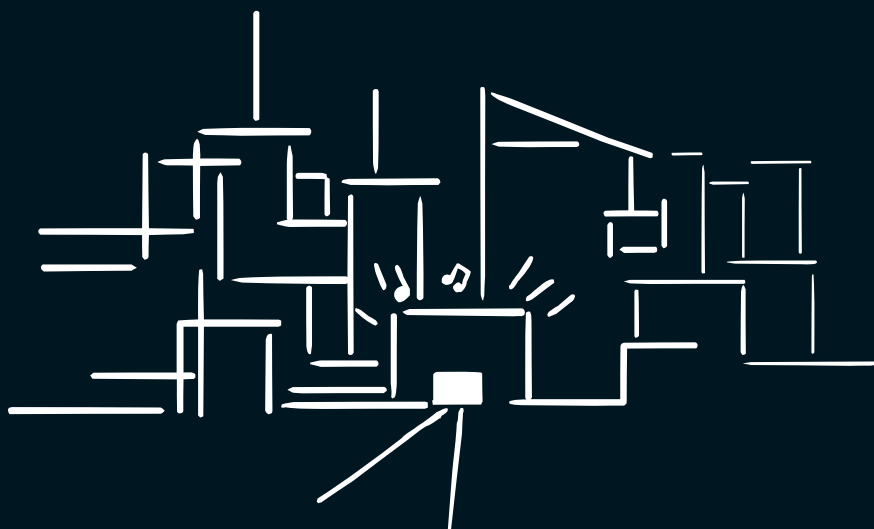


MÁS VALE PREVENIR

Guía de prevención de
adicciones en el ámbito laboral



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

MÁS VALE PREVENIR

Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral

EQUIPO DE TRABAJO

Autoría de los contenidos

Luz Aceytuno Moreno

Eugenio Egea Molina

Margarita Estévez Falcón

Pedro Pablo Medina Sánchez (Coordinación)

Noé Matías Rodríguez Pérez

Diseño de portada

Sara Medina Domínguez

Fotos al inicio de los capítulos

Pedro Pablo Medina Sánchez

Edición

Juana Rosa González Gopar, coordinadora de Producción de Radio ECCA

Diagramación, fotomecánica, impresión y encuadernación

Talleres de Artes gráficas de Radio ECCA

Edición: 01-2010

Depósito Legal: G.C. 719-2010

I.S.B.N.: 978-84-693-8421-3

ÍNDICE

Índice	5
Introducción	7
Presentación	9
Bloque 1. La prevención en el ámbito laboral	11
Bloque 2. Salud y prevención	23
Bloque 3. Conceptos básicos: ¿de qué hablamos?	35
Bloque 4. Factores de riesgo y de protección en la prevención de conductas adictivas... 43	
Bloque 5. Información sobre sustancias y comportamientos adictivos	51
Bloque 6. Aspectos legales y adicciones en el ámbito del trabajo	73
Bloque 7. La prevención de las adicciones en el ámbito laboral.....	89
Bloque 8. Adicciones y género	99
Bloque 9. Cultura e interculturalidad	107
Bloque 10. Recursos para la atención a las drogodependencias	119
Bibliografía	123

INTRODUCCIÓN

La vida, invitándonos a escribir y actuar nuestra existencia, nos mueve por diferentes escenarios, todos ellos de decorado particular y de gran potencialidad para el desarrollo y realización de "nuestra obra". Así, ámbitos familiar, de educación y formación y social, donde el laboral adquiere un protagonismo singular, son recorridos en un intento de dar sentido a nuestra presencia personal y comunitaria.

Los ensayos y esfuerzos de todas las actrices y los actores que intervienen en los tiempos de la infancia y adolescencia, así como sus interactuaciones, son determinantes en la elaboración del guión del siguiente tiempo de la vida adulta, razón por la cual la dirección no debe descuidar todos los factores y elementos que, íntimamente relacionados, darán cuerpo al momento social de la obra y que parece esperar todo el público: el Trabajo.

Es en la ocasión biográfica de lo social, con las tablas que da la experiencia acumulada, donde toma especial relevancia la expresión artística en el contexto del trabajo. Lo laboral se erige, así, en el marco ineludible donde se presenta la oportunidad de mostrar el conocimiento y habilidades adquiridas para la construcción de la nueva sociedad que aspiramos. En lo laboral, el ser humano y la misma sociedad se juega su sentido y razón, y es por ello por lo que su cuidado exige la máxima responsabilidad de la Administración Pública y de todos los agentes y entidades que se han demostrado competentes en la materia.

La prevención y atención de los problemas de salud que se vinculan a dicho medio deben marcar la prioridad en la edad adulta, pues es fundamentalmente el trabajo el que otorga al individuo el mayor de los sentimientos de incorporación social, y consecuentemente de pertenencia e identidad, proyectándolo con una significación trascendente más allá de la ocupación del momento.

Es por ello por lo que se hace imprescindible estar atentos a este ciclo de la realidad de la persona, pues situaciones como el consumo de drogas y la instauración de adicciones en el mundo laboral ponen en serio riesgo el espíritu de todo lo expuesto. Se demanda, pues, nuestra más firme decisión por su defensa en términos de formación y planificación estratégica para la intervención temprana.

Y llegados a este punto, y con el más respetuoso permiso de sus autores y autoras, quiero expresar mi deseo de que el manual que aquí se presenta se convierta en una herramienta motivadora para iniciar a quien lo considere - persona, institución o agente social del ámbito laboral - en el celo de un espacio y tiempo donde la persona se juega su obra, su sentido de ser y estar.

Porque si hay algo sagrado merecedor de nuestra custodia, aún en los arrabales de nuestra cultura normalizadora, es sólo el ser humano, trabajador empecinado en cimentar y levantar su historia mientras empuja también la nuestra.

Deseo que mis palabras le puedan servir de invitación para seguir echando una mano, al estilo de la antigua usanza entre nuestra gente, en la noble y humanizadora tarea de proteger la dignidad del que está o quiere estar trabajando.

De antemano, muchas gracias por considerar y leerse este manual, y ojalá nos sigamos encontrando... en este trabajo.

Pilar Teresa Díaz Luis
Directora General de Atención a las Drogodependencias

PRESENTACIÓN

El manual “Más vale prevenir” pretende ser una guía de actuación para los/as profesionales que trabajan en el área de prevención e investigación de las adicciones y es producto de una nueva y feliz colaboración entre la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias, y Radio ECCA Fundación Canaria.

Actualmente, existe una preocupación generalizada, que ha trascendido el ámbito familiar, por el consumo de drogas. Los tiempos han cambiado y las relaciones familiares y sociales también lo han hecho. Hoy se abordan de manera diferente, con un mayor grado de información, todos los temas relacionados con las drogodependencias que puedan afectar a los hijos e hijas. No obstante, queda mucho camino por recorrer en este ámbito y mucho más aún en el de la prevención de adicciones en el ámbito laboral, un camino apenas iniciado y que, según la tesis central de este manual, debe formar parte de los planes de protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras.

“Más vale prevenir”, el manual que presentamos, se ocupa de la prevención de las adicciones en el ámbito laboral y lo hace desde el punto de vista de la salud. La obra cumple los criterios de sencillez expositiva y facilidad de comprensión, sin renunciar a la precisión conceptual ni al rigor técnico; incluye la perspectiva de género y contempla el III Plan Canario de Drogodependencias (2010-2017). Un repaso al índice nos adelanta un contenido actualizado e imprescindible: la prevención en el ámbito laboral, salud y prevención, conceptos básicos, factores de riesgo y de protección en la prevención de conductas adictivas, información sobre sustancias y comportamientos adictivos, aspectos legales y adicciones en el ámbito de trabajo, la prevención de las adicciones en el ámbito laboral, adicciones y género, cultura e interculturalidad, recursos para la atención a las drogodependencias...

Radio ECCA Fundación Canaria se siente orgullosa de haber podido colaborar en la edición y distribución masiva de este manual que se ofrece, además, como la primera de una serie de publicaciones y acciones formativas destinadas a la prevención de adicciones en el ámbito laboral.

María del Carmen Palmés Pérez
Directora de Radio ECCA



BLOQUE:

1

LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

Las sociedades, a través de la historia, han ido evolucionando, en todos los ámbitos de su organización: político, humano, social, económico, educativo, jurídico...

También en el mundo laboral se produce esta evolución. A lo largo del tiempo se ha ido variando el concepto de trabajo: desde el trabajo para la subsistencia al trabajo para el intercambio; desde el trabajo forzado, la esclavitud, hasta el derecho de los trabajadores en la etapa de la Revolución Industrial, para llegar actualmente al teletrabajo, que se va imponiendo y que parece ser el futuro inmediato o el presente continuo.

Las adicciones han tenido una evolución ostensible en el último cuarto del siglo XX y en lo que va de siglo XXI; se puede constatar cómo han pasado de considerarse por los ciudadanos/as y en las organizaciones competentes como una lacra social, a ser vistas, reconocidas y afrontadas como un problema de salud, como una enfermedad.

Con la aparición de las problemáticas asociadas al consumo de drogas; o, más bien, con la aceptación por parte de los estados y las sociedades de la existencia de un problema de salud en torno al consumo de las sustancias, aparece también un problema de seguridad con connotaciones económicas, asociadas a los niveles de tráfico de drogas y con afectación de las estructuras de los estados y de las sociedades.

La prevención del tráfico y del consumo de drogas se puede plantear en doble sentido. Podríamos establecer que existe una retroalimentación: primero, se produce la problemática, las sociedades empiezan a organizarse de manera que puedan afrontarla; y, posteriormente, los estados y las organizaciones internacionales proceden a coordinarse y establecer políticas y estrategias de intervención. Esta visión global de la problemática permite que se definan estructuras más especializadas y coordinadas desde las organizaciones y los estados hacia la sociedad.

Aunque esta retroalimentación se repita con cierta fluidez o no, según se interprete, no deja de ser cierto que, dependiendo de cómo sean las visiones de los estados y las organizaciones, las políticas o estrategias suelen enfocarse en dos líneas básicas: la prevención de la demanda, más característica y avanzada en Europa; y la prevención de la oferta implementada con mayor o menor acierto en casi todo el mundo y con el liderazgo de EEUU.

La especialización de la intervención en adicciones en la actualidad ha hecho que se definan dos áreas básicas de las que emanan todas las líneas de actuación y asistencia e integración social. Además, se consideran otras áreas de apoyo transversales como pueden ser la formación, la coordinación y planificación, la reducción de la oferta, la investigación, la evaluación, etc.

Con la especialización en el desarrollo de las estrategias y objetivos para el área de prevención se definen los ámbitos de actuación, estableciendo como principales: el sociocomunitario, el educativo, el laboral, el ocio y tiempo libre, el familiar y los medios de comunicación.

Desde esta perspectiva, y centrándonos en el ámbito laboral, las organizaciones competentes en la prevención de las drogas y las drogodependencias, podemos analizarlas, desde una visión macro hasta

una especializada. En el marco internacional se considera a las Naciones Unidas el órgano de máximo nivel de coordinación segundo.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estructura su intervención en drogodependencias a través de varios organismos entre los que están:

- La ONUDD, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, que establece la intervención desde una perspectiva multilateral asociada a los delitos derivados de las drogas.
- La Comisión de Estupefacientes, un organismo para la toma de decisiones de la ONU en los aspectos relativos a las drogas.
- La JIFE, Junta de Fiscalización de Estupefacientes, se encarga del control de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y precursores.

La ONU crea el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas -PNUFID- con la competencia de coordinar y dotar de dirección las actividades de las Naciones Unidas en los aspectos de fiscalización de drogas, prevención, tratamiento y rehabilitación de los adictos/as, así como las reformas destinadas a ampliar la capacidad de los estados para la intervención en drogas.

En el abordaje de los aspectos concretos de la prevención de drogas en el ámbito laboral y sanitario, los organismos internacionales especializados en este campo están representados por la OMS y la OIT siendo los más relevantes.

La función de salud pública de la OMS integra sus actividades en la estrategia global de "Salud Para Todos"; "lograr para todos los pueblos el máximo grado de salud", que promueve una política mundial de equidad, solidaridad y salud, sobre la base de la investigación, el desarrollo de los servicios de atención primaria de la salud y la participación comunitaria, asumiendo una doble función de control y de salud pública.

La OMS proporciona a los países información actualizada, normas y apoyo técnico para desarrollar planes nacionales y programas de prevención y reducción de los problemas de salud relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, profundizando en todos los aspectos en los que se ha ido adentrando la investigación hasta la actualidad: el estudio de la oferta y de la demanda desde los aspectos asistenciales, preventivos, jurídicos, de inclusión social, la planificación de la acción, el control del tráfico de drogas, los precursores químicos, etc.

La OIT, Organización Internacional del Trabajo, tiene como función definir normativas, a las que los estados se pueden ir adhiriendo a través de convenios y recomendaciones, e instrumentalizar las políticas que se deben implementar en el ámbito de la salud y el trabajo. Sus prioridades son la seguridad y salud de los trabajadores/as y el medio ambiente de trabajo.

El documento "Alcohol y drogas en el lugar de trabajo", publicado por la OIT en 1996, define como objetivo general el prevenir, reducir y tratar los problemas vinculados al consumo del alcohol y otras drogas; y plantea los criterios mínimos de actuación para las autoridades, las empresas, los sindicatos y los trabajadores/as. Entre sus conclusiones establece que hay que implantar medidas de control y definir

programas preventivos en las empresas que afronten la problemática, dado que será menor esta inversión que la que se haga en salud por problemas de adicciones o mejora de la productividad de los trabajadores/as.

Otro organismo de carácter internacional con relevancia para el mundo hispano es la OEA (Organización de Estados Americanos), que se implica en los trabajos que se desarrollan en el ámbito de las drogas, creando en 1986 la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD. Entre sus objetivos está fomentar y facilitar la cooperación multilateral entre los Estados miembros en materia de control del tráfico, la producción y el consumo de drogas.

Los organismos internacionales y los estados definen estructuras organizativas que asumen las competencias y legislan sobre ellas para dar respuesta a las necesidades de la sociedad. El marco europeo supone un referente a nivel mundial, porque los Estados de la Unión definen políticas en asuntos sociales, en las que los derechos de los ciudadanos/as y de los trabajadores/as están por encima de cualquier otro interés.

La Comisión Europea, con aprobación del Parlamento Europeo, establece los Planes de Acción Europea 2000-04 y, a finales de 2004, define la "Estrategia europea en materia de lucha contra la droga" (2005-2012). Esta establece las acciones y directrices a desarrollar por los Estados miembros en los diferentes ámbitos de la intervención en drogas: "El problema de la droga se plantea desde varias perspectivas, desde las políticas en salud, la investigación y la práctica, también en la cooperación operativa contra el tráfico de drogas. La legislación y las políticas a través de las que finalmente se plasmará el planteamiento tendrán que tener en cuenta todos estos aspectos, y aunarlos en propuestas coherentes y sólidas".

Entre los organismos mas relevantes dentro del marco europeo podemos distinguir:

El Grupo Pompidou. Este fue creado en el seno del Consejo de Europa en 1971. Se denomina también Grupo de Cooperación para Combatir el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas.

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) es una agencia descentralizada de la UE. El Consejo Europeo ubicó el Observatorio en Lisboa y comenzó a funcionar en 1995. El objetivo del OEDT es proporcionar a la Comisión Europea y a sus Estados miembros información objetiva, fiable y comparable en el marco europeo sobre el fenómeno de las drogas y las toxicomanías, así como sobre sus consecuencias.

El Grupo Horizontal de Drogas (GHD). Es el principal grupo de trabajo en materia de drogas del Consejo de la UE. En él, el abordaje de las drogodependencias es multilateral. Actúa como grupo coordinador en el Consejo de todas las cuestiones relacionadas con las drogas. Sus funciones principales consisten en preparar una política sobre drogas clara y coherente que asume y adopta el Consejo; y, en segundo lugar, proceder a la ejecución de dicha política en nombre del Consejo.

En el aterrizaje y aproximación de la intervención en drogodependencias -y especialmente en prevención laboral en el ámbito nacional- se hace primordial definir las estrategias de los estados y su aplicación descentralizada. Partiendo del hecho de que cada estado tiene estructuras acordes a su legislación y a su organización administrativa, para España, debemos considerar como referente el Plan Nacional sobre Drogas. Es conveniente tener en cuenta que cada Comunidad Autonoma ha desarrollado un corpus

administrativo diferenciados en su sistema de gestión e implementación de las políticas a ejecutar en el ámbito de las drogodependencias. No por ello se ha perdido la necesaria coordinación interestatal.

En España, el Plan Nacional sobre Drogas ha dependido en unos periodos del Ministerio de Interior y en otros del Ministerio de Sanidad. Es el encargado de coordinar las políticas nacionales, internacionales e interautonómicas. Según sus competencias, las comunidades autónomas han ido creando, dependiendo de sus necesidades, organismos que coordinan y planifican la actuación en sus áreas geográficas. Cabe destacar que la definición y desarrollo, tanto legal como orgánico de estas, ha sido a la vez que paralelo, en la mayoría de los casos dispar.

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) creado en el año 1985 fue destinado a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales. El organismo competente que lo desarrolla es la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Los eslabones más cercanos a los ciudadanos/as y, por ende quizás los más relevantes, son los Planes Autonómicos y los Planes Municipales. Estos se definen de forma diferente según la Comunidad Autónoma a que se refiera. El sistema en La Comunidad Autónoma de Canarias es de carácter mixto en la gestión y específico en el modelo asistencial. Significa esto que las competencias e intervención asistencial no sólo son asumidas por el Gobierno autónomo sino que también están gestionados por ayuntamientos, cabildos y ONG, dependiendo de las características y especificidades insulares.

Por otro lado, las competencias en prevención, en cualquiera de sus ámbitos, se distribuyen entre administración autonómica, insular y local, estando definidas sus competencias en la Ley 9/98. Todas ellas serán analizadas en un módulo de este manual.

El conocimiento epidemiológico de las drogas en el ámbito laboral supone, en cierta manera, introducir la investigación sobre drogas un paso más allá, un nivel más en su profundización y conocimiento. Debemos tener en cuenta que la epidemiología inicialmente se dedica a aspectos médicos, para rápidamente incorporar aspectos sociológicos, psicológicos y medioambientales o ecológicos, permitiendo a los/las profesionales definir con mayor precisión los perfiles de los enfermos/as y crean secuencias temporales que permiten establecer estrategias para cada ámbito de intervención.

En España se desarrollan desde 1995 series temporales de investigación epidemiológica, tanto en el ámbito de la población general, conocidas como EDADES, como en estudiantes, denominadas ESTUDES. En la primera se han ido ampliando las variables y se han ido introduciendo aspectos de carácter laboral que han permitido hacer una aproximación a la problemática.

En Canarias, el primer estudio sobre drogodependencias en el ámbito laboral fue hecho por la FAD en 1999. El último informe sobre la población general 2007-08 realiza una aproximación a la incidencia del consumo de drogas en el ámbito laboral y en el se incluye un módulo con el objeto de valorar las variables sociodemográficas, su situación, el tipo de ocupación, el nivel profesional y el tipo de jornada laboral. Entre los aspectos de estudio, se encuentran:

- La prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas en la población laboral.

- Las características sociodemográficas más importantes de los consumidores/as y el perfil de los consumidores/as según sustancias.
- Algunos patrones de consumo relevantes y en especial el policonsumo y los consumos abusivos.
- La visibilidad del uso de drogas y sus consecuencias en los trabajadores/as.
- La importancia que, para los trabajadores/as, tiene el problema de las drogas ilegales.
- La valoración de la población trabajadora con respecto a las medidas para mejorar la situación.
- La percepción que los trabajadores/as tienen sobre los riesgos y consecuencias del uso de drogas en el puesto de trabajo.
- La percepción de compañeros/as que usan tabaco en el contexto laboral.
- Las acciones de información y prevención recibidas, así como las que consideran que se deberían llevar a cabo.
- Los factores de riesgo percibidos en el ámbito laboral y su relación con el uso de drogas.

Al analizar los datos estudiados para Canarias, a la pregunta: ¿Alguna vez en la vida el consumo de alcohol, medicamentos u otras drogas le ha producido alguno de los siguientes problemas...?, las personas encuestadas dan las siguientes valoraciones:

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL. PROBLEMAS SUFRIDOS POR EL USO DE DROGAS POR EDAD Y POR GÉNERO								
El consumo de drogas le ha producido alguna vez:	Grupos de edad %					Sexo %		Total
	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	Hombre	Mujer	
Accidentes laborales	6,3	5,2	4,7	1,8	0,9	6,2	2,6	4,3
Accidentes de tráfico	4,0	4,6	4,2	2,3	1,9	6,0	1,7	3,7
Otros problemas de salud física o psíquica	1,6	1,4	1,4	2,0	1,0	2,0	1,0	1,5
Conflictos familiares	2,1	4,0	4,6	5,9	3,0	5,1	2,5	3,8
Disputas o conflictos con amigos/as, compañeros/as o vecinos/as	2,9	4,5	5,4	1,0	0,5	5,1	1,6	3,4
Otros problemas de relación con las demás personas	4,5	4,0	2,9	1,0	1,0	5,5	0,8	3,1
Faltar algún día al trabajo	1,6	2,4	0,6	0	0,5	1,7	0,8	1,2

Los mayores problemas ocasionados por el uso de drogas alguna vez en la vida se observan en los trabajadores/as que han padecido accidentes laborales (4,3%), conflictos familiares (3,8%) y accidentes de tráfico (3,7%). Estos problemas han sido sufridos en mayor proporción por los trabajadores/as más jóvenes.

La edad de los problemas sufridos por el uso de drogas se localiza entre los 15 y los 34 años para los accidentes laborales, de tráfico y los problemas en las relaciones con las demás personas.

De los 35 a los 54 años, los mayores problemas por el uso de drogas son los conflictos familiares y las disputas con los amigos/as, compañeros/as y vecinos/as.

De los 25 a los 34 años, los problemas más comunes son los accidentes de trabajo (5,2%) y los accidentes de tráfico (4,6%). También destacan en esta franja de edad los conflictos familiares (4,0%) y los conflictos con los amigos/as, compañeros/as o vecinos/as (4,5%).

La franja de edad donde más conflictos familiares ocasiona el uso de drogas es en la comprendida entre los 45 y 54 años, con un (5,9%).

El uso de drogas también provoca absentismo laboral. Donde más se produce es en la franja de edad comprendida entre los 25 y los 34 años, con un 2,4%.

Según género, se observa que el uso de drogas ocasiona más problemas en los hombres que en las mujeres, con datos como: el (6,2%) de los hombres sufrió accidentes laborales ocasionados por el uso de las drogas frente al (2,6%) de las mujeres. Otra diferencia notoria se encuentra en los accidentes de tráfico: (6%) de hombres frente al (1,7%) de mujeres.

Cuando se analizan los resultados por sectores laborales, las mayores tasas de haber sufrido problemas por el uso de drogas se dan en el sector primario: la agricultura, ganadería y pesca. En el sector secundario, este tipo de problemas se da especialmente en el sector de la construcción y entre quienes trabajan en una jornada estable nocturna o de fines de semana.

De las drogas ilegales, la más consumida por los trabajadores/as es el cannabis: uno de cada diez lo ha consumido el último año, un (7,3%) el último mes y un (3,1%) lo hace a diario. Destaca el consumo diario de cannabis en el sector primario con el (7,7%), superior al consumo de alcohol que asciende al (6,4%).

La cocaína ha sido consumida por un (3,7%) en el último año y un (2,2%) en el último mes. El resto de sustancias ilegales son menos significativas.

La percepción de los trabajadores/as sobre si existe una relación clara entre factores de riesgo en el contexto laboral y uso de drogas da como resultado, un mayor riesgo en los que usan las drogas que aquellos/as que no lo hacen. En referencia al uso de las drogas legales los trabajadores/as que padecen cualquiera de los factores de riesgo analizados en el estudio usan más el alcohol y el tabaco.

Las empresas, a la pregunta de cómo han afrontado el fenómeno del uso de drogas en el último año, plantean que no habían realizado actuaciones preventivas ni formativas. Un (88,4%) de los trabajadores no ha recibido ningún tipo de información: folleto, material informativo, charla, curso, etc. Su empresa no

les ha facilitado u ofrecido información sobre los riesgos o la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

De los datos del informe se extrae que el contenido de la información que se ha desarrollado desde las empresas ha sido escaso y ha versado sobre las drogas legales: el alcohol con un porcentaje del (9,5%) y el tabaco del (7,44%). La información sobre drogas ilegales se ha reducido y sobre los tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir ha sido de un (2,6%).

La definición de los actores que participan en el mundo laboral y en la prevención de las adicciones se puede estudiar desde diferentes enfoques. La clásica y más comúnmente reconocida por la sociedad es la del empleador y empleado. También se puede analizar desde el ámbito de los sectores laborales a los que pertenece también, desde el planteamiento de población activa o no activa, desde la perspectiva de los trabajadores parados y no parados... En definitiva, puede establecer múltiples enfoques pero lo que no varía son los interlocutores.

Entre los implicados en el mundo laboral podemos situar a todos los ciudadanos/as, pues en algún momento de su vida tienen algún tipo de relación con el trabajo. Desde este planteamiento inicial, se definirían y estaríamos incluyendo a: trabajadores/as, empresariado, organizaciones sindicales, representantes sindicales, organizaciones empresariales, organismos con competencias en el ámbito, profesionales y equipos de salud laboral, servicios de prevención de riesgos laborales, recursos humanos de las empresas, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, etc.

El desarrollo de estrategias preventivas en el ámbito laboral debe tener en cuenta un aspecto característico como es su enfoque multifactorial. La consideración de los programas desde la perspectiva de su nivel de intervención debe ser universal, selectiva o indicada. El tamaño y el sector laboral de la empresa a la hora de la definición de los programas se constituyen en variables fundamentales. Las condiciones laborales, ambientales y de organización del trabajo, de turnicidad, tienen una influencia fundamental en los programas preventivos como en los posibles problemas de consumo y forma de estos.

La formación y el conocimiento de los factores de riesgo y de protección en cada ambiente laboral pueden facilitar una política preventiva eficaz; establecen una mejoría en la situación de los trabajadores/as en relación con el uso o abuso de drogas que, favorece un cambio en los estilos de vida y de salud dentro de la empresa, así como en la sociedad en general desde un enfoque individual o colectivo.

Los programas de prevención laboral deben considerar dentro de su diseño variables relativas a los costes que supone su ejecución, no sólo por el gasto que implica su implementación, para que se perciba el ahorro que pueden llegar a suponer tanto para las empresas como para los trabajadores/as.

Entre los costes negativos de los problemas de adicciones se pueden considerar: el efecto del absentismo laboral, las incapacidades laborales, los traslados de puesto laboral, la reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo, los accidentes y conflictos laborales, etc. Esto conlleva ir hacia una reducción de la productividad, competitividad y resultados de la empresa como de la autoestima y autoconfianza del trabajador/a.

En contraposición, los beneficios son las situaciones opuestas a las anteriormente nominadas.

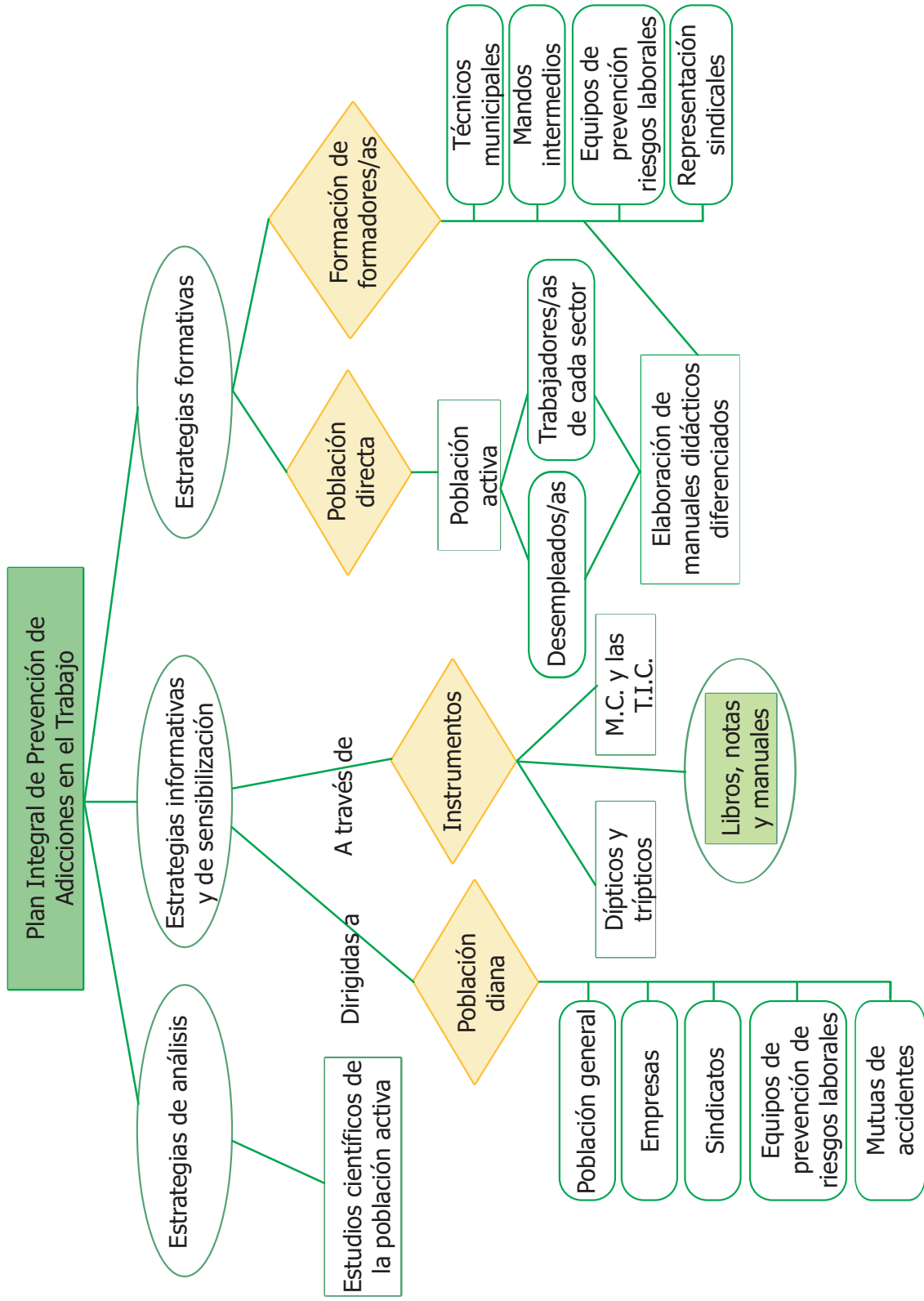
Los objetivos y estrategias del III Plan Canario de Drogas, relativas a la Prevención Laboral, se plantea desde la perspectiva de la planificación general para la Comunidad Autónoma de Canarias y busca estructurar y coordinar la intervención de los actores participantes. Entre los objetivos están:

- Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos/as sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- Promover y garantizar que se informa y sensibiliza a todos los empresarios/as y trabajadores/as sobre los riesgos del consumo de sustancias capaces de generar dependencia y sus factores psicosociales asociados.
- Desarrollar programas y campañas de información y sensibilización a los trabajadores/as a través de los medios de comunicación.
- Promover y garantizar que se sensibiliza e informa a los empresarios/as y trabajadores/as sobre el cumplimiento de las diferentes normativas en drogodependencias y adicciones
- Poner a disposición de todos los ciudadanos/as un servicio de información, orientación y atención sobre drogodependencias y o adicciones.
- Promover y garantizar que se implementa y oferta un servicio de primer nivel asistencial a disposición de todos los trabajadores desde las unidades de salud laboral.
- Elaborar y difundir una guía sobre los recursos existentes en materia de drogodependencias y promoción de la salud en el ámbito nacional, autonómico y local.
- Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- Seleccionar y difundir en toda la comunidad autónoma modelos positivos saludables que sirvan de referentes para los trabajadores/as.
- Garantizar que los centros laborales, empresas y sus alrededores sean centros libres de drogas legales e ilegales.
- Modificar aquellas variables ambientales del medio laboral que puedan inducir al consumo de todo tipo de drogas y diseñar y colocar en el lugar de trabajo indicadores visibles saludables e identificar y eliminar los no saludables.
- Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencias en todos los proyectos de promoción de la salud.
- Motivar y apoyar a las diversas entidades con responsabilidad laboral (organizaciones empresariales y sindicales, mutuas, comités de seguridad...) para que se pongan en marcha los correspondientes planes preventivos de drogodependencias y adicciones desde sus servicios de salud laboral o, en su caso, que estos planes preventivos se integren en los programas ya existentes de seguridad e higiene de las empresas.
- Impulsar la realización de actividades preventivas dirigidas a la población en general.

- Sensibilizar y concienciar a los trabajadores y a las empresas sobre la importancia del empleo del ocio y tiempo libre saludable como alternativa al estrés laboral.
- Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.
- Desarrollar acciones informativas y de concienciación sobre los riesgos que conlleva el consumo de drogas.

Queremos hacer una consideración especial sobre los aspectos básicos que debería contener un programa de prevención laboral. Se fundamenta en la participación. Se hace imposible que algún programa de prevención de drogas en la empresa tenga éxito, si no existe la participación transparente de todos los interlocutores. El programa debe implementarse con el objetivo de mejorar la salud de los trabajadores/as y no solo de mejorar los beneficios económicos de la empresa y esto debe ser percibido por las partes.

Plantear objetivos viables, a corto y medio plazo, hace más realista y plausible su ejecución. Es fundamental establecer una temporalización para la consecución de estos, dotación de recursos, tanto humanos como económicos; el desarrollo de planes de evaluación inicial, de proceso de ejecución y de los resultados con sus indicadores. La consolidación del proceso y la conformación de hábitos de salud laboral modificados pueden producir resultados permanentes en el funcionamiento de las empresas y sus miembros.





BLOQUE:

2

SALUD Y PREVENCIÓN

Épocas y acontecimientos que hicieron evolucionar el concepto de salud

Para llegar al concepto actual de salud, es interesante y curioso realizar un análisis evolutivo a lo largo de la historia hasta llegar al concepto de salud pública y comunitaria, en el que se requiere relacionar cada época con lo acontecido en cada momento histórico.

La auténtica génesis científica de lo que conocemos como salud pública se remonta a la Era Precristiana, en la que Hipócrates de Cos, padre de la Medicina, en los 53 manuscritos recopilados por sus alumnos, estableció las bases del cuidado de la salud.

En la época romana, se solicitó a Galeno de Pérgamo, médico encargado de la salud de los gladiadores, que difundiera las normas y dietas saludables que utilizaba. De esta manera, las transcripciones de sus conferencias se plasmaron en un tratado de higiene llamado "Hygienia", donde considera el medio físico como condicionante de la salud, por lo que fue pionero en lo que hoy conocemos como promoción de la salud.

Ya en la Edad Media, frente a las creencias de lo prohibido y lo inmoral del cuidado del cuerpo, surgen los religiosos de Monte Casino con la Escuela de Salerno (primera escuela de Medicina) que, siguiendo las reglas de Hipócrates y Galeno, consiguen establecer la importancia entre conducta y salud iniciándose la Salud Pública como actividad gubernativa.

Un hecho histórico que contribuyó a una divulgación de los escritos sobre reglas y recomendaciones higiénicas, antes inimaginable, fue el descubrimiento de la imprenta en 1445 por Guttemberg.

A finales del Siglo XV, adentrados en el Renacimiento italiano, aparecen diversos escritos referentes a los modos de vida saludable, pero es de manos de Hieronymus Mercurialis de quien nos llega el primer libro completo de salud.

La aparición del retrete, inventado por Sir John Harrington, en 1596 constituyó un hito histórico, contribuyendo a modificar las costumbres higiénicas y la prevención de enfermedades.

Los términos salud y educación comienzan a tomar forma, reconociéndose por vez primera la necesidad de educar para la salud y la labor del maestro para conseguir este fin. Roger Ascham y seguidamente Francis Bacon hacen referencia a ello en sus escritos y monografías.

Esta relación educación - salud continúa durante la Revolución Francesa, teniendo como representantes más significativos a Rousseau y Edgard Jenner respectivamente, cuando el empirismo empírico como método para la explicación de la salud, abandona su hegemonía con este último y su descubrimiento de la vacuna contra el cólera en 1798.

Ya adentrados en la Revolución Americana, mediados del Siglo XVIII y principios del XIX, la Escuela de Filadelfia fundada por B. Franklin, cuyo currículo escolar contempla el cuidado de la salud, junto con la Constitución de los EEUU, que refleja el éxito de la salud basado en las convicciones que sobre este tema

tenga la comunidad, establecen lo que en la historia moderna y contemporánea se conoce como salud comunitaria.

La Revolución Industrial y el Informe Chadwick, en 1842, reflejan la salud asociada a las condiciones socioeconómicas; y los Servicios de Salud Pública sientan las bases para seguir avanzando en la consecución de un gran fin: la salud, un derecho y un deber de todos/as.

La Constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que conmemoramos cada año mediante el Día Mundial de la Salud.

Cada uno de estos acontecimientos han ido sentando las bases de lo que hoy conocemos como salud; sin embargo, llegar a establecer una definición que sea consensuada, usada y entendida por todos los sectores de una sociedad ha sido una ardua tarea llena de dificultades y, si no, preguntémosnos: ¿qué es y qué entendemos por salud? Hagámoslo a profesionales sanitarios, a miembros de nuestra familia, amigos/as, compañeros y compañeras de trabajo; seguro que cada uno nos dará una definición diferente.

A la vez que estos acontecimientos históricos se iban produciendo, la definición de salud también fue transformándose y adaptándose a la realidad de las sociedades de la época de cada momento.

Definiciones sobre el concepto de salud

La historia de la salud también está cargada de definiciones que han ido evolucionando hasta llegar a la que la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha establecido por englobar todos los aspectos que la integran de una manera positiva y dinámica.

Hagamos un recorrido por algunas de las definiciones más significativas de salud y analicemos su evolución.

- «La salud es la ausencia de enfermedades». Definición tradicional.
- «La salud trata de la vida en el silencio de los órganos». Lediche, 1937

Ante estas definiciones cabe pensar y preguntarnos: ¿sólo trataremos la salud cuando hay enfermedades?, ¿sólo cuando nuestros órganos rompan el silencio de su armonía y aparezcan síntomas de mal funcionamiento?

Ambas dan a la salud un sentido estático, donde impera únicamente la relación salud- enfermedad.

Este concepto de salud como ausencia de enfermedad ha ido evolucionando y, en 1948, la OMS definió la salud como:

- Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Define una situación estática, cargada de subjetividad y un tanto idealista, pues nadie posee ese estado de bienestar completo, ya que el binomio salud-enfermedad es un continuo; sin embargo, encontramos

en esta definición tres dimensiones de la salud asociadas al bienestar, dependiendo de factores individuales, biológicos y del entorno social y cultural en el que nos movemos: vivimos, nos relacionamos y realizamos nuestra actividad, entendiendo al ser humano como una realidad bio-psico-social.

Años después, en 1985, la Oficina Regional Europea de la OMS, define el concepto de salud como:

- La capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.

Llegamos a la definición donde se considera la salud como un medio, un recurso para lograr desarrollar las potencialidades internas del individuo y dar respuesta positiva a las situaciones externas.

De las diferentes concepciones de la salud que hemos analizado, podemos deducir que se ha pasado de una visión restrictiva de salud como ausencia de enfermedad a otra visión más integral, donde se concibe la salud como bien básico necesario para que el individuo desarrolle sus potencialidades de ser y se constituya en el hacer, activos agentes promotores de salud, tanto individual como colectivamente; pues sabemos que desarrollando nuestro potencial personal, formado por los conocimientos que vamos adquiriendo, las habilidades, los intereses y los valores que constituyen nuestras prioridades en la vida, influimos en la comunidad donde vivimos, actuamos y trabajamos.

Por lo tanto, si atendemos al primer potencial que hemos descrito, debemos seguir avanzando en el conocimiento de la salud y en aquellos factores que nos lleven a desarrollar una salud óptima.

Determinantes de la salud

Como hemos visto a lo largo de estas páginas, en las diferentes épocas ha existido una constante preocupación por las causas, situaciones y circunstancias que determinan la salud. Es a partir de los años 70 cuando se les comienza a denominar determinantes de salud.

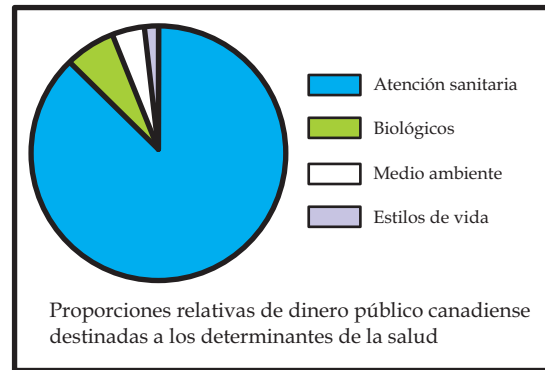
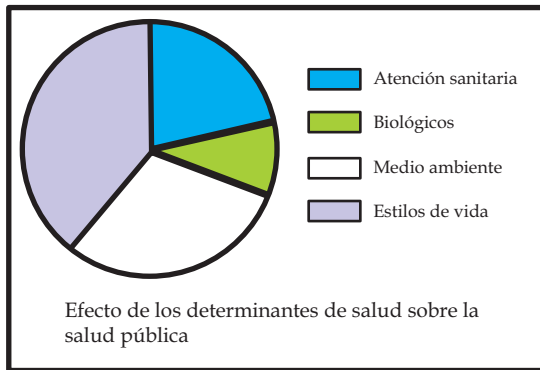
¿Cuáles son los factores que condicionan nuestra salud? ¿Podemos intervenir directamente en algunos de ellos?

Los determinantes de la salud son aquellos factores personales, sociales, económicos y ambientales que, mediante la interacción, determinan la salud de las personas, población o comunidad.

La mayoría de los estudios sobre este tema se basan en el modelo holístico de Laframboise (1973), director de planificación en Canadá. Marc Lalonde, que era su ministro de Sanidad, desarrolló este modelo en el documento "Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses", en 1984.

El interés de estas investigaciones se centró, por una parte, en que definía que el nivel de salud de una comunidad estaría influido por 4 grandes grupos de determinantes; y, por otra parte, en que el gasto público destinado a los mismos no guardaba relación con el efecto relativo de los determinantes de la salud sobre la salud pública.

El siguiente cuadro gráfico refleja lo que se conoce como el Informe Lalonde:



Este informe, aunque con graves defectos, pues no tiene en cuenta la interacción entre los determinantes como causa de la pérdida de salud, nos permite observar un dato significativo: la importancia del ambiente y los estilos de vida sobre los otros dos determinantes, el sistema de atención sanitaria y los biológicos.

Otra de las aportaciones de este informe es que reveló, a través de los datos obtenidos, que la inversión que se estaba realizando en salud pública no se ajustaba a las causas que motivaban la pérdida de salud en la población canadiense y había que dedicar mayores partidas presupuestarias a promocionar estilos de vida saludables y mejoras en el medio ambiente de las que hasta el momento se venían invirtiendo.

En 1999, Tarlov añade al modelo holístico un quinto determinante: la estructura macrosocial, referida a las políticas sociales y económicas que se llevan a cabo en un país y a las percepciones poblacionales, dándole al ambiente junto al estilo de vida un papel preponderante.



- Los determinantes biológicos son aquellos factores relacionados con la biología humana: constitución, raza, sexo, herencia biológica, inmunidad, etc.
- El estilo de vida se define como el conjunto de patrones y decisiones de conducta que caracterizan nuestra forma de vivir; por lo tanto, la conducta saludable es aquella que genera o mantiene la salud y, por consiguiente hace menos probable la aparición de enfermedades.
- Los determinantes ambientales y comunitarios son factores externos al individuo, como los provocados por la presión sociocultural.

La salud es sensible a las actuaciones socioeconómicas; por tanto, el trabajo, la educación y la situación económica de una comunidad son los principales factores determinantes.

- En los determinantes del ambiente, se consideran los contaminantes biológicos (virus, sida, bacterias, etc.), físicos y químicos.
- Como determinantes de la estructura macrosocial estarían las relaciones entre clases y grupos sociales, justicia social, equidad, etc., teniendo en cuenta que entre la sociedad y los individuos se establece una interacción constante. También como factor en este grupo: las decisiones que toman los representantes políticos en las diferentes instituciones, determinando procesos colectivos; por esta razón, Tarlov considera los cuidados médicos, la calidad de la atención médica, como una acción reparadora incluida en este grupo.

En ocasiones, resulta difícil separar factores; sobre todo, los relacionados con el grupo de determinantes ambientales y el estilo de vida. Esto ocurre, por ejemplo, con las adicciones como problema de salud: la pertenencia a uno u otro grupo es confusa. La drogadicción es un hábito de conducta que resulta negativo para la salud; pero, a su vez, tiene un alto componente relacionado con la contaminación sociocultural del ambiente.

También hay que considerar que, en el momento actual, casi todos los factores que integran los determinantes de salud son susceptibles de ser modificados, desde los referidos a la biología con los avances científicos y médicos de la genética, hasta las decisiones políticas de prevención y actuación que se establezcan para beneficiar la salud pública.

Otra consideración es la interacción de todos los determinantes que hemos analizado como causas y riesgos de salud. Atendiendo a esta realidad, la Asociación Panamericana de Salud define, en 1992, la salud como resultado o producto de la interacción de estos factores:

"La salud, tanto individual como colectiva, es resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se den en la sociedad, o sea, es el producto de las interacciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive".

Si todos estos factores se pueden modificar, ¿existen actualmente medidas o acciones encaminadas a conseguir el fomento y la defensa de la salud?

Prevención

En todos los ámbitos en los que actualmente actuamos, vivimos y nos movemos, la palabra prevención se hace patente; pero, ¿qué significado tiene este concepto?

Por definición, prevención es la preparación y disposición para evitar un riesgo o ejecutar una cosa.

También encontramos definiciones como: anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase.

El carácter anticipatorio en relación con la prevención se refleja en cualquier definición que encontramos, pero anticiparnos ¿a qué?, ¿a un peligro?, ¿a una enfermedad?

Pensamos que la prevención es algo más. Debe servir para darnos un mundo mejor, una sociedad más equitativa y que, de generación en generación, nos permite conseguir mejoras que redunden en calidad de vida para todas las comunidades.

Podemos observar cómo las políticas y planes de prevención en salud van abandonando el modelo de tipos de prevención primaria, secundaria y terciaria, dependiendo del grado en que se encuentra afectado el individuo en un proceso de enfermedad, para tornarse en una prevención con acciones que recaigan sobre los grupos principales de una comunidad: adolescentes, personas adultas, grupos laborales, infancia..., delimitando campos de acción y previniendo especificidades, dirigida a diferentes ámbitos y dentro de estos a diferentes sectores.

En la prevención se establecen tres tipos:

- La prevención universal. Si tomamos como ejemplo la prevención en el ámbito laboral, se dirige a los trabajadores y trabajadoras, con el fin de evitar los factores de riesgo y desarrollar factores de prevención.
- La prevención selectiva va dirigida a un subgrupo de población con mayor riesgo de que confluyan determinantes que afecten en poder llevar una vida saludable.
- La prevención indicada, dirigida a un subgrupo concreto de población de alto riesgo. Se precisa de personal especializado en la especificidad a intervenir.

¿Qué acciones se han puesto en marcha para movilizar la prevención en salud? En todas las intervenciones programadas y organizadas por organizaciones gubernamentales, gobiernos estatales, comunidades autónomas y organizaciones privadas aparecen tres conceptos: prevención, promoción y educación para la salud, difícilmente de separar que si bien tienen acciones específicas, se interrelacionan y comparten una misma finalidad: la creación de espacios y vida saludables para toda la población.

Promoción de la salud

La primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud se celebró en Ottawa en noviembre de 1986. Constituyó una respuesta a la creciente demanda de una nueva forma de concebir la salud pública en el mundo. Se establecieron estrategias, campos de acción y acciones específicas de acuerdo

con los progresos alcanzados en anteriores declaraciones y trabajos de la OMS.

Los resultados y acuerdos de esta Conferencia quedaron reflejados en la Carta de Ottawa, sirviendo de base para posteriores conferencias que se han ido celebrado en diferentes partes del mundo: Carta de Adelaida (Australia), Carta de Sundvall (Suecia), Carta de Yakarta (Indonesia), Carta de México.

¿Cómo definir la promoción de la salud?

Según la Carta de Ottawa, la promoción de la salud consiste en:

"Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

Por lo tanto, se concibe como un conjunto de actividades de los poderes públicos para facilitar que los individuos adopten conductas saludables. Para ello se identifican 5 estrategias de participación activa que constituyen el eje de la práctica y el desarrollo de la política de la promoción de la salud.

En el logotipo se exponen estas estrategias:

- Creación de una política pública saludable
- Creación de entornos que apoyen la salud
- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de habilidades personales
- Reorientación de los servicios sanitarios



La promoción de la salud tiene su base en la responsabilidad de los individuos con la ayuda de los poderes públicos, en tres acciones específicas:

- Abogar por la salud
- Capacitar a las personas para alcanzar su potencial de salud
- Mediar entre intereses divergentes a favor de la salud

Todos estos aspectos de mejora de la salud han de basarse necesariamente en unas condiciones y requisitos que quedaron establecidos en la Carta de Ottawa: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, todos relacionados con los determinantes de salud que analizamos en el apartado anterior.

¿Cómo podemos conseguir poner en funcionamiento estas estrategias? ¿Está en nuestras manos?

Educación para la Salud

La EpS (Educación para la Salud) constituye la puesta en movimiento de las estrategias y acciones específicas de la promoción de la salud.

En la 36 Asamblea Mundial de la Salud (Alma-Ata, 1983), se propuso como definición de Educación para la Salud:

"Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite".

En la Quinta Conferencia Internacional de Educación de Personas Adultas de la UNESCO, celebrada en Hamburgo en 1997, se dice sobre la Educación para la Salud:

"El tener capacidad para responsabilizarse de la salud significa tener los conocimientos y las habilidades necesarios para poder participar en la toma de medidas colectivas a favor de la salud sostenible".

La capacidad para responsabilizarse de la salud implica más que tener la capacidad de poder leer información referente a la salud; incluye la capacidad de utilizar esta información, convirtiéndola en conocimientos. Las personas con más estudios tienen mejor acceso a la información sobre el HIV / SIDA, adicciones, sobre su tratamiento y sobre cómo puede evitarse.

En cualquier proyecto de mejora de la salud es esencial que la información y los servicios se pongan a disposición de la gente, ayudándola a aumentar su capacidad para responsabilizarse de su propia salud.

El concepto de una sociedad en proceso de aprendizaje implica la interpretación de que la educación va más allá de la escuela, ya que podemos aprender mediante: la enseñanza formal (en centros educativos), no formal (fuera de los centros educativos), la informal (en los medios de comunicación) y la autodidacta (por iniciativa del propio individuo) en diferentes lugares y contextos.

¿Qué objetivos se pretenden conseguir en la EpS?:

- Hacer de la salud un patrimonio de la comunidad.
- Favorecer nuevas conductas positivas, favorables a la promoción y restauración de la salud.
- Promover cambios ambientales favorables que incidan positivamente en la promoción de la salud.
- Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.

Con estos objetivos, es obvio que el aprendizaje sobre la salud es un proceso de por vida que puede llevarse a cabo de varias maneras: mediante cursos, charlas, prevención de riesgos y en cualquier contexto donde vivimos, trabajamos y nos movemos.

Si estas definiciones sobre educación para la salud, las llevamos a la realidad de nuestro puesto de trabajo, la salud tiene que ver entre otros aspectos con:

- La forma de relacionarse y comunicarse las personas que conforman la empresa.
- Los canales de participación
- La forma de utilizar los recursos de la empresa

- El ambiente físico de trabajo.
- Las adicciones y problemas de salud de las personas que trabajan
- Política de la empresa en prevención de salud y riesgos laborales.

Todo lo analizado en este trabajo tiene como objetivo ampliar los conocimientos que poseemos sobre la salud y contribuir a capacitarnos para la toma de decisiones de la salud individual y comunitaria, sin embargo, para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en acciones concretas de salud, es imprescindible la actitud de desear estar saludables.



BLOQUE:

3

**CONCEPTOS BÁSICOS:
¿DE QUÉ HABLAMOS?**

Para adentrarnos en la comprensión del fenómeno de las adicciones, se hace necesario aclarar una serie de términos.

Al referirnos a las adicciones, hablamos ante todo de un problema de salud. En un sentido estricto y amplio, estamos ante un trastorno que afecta al bienestar de las personas en sus aspectos psicológico, físico y social (OMS).

Las adicciones, por tanto, vienen definidas por una serie de características:

CARACTERÍSTICAS DE LA ADICCIÓN

- Deseo constante y continuo
- Comportamiento dirigido por la adicción
- Pérdida de autocontrol
- Actividades determinadas por la adicción
- Síndrome de abstinencia

- Un deseo repetitivo y persistente que se convierte en obsesión, de tal forma que casi todos los pensamientos están dirigidos hacia la adicción.
- Un comportamiento perseverante y continuo dirigido a conseguir sustancias, personas u objetos a pesar de sus consecuencias perjudiciales.
- El consumo de sustancias, personas u objetos están fuera del control voluntario.
- Todas las actividades están determinadas por la adicción.

En general, ante un problema adictivo, la salud se perjudica, destruyendo a la persona a medio o largo plazo. Todo esto se observa en todas sus esferas: enfermedades físicas, trastornos psicológicos, problemas sociales (familiares, laborales y relaciones con los demás).

En la persona con adicción, ante el no consumo o abandono de la conducta adictiva, se produce el denominado síndrome de abstinencia, determinado por síntomas psicológicos y/o físicos:

- Psicológicos: irritabilidad, ansiedad, estados depresivos, falta de concentración, pensamientos obsesivos...
- Físicos: sudoración, calambres musculares, escalofríos, trastornos gastrointestinales...

De esta forma, cuando se da una adicción, esta se dirige a evitar el malestar que se produce por carecer de la sustancia (alcohol, psicofármacos, cocaína...) u objeto que la determina (internet, comida, compras, etc.).

De esta manera, a lo largo del tiempo se da un proceso de abuso de una sustancia o comportamiento que inicialmente es gratificante (desinhibición, reconocimiento social, disminución de la ansiedad...), pero progresivamente la adicción se va instaurando y la conducta adictiva (consumo de drogas, conducta de juego, abuso de internet...) se realiza para evitar el malestar producido por la abstinencia.

¿QUÉ ES LA ADICCIÓN?

- Un problema de salud que deteriora el bienestar físico, psicológico y social.

¿QUÉ NO ES LA ADICCIÓN?

- Un vicio
- Un comportamiento marginal
- Una personalidad asocial o amoral

Lo podemos representar en tres momentos:

1. Realizamos un comportamiento (consumo de sustancias o conducta adictiva) porque nos es gratificante.
2. Como el comportamiento adictivo se ve gratificado, este tiende a repetirse en busca de la gratificación.
3. Con el tiempo, se instaura la dependencia; es decir, si no se realiza la conducta adictiva, va a aparecer malestar, con síntomas físicos y psicológicos. El deseo de evitar este malestar va a determinar la aparición de la conducta adictiva.

Podemos clasificar las adicciones en:

- Adicciones químicas o drogodependencias
- Adicciones no químicas o comportamentales

Adicciones químicas o drogodependencias

La adicción a sustancias psicoactivas o psicotrópicas, o lo que comúnmente denominamos drogas, es un trastorno de la salud en el que intervienen tres elementos insolubles que interactúan entre ellos:

- **Las personas**, con su realidad física u orgánica y psicológica.
- **Las drogas**, de las que hay que considerar: tipo, cantidad, frecuencia, vía de administración... Entre estas se incluyen las legales (tabaco, alcohol y psicofármacos) y las ilegales (cannabis, heroína, cocaína, anfetaminas, etc.).
- **Los ambientes**, tanto en su vertiente física (accesibilidad, disponibilidad, organización del tiempo) o social (relaciones con otras personas).



Sin alguno de los tres elementos mencionados (persona, sustancia y ambiente), no pueden darse las drogodependencias; todos han de interactuar. Así, hay que subrayar que las sustancias o drogas no son buenas ni malas, se trata simplemente de elementos químicos, y que sus efectos dependerán de su consumo, de quién lo hace y del entorno.

Estas adicciones tienen como componente la administración de droga, es decir, una sustancia que al introducirse en el organismo produce alteraciones en el estado anímico, el nivel perceptivo o el

funcionamiento cerebral, pudiendo causar dependencia psíquica y/o física.

- **Dependencia psíquica:** sentimiento de satisfacción e impulso para evitar el malestar.
- **Dependencia física:** aparición de trastornos orgánicos al interrumpirse el consumo.

Estos trastornos de dependencia se vinculan al síndrome de abstinencia, que se manifiesta con síntomas psicológicos y físicos de acuerdo con las peculiaridades de cada tipo de droga.

En la dirección que hemos venido señalando, podemos definir las drogodependencias sobre la base de la aparición de una serie de síntomas:

- Deseo de seguir consumiendo.
- Persistencia en la conducta dirigida al consumo.
- Habitación o proceso adaptativo del organismo a la droga.
- Pérdida de autocontrol.
- Tolerancia: por un lado, se va aumentando cantidad de droga para conseguir los efectos buscados; y, por otro, los efectos iniciales de la droga disminuyen con su consumo continuo.
- Síndrome de abstinencia.
- En general, efectos nocivos para la salud (biológica, psicológica y social).

No obstante, el consumo de drogas no es sinónimo de drogodependencia: este va desde un consumo ocasional, pasando por su abuso, hasta llegar propiamente a la adicción.

- El consumo ocasional aparece aisladamente, de manera circunstancial y sin continuidad. Aquí podemos englobar la prescripción médica, curiosidad, circunstancias recreativas aisladas...
- El consumo abusivo o abuso va referido a un consumo no prescrito de sustancias psicoactivas, dándose un uso continuado de las drogas a pesar de las consecuencias negativas.
- La drogodependencia surge de un uso continuado y excesivo de una sustancia, trayendo consecuencias negativas graves durante un período largo de tiempo. Esta puede ir desde un deseo leve al ansia y compulsión por consumir la droga.

Del uso a la adicción:



Testimonio de mujer con alcoholismo: "Yo empecé a beber como todo el mundo, una copita cuando vas a comer, cuando vas de visita... Lo lógico, que siempre te invitan cuando vas de visita a un licor o algo; hoy te tomas una cerveza, mañana otra y así... eso es lo que va creando la adicción".

En esta dirección, la intoxicación se refiere a un estado momentáneo que se produce tras la ingestión o asimilación de las sustancias psicoactivas provocando alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción, el estado emocional, la conducta u otras funciones(respuestas fisiológicas y psicológicas).

Adicciones no químicas o comportamentales

En este grupo se engloban las adicciones que no conllevan el consumo de sustancias, sino que se dirigen a un objeto (juegos, comida, trabajo...), mostrando síntomas similares a las dependencias a drogas.

De esta forma, el objeto adictivo se asemeja a las drogas, manifestándose efectos de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Para que se dé una adicción comportamental tienen que estar presentes tres elementos esenciales e inseparables que interactúan entre sí:



ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LAS ADICCIONES

- Relacionales: alteraciones y conflictos con la familia, amistades o pareja (discusiones frecuentes, desinterés sexual, dificultades en la comunicación, pérdida de confianza, alejamiento, etc.).
- Laborales: disminución del tiempo e interés por el trabajo, menor satisfacción y productividad, deterioro de la calidad del trabajo y de las relaciones laborales, riesgo de siniestralidad, etc.
- Económicas: grandes cantidades de dinero destinadas a la adicción, endeudamiento y privación, tendencia a realizar actividades ilegales, etc.
- Psicológicas: estados de ánimo negativos, irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, etc.
- Físicas: trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, trastornos físicos y enfermedades cardio-vasculares, etc.

Gráficamente, la conducta u objeto (internet, comida, trabajo, etc.) por sí mismo no producen adicción, esta se determina por la frecuencia, efectos en la persona y en su entorno.

Entre estas adicciones, mencionamos las siguientes:

- Ludopatía o juego patológico: adicción a los juegos de azar
- Codependencia: adicción a otras personas y sus problemas.
- Mitomanía: adicción a mentir
- Tanorexia: adicción a estar bronceado

- Vigorexia: adicción al ejercicio físico
- Cleptomanía: adicción a robar
- Adicción a las cirugías
- Adicción al trabajo
- Adicción a las compras
- Adicción a las sectas
- Adicción a internet o ciberadicción
- Adicción al sexo
- Adicción al móvil
- Adicción a los videojuegos
- Adicciones de la ingesta (anorexia y bulimia)





BLOQUE:

4

**FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN LA
PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS**

¿Qué motivos nos llevan a consumir?

Es extremadamente difícil explicar por qué una persona se inicia en una adicción. En el origen y desarrollo de una conducta adictiva influyen múltiples factores, unos protectores, otros de riesgo, de forma que nunca podremos identificar una causa única o establecer relaciones simples de causa-efecto. Existe una serie de elementos o condiciones que incrementan el riesgo de iniciarse en una conducta adictiva; pero, por otro lado, también existen otros elementos y condiciones que disminuyen ese riesgo. Además, todos interactúan entre sí.

Estos elementos son los que se conocen como factores de riesgo y factores de protección.

- **Factores de riesgo:** Elementos o condiciones sociales, ambientales e individuales que, en un momento determinado, hacen que una persona sea más vulnerable ante una conducta adictiva.
- **Factores de protección:** Elementos o condiciones sociales, ambientales e individuales que, en un momento determinado, reducen la probabilidad de que una persona se inicie en una conducta adictiva.

Los problemas derivados de una adicción, sea esta química o comportamental, tienen consecuencias importantes en el ámbito de la empresa. Por un lado, están los costes económicos que tienen las empresas; por otro, el deterioro que se produce en el clima de trabajo, sin olvidarnos por supuesto del más evidente: el perjuicio en la salud de los trabajadores/as.

Por ello, es importante que los trabajadores/as sepan identificar qué factores de riesgo y protección existen; ya que saber identificarlos es básico para poder adquirir un estilo de vida saludable a través de su implicación activa en la disminución de los factores de riesgo y la potenciación o incremento de los factores de protección.

Factores de riesgo

A la hora de clasificar los factores de riesgo, lo haremos en dos grandes apartados: los factores de riesgo que pueden existir en el ámbito de la empresa, y aquellos que se dan fuera de este ámbito.

A. Factores de riesgo laborales

En el ámbito que nos ocupa existen distintos factores relacionados con la actividad laboral que pueden incrementar la probabilidad de que una persona se inicie en una conducta adictiva. Estos se agrupan en los siguientes apartados:

- Organización del proceso productivo. Destacamos en este grupo las jornadas de trabajo demasiado largas, rotaciones horarias, sobrecarga de trabajo, destajos, elevados niveles de tensión, escasas posibilidades de promoción profesional.

- Puesto de trabajo y/o tareas. Son considerados como factores de riesgo los trabajos repetitivos y/o poco motivadores (p.ej.: cadenas de producción donde se prioriza el ritmo de la máquina), los cambios frecuentes de puesto de trabajo, condiciones laborales precarias, condiciones climatológicas adversas (trabajo a la intemperie o a temperaturas extremas), trabajos solitarios, dificultad para compaginar tu trabajo y tu vida social y personal, trabajo donde se manipulan tóxicos... También en este apartado se deben destacar, por un lado, algunos puestos de trabajo que implican riesgo de estrés elevado como el personal sanitario, trabajadores/as con maquinaria peligrosa, etc.; y, por otro, ciertos trabajos cuyas tareas implican que, se este más en contacto con algunas sustancias adictivas (camarero/a, personal sanitario...).
- Ambiente laboral. En este grupo cabe destacar, como factores de riesgo, la conflictividad laboral, los ambientes de gran competitividad, la tolerancia y/o consumo de ciertas drogas en el centro de trabajo, la falta de planificación y de flexibilidad en la ejecución de la tarea y la inestabilidad en el puesto de trabajo.

B. Factores de riesgo no laborales

Los factores de riesgo no laborales se pueden agrupar en tres apartados:

➤ Sociales

Entendemos por factores de riesgo a nivel social aquellas características de nuestra sociedad (condiciones sociales y culturales) en las que se desenvuelve el individuo que suponen un aumento de la probabilidad de inicio en conductas adictivas.

Destacaríamos en este nivel, entre otros:

1. Sistema de valores inadecuados
2. Las actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias
3. Carencia de relaciones sociales, o relaciones sociales inadecuadas
4. Disponibilidad del objeto adictivo
5. Pobreza y graves carencias económicas
6. Consumo de drogas en el grupo de amigos y conocidos
7. Falta de alternativas de ocio

➤ Familiares

La familia es el primer grupo social en el que se convive y a partir del cual crecemos y maduramos. En este marco de convivencia y aprendizaje se generan, en ocasiones, determinadas situaciones, interacciones personales, estilos de comportamiento y de afrontamiento, etc. que son factores de riesgo para el inicio y mantenimiento de conductas adictivas.

Podemos destacar, entre otros:

1. Problemas económicos en la familia
2. Conflictividad familiar
3. Actitudes familiares positivas hacia el consumo de ciertas drogas
4. Presencia de consumidores/as de drogas en la familia
5. Imposibilidad de compatibilizar el trabajo y las tareas domésticas
6. Malas relaciones padres/madres - hijos/as
7. Malas relaciones de pareja

➤ Personales

Siendo evidente que el contexto donde vivimos desempeña un papel importante en la gestación y mantenimiento de una conducta adictiva, no debemos olvidar que el iniciarse o no en una adicción es una decisión individual, y ante esa decisión son importantes las características individuales de la persona.

Entendemos por factores de riesgo personales aquellas características individuales que se relacionan con una mayor probabilidad de iniciarse en una adicción.

Entre otros, podríamos enumerar los siguientes:

1. Existencia de problemas emocionales e interpersonales: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver problemas y tomar decisiones, carencia de autocontrol
2. Acontecimientos vitales causantes de estrés
3. Soledad
4. Insatisfacción personal
5. Actitudes favorables hacia las drogas

Para terminar este apartado, nos gustaría mencionar cómo a veces se alude a la sustancia o al objeto que genera adicción como factor de riesgo en la gestación de una conducta adictiva. Aunque es cierto que un primer análisis puede llevarnos a la conclusión que los problemas de la adicción pueden venir dados por la existencia del objeto adictivo y, en el caso de las drogodependencias no solo por su existencia sino por las propiedades de la misma, se debe tener presente que este, no significa nada por sí solo; adquiere relevancia en la medida en que cumple una función determinada para la persona que lo consume.

Los individuos no son elementos pasivos que se limitan a responder a los efectos farmacológicos de la sustancia o a sufrir indefensos las condiciones ambientales. Todo lo contrario, el individuo es quien da un significado u otro a la conducta de consumo, pudiéndolo convertir en un consumo experimental o en parte central de su vida. Somos los verdaderos protagonistas de nuestra conducta pudiendo, incluso, modificar el ambiente donde vivimos.

Con respecto a los factores de protección se realiza una distribución similar:

A. Factores de protección laborales

Destacaríamos como factores de protección:

- Medidas relativas a la organización. La política empresarial debe prever diferentes estrategias para disminuir ciertos riesgos que se producen por una mala planificación y organización. Por ejemplo, en los trabajos que conllevan turnos rotatorios y/o nocturnos, se debe planificar con suficiente antelación para que los trabajadores/as implicados puedan organizar su vida personal y familiar.

Para contrarrestar las jornadas de trabajo prolongadas se hace necesario el establecimiento de ritmos de trabajo que permitan descansos periódicos para adaptarse a las necesidades del trabajador/a.

Otros factores de protección a destacar en este apartado serían:

1. Evitar desajustes entre la formación del trabajador/a y el puesto de trabajo que ocupa.
 2. Limitar y/o eliminar la oferta de drogas legales en la empresa.
 3. Llevar a cabo Planes de Prevención de Adicciones en las empresas.
- Medidas relativas a la tarea. Se deben planificar las acciones y tareas contemplando la flexibilidad necesaria en el orden de ejecución, para que mejore el ajuste del individuo a la tarea y su satisfacción.

Por otra parte, en aquellos trabajos que puedan resultar monótonos, la empresa debería potenciar y facilitar la variación en las tareas cada cierto tiempo.

B. Factores de protección no laborales

- Sociales

Son aquellas características del entorno que potencian un estilo de vida saludable y pueden disminuir la probabilidad de tener una conducta adictiva.

Podemos destacar:

1. Promoción de la salud
 2. La generación de actividades de ocio y tiempo libre alternativas a la cultura de consumo
 3. Limitación de la accesibilidad a las drogas
- Familiares

Son aquellas características del entorno familiar que potencian un estilo de vida saludable y pueden

reducir la posibilidad de sufrir una conducta adictiva.

Destacamos, entre otras:

1. Apego y cohesión familiar
2. Actitudes positivas hacia la salud
3. Valores prosociales en la familia

➤ Personales

Hablamos de algunas características personales que pueden disminuir la posibilidad de tener una conducta adictiva.

Podemos distinguir:

1. Los valores:
 - a. Valores positivos hacia la salud
 - b. Valores ético-morales
2. Actitudes positivas hacia la salud
3. Capacidad para tomar decisiones
4. Competencia en habilidades sociales

Características de los factores de riesgo y protección

Por último, queremos mencionar algunas características de los factores de riesgo y protección que nos van a ayudar a entender la complejidad del fenómeno de las drogodependencias y de las adicciones no comportamentales.

- En primer lugar, ninguno de los factores de riesgo o de protección puede considerarse más importante que otro, ya que el hecho de que cada persona tenga unas características personales y sociales hacen imposible determinar el peso relativo de cada factor.
- En segundo lugar, siempre debemos hablar en términos de probabilidad, nunca de causalidad. Por lo tanto, el hecho de que un determinado factor de riesgo se vincule a un aumento de la probabilidad de iniciarse en una conducta adictiva no quiere decir que ese factor sea la causa de consumo, aunque sí se puede afirmar que la presencia de un mayor número de factores de riesgo se relaciona con un incremento del riesgo de iniciarse en una conducta adictiva.
- Por último, los factores de riesgo y de protección no pueden comprenderse de forma aislada, sino que interactúan dando lugar a complejas influencias difíciles de prever.



BLOQUE:

5

**INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS Y
COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS**

Las sustancias psicoactivas

¿Qué entendemos por sustancias psicoactivas?

Las sustancias psicoactivas o psicotrópicas son conocidas comúnmente como drogas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como «toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas». Atendiendo a esta definición podemos decir que las DROGAS son:

- **Sustancias** que pueden ser naturales o sintéticas; legales o ilegales; terapéuticas o de abuso.
- **Que se introducen en el organismo**, por vía fumada, ingerida, inhalada, inyectada o esnifada, **produciendo cambios físicos y psíquicos en la persona que las consume**. Estos cambios van a variar según el tipo de sustancia, la cantidad consumida y la frecuencia.
- Todas las drogas **pueden llegar a generar adicción**, y ello va a depender de la persona, la sustancia que consuma y el lugar o ambiente donde las consuma.

¿Qué tipos de sustancias psicoactivas existen?

A lo largo del tiempo las sustancias psicoactivas se han clasificado por:

- Su uso: terapéuticas, sociales y de abuso.
- Su origen: natural o sintético.
- La permisividad de su consumo: legales o ilegales.
- Su peligrosidad: duras o blandas.
- Su papel sociocultural: aceptadas o marginales.



Estas clasificaciones han banalizado los efectos de las drogas consideradas blandas, legales, aceptadas o naturales, tales como: el tabaco, el alcohol, los fármacos y la marihuana, ocasionando que la percepción de riesgo de la población sobre los efectos que estas sustancias producen sobre el organismo de la persona y su entorno no se adecue a los riesgos reales de su consumo.

La clasificación más aceptada es la que atiende a los principales efectos causados en el sistema nervioso central de la persona que las consume. Esta clasificación aporta una definición basada en criterios científicos y universales.

Atendiendo a esta clasificación, nos encontramos con tres tipos o grupos de sustancias:

- **Estimulantes del sistema nervioso central:** Aceleran el organismo incrementando el estado de alerta y aumentando el estado de conciencia. Entre estas sustancias se encuentran la nicotina, la cafeína, la cocaína y las anfetaminas.
- **Depresoras del sistema nervioso central:** Ralentizan el funcionamiento del sistema nervioso, disminuyen los reflejos, calman el dolor, producen sueño, aturdimiento... En dosis elevadas, pueden llegar a paralizar la actividad cerebral que controla el aparato respiratorio produciendo la muerte. Las principales sustancias depresoras son los tranquilizantes, los derivados del opio (morfina, heroína, metadona) y el alcohol.
- **Perturbadoras del sistema nervioso central:** Estas sustancias distorsionan el funcionamiento del cerebro originando alteraciones en las percepciones visuales y auditivas. Entre ellas se encuentran los derivados del cannabis, el LSD, las drogas de síntesis y los disolventes.

Para realizar una descripción detallada de las sustancias nos centraremos en aquellas sustancias de mayor consumo en el ámbito laboral: el tabaco, el alcohol, el cannabis, los fármacos y la cocaína. La prevalencia de su consumo y los efectos que generan en el organismo, así como otros problemas de carácter social, familiar y laboral hacen que sea de sumo interés centrar nuestra atención en el conocimiento de su origen, los efectos que producen y los riesgos que provoca el consumo de estas sustancias.

El tabaco

¿Qué es el tabaco?

El tabaco pertenece al grupo de sustancias denominadas estimulantes del sistema nervioso central. Se extrae de la planta nicotiana tabacum que, tras el secado y fermentación de sus hojas y un laborioso proceso artesanal o industrial, se presenta para su consumo en forma de cigarrillo, puro o picadura de tabaco.

El tabaco contiene nicotina, que es el principio activo que produce la dependencia. En el proceso de producción se añaden otros aditivos que generan, en su combustión, otros componentes muy nocivos para la salud, tales como: el alquitrán, el monóxido de carbono, el amoníaco, la acetona y el arsénico. Se estima que tras la combustión del tabaco se producen más de 4.000 productos tóxicos diferentes.

¿Qué efectos produce?

El tabaco aumenta la presión arterial y acelera el ritmo cardiaco. Normalmente las personas fumadoras experimentan una sensación contraria, de relajación y concentración. Esta sensación se origina al calmarse la ansiedad generada por la falta de nicotina, no la produce la nicotina en sí misma.

Aunque no nos demos cuenta o no le prestemos atención, el tabaco genera efectos en el organismo desde el momento en que empezamos a consumirlo. La aparición de manchas amarillas en las uñas y dedos, el mal aliento, la falta de olfato, el bajo rendimiento, la falta de apetito, las arrugas prematuras en la comisura de los labios o los catarros de repetición son señales que a lo largo del tiempo llegan a formar

parte del día a día de la persona fumadora. Con el paso de los años estas señales, sin dejar de desaparecer, dan paso a efectos más notorios y perjudiciales para la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el consumo de tabaco está relacionado con la aparición de 29 enfermedades y es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte en el mundo. Entre las enfermedades producidas por el consumo de tabaco cabe destacar:

- Cáncer de pulmón
- Cáncer de laringe
- Cáncer bucofaríngeo
- Cáncer renal
- Infarto de miocardio
- Enfisema pulmonar
- Hipertensión arterial
- Trombosis
- Embolias
- Gastritis crónicas
- Impotencia sexual
- Úlcera gastrointestinal

¿Qué riesgos provoca?

El riesgo de padecer alguna de las enfermedades producidas por el tabaco va a depender de cuatro factores:

- 1.- La cantidad de cigarrillos consumida: Cuanto mayor sea el número de cigarrillos que se consume mayor será el riesgo de enfermar.
- 2.- Los años de consumo: La exposición en el tiempo a los efectos del tabaco aumenta los riesgos de su consumo.
- 3.- El tipo de cigarrillos: Los cigarrillos sin filtro y aquellos con concentraciones altas de nicotina y alquitrán aumentan los efectos del tabaco en el organismo y, a su vez, el riesgo de padecer enfermedades.
- 4.- La forma de fumar: Las inhalaciones profundas y el número de caladas en cada cigarrillo también aumentan los efectos del tabaco.

Estos riesgos no sólo los padece la persona fumadora, sino también, en menor medida, los padecen las personas de su entorno. Las personas no fumadoras expuestas al humo del cigarrillo se denominan fumadoras pasivas o involuntarias.

La exposición al humo del cigarrillo en lugares pocos ventilados produce irritación de ojos, dolor de cabeza y tos. En casos de alergias, asma o enfermedades cardiovasculares, aumenta los síntomas que producen estas enfermedades en el organismo. También puede llegar a incrementar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y respiratorias, aumentar el riesgo de abortos, embarazos prematuros y de que el bebé tenga bajo peso al nacer. Los bebés expuestos al humo del tabaco tienen mayor riesgo de muerte súbita y de padecer enfermedades respiratorias.

El sexo de la persona fumadora también es un factor que condiciona los riesgos provocados por el tabaco. Las mujeres fumadoras tienen más posibilidad de padecer osteoporosis, de que se les adelante la menopausia o de padecer un infarto si toman anticonceptivos orales.

Por último, es necesario señalar aquellas situaciones de especial riesgo en las que se recomienda abandonar por completo el consumo de tabaco:

- Durante el embarazo y la lactancia.
- Personas que padecen enfermedades respiratorias o cardiovasculares.
- Menores y adolescentes.

¿Qué riesgos provoca en el ámbito laboral?

La “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”, en vigor desde el 1 de enero de 2006, prohíbe fumar en los centros de trabajo. A pesar de esta medida prohibicionista, y de su cumplimiento, el consumo de tabaco sigue generando riesgos en el ámbito laboral. Cabe mencionar: la falta de concentración motivada por el estado de ansiedad que genera la ausencia de nicotina en el organismo, el absentismo del puesto de trabajo cada vez que la persona se desplaza a la calle o las zonas habilitadas para fumar, el nerviosismo y mal ambiente laboral... En menor medida se encuentran los riesgos de accidentes laborales causados por incendios, explosiones o accidentes de tráfico.

¿Cómo puedo conocer el nivel de dependencia al tabaco?

El **test de Fagestrom** es un instrumento que permite evaluar el grado de dependencia a la nicotina. Sirve para orientar a la persona sobre su adicción al tabaco. En ningún caso se debe utilizar como determinante de los efectos causados por el tabaco en el organismo. Si se está preocupado por la adicción al tabaco se debe consultar al médico/a de familia. Él/ella le orientará sobre los métodos para dejar de fumar.

Test para detectar la dependencia de la nicotina (Fagestrom)

TEST FAGESTROM		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma el primer cigarro?	1. Hasta 5 minutos 2. De 6 a 30 3. De 31 a 60 4. Más de 60	3 2 1 0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	1. Sí 2. No	1 0
¿Qué cigarro le molesta más dejar de fumar?	1. El primero de la mañana. 2. Cualquier otro	1

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuántos cigarros fuma cada día?	1. 10 o menos 2. 11-20 3. 21-30 4. 31 o más	0 1 2 3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	1. Sí 2. No	1 0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	1. Sí 2. No	1 0

VALORACIÓN: Menos de 4 puntos: Dependencia baja
Entre 4 y 7: Dependencia moderada
Más de 7: Dependencia alta

El alcohol

¿Qué es el alcohol?

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central pero sus efectos euforizantes, en una primera fase después de su ingesta, hacen que se confunda normalmente con un estimulante. El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol. La cantidad de etanol en una bebida va a depender de su proceso de elaboración. Según el proceso de elaboración, las bebidas alcohólicas se clasifican en:

- **Bebidas fermentadas:** Se producen por fermentación de los azúcares de diferentes frutas. Existen cuatro categorías: la cerveza, el champán, el vino y el vino de arroz. La concentración mayor de etanol la encontramos en el vino de arroz (18%-25%); luego, en el vino (10%-14%), en el champán (10%-12%) y, por último, en la cerveza (4%-8%).
- **Bebidas destiladas:** Proceden de la depuración y destilación de las bebidas fermentadas. Mediante este proceso se consiguen mayores concentraciones de etanol, llegando a oscilar entre el 30 y el 60% dependiendo de la bebida. Entre las bebidas destiladas se encuentran el aguardiente, el ron, el whisky, el vodka, la ginebra y los licores de hierbas y frutas.

La dependencia del alcohol está condicionada por el tiempo que la persona lleva consumiéndolo. No existe un tiempo estándar, ya que también depende de la persona y de las cantidades que consuma.

Podemos decir que existe dependencia al alcohol cuando el sistema nervioso se adapta a los efectos que el alcohol produce en el organismo, dando lugar a la aparición de los siguientes síntomas:

- El deseo insaciable de consumir.
- La necesidad de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos.
- La pérdida de control para no seguir bebiendo una vez se empieza.
- La aparición de síntomas físicos y psíquicos como: temblores, malestar, ansiedad y nerviosismo.

¿Qué efectos produce?

Los efectos del consumo de alcohol van a variar en función de la persona y la cantidad ingerida.

- **Factores orgánicos:** La edad, el sexo y el peso.
Los menores y adolescentes, al encontrarse en proceso de desarrollo físico y hormonal, son más susceptibles de padecer intoxicaciones que los adultos/as. La dosis de etanol que puede llegar a producir la muerte en los adultos se sitúa en torno a 5 y 8 gramos por kilo de peso, mientras que en los menores es de 3 gramos por kilo.
También el peso y el sexo condicionan los efectos del alcohol. Las mujeres son menos tolerantes al alcohol que los hombres. Esto se debe a que la enzima encargada de destruir el alcohol en el organismo se encuentra en el hombre en un porcentaje 80 veces mayor que en las mujeres.
- **Cantidad de etanol en sangre:** La concentración de etanol en la sangre depende de la cantidad de alcohol consumida. Según sea la concentración de etanol en el organismo, este va pasando por diferentes estados o fases. Estos estados se definen por los diferentes efectos y manifestaciones que el alcohol produce en la persona.

En la siguiente tabla observamos la relación entre la cantidad de alcohol ingerida y los efectos causados. Estos valores son orientativos y corresponden a un hombre de 70 Kilos de peso. Según el sexo y el peso de la persona, estos valores pueden disminuir o aumentar.

ESTADO	CONCENTRACIÓN DE ETANOL	EFFECTOS
Sobriedad	0,3 g./l. sangre Equivalente a 2 cañas, 1,5 vasos de vino, 1/2 whisky	No se observan síntomas del consumo de alcohol.
Euforia	0,3-1,2 g./l. sangre Máximo valor equivalente a 6 cañas, 4 vasos de vino, 3 whiskys	Euforia, aumento de la sociabilidad, disminución de la atención y del autocontrol.
Excitación	06-2,5 g./l. sangre Máximo valor equivalente a 12 cañas, 8 vasos de vino, 6 whiskys	Inestabilidad emocional, pérdidas de memoria, alteración de la comprensión, dificultad al andar.

No debemos olvidar que el consumo de alcohol no sólo produce efectos nocivos sobre la salud de la persona consumidora, sino que también afecta a su entorno familiar y social. Entre los diferentes efectos cabe destacar:

- Cáncer, problemas hepáticos, gastrointestinales, trastornos del sistema nervioso, cardiovasculares, impotencia sexual, esterilidad y malformaciones fetales.
- Desestructuración familiar, maltrato y problemas de convivencia.
- Problemas laborales, aislamiento, delincuencia y mendicidad.

¿Qué riesgos provoca?

Los riesgos provocados por el consumo de alcohol se pueden clasificar en riesgos a corto y largo plazo.

Los riesgos a corto plazo se relacionan con las intoxicaciones etílicas, los accidentes y las prácticas sexuales desprotegidas que pueden llevar al contagio de enfermedades de transmisión sexual y a embarazos no deseados.

A largo plazo, una de las consecuencias más graves del consumo de alcohol es el riesgo de padecer dependencia. Como hemos visto en el apartado anterior, la dependencia alcohólica está condicionada por la persona, la cantidad de alcohol consumida y el tiempo de consumo.

- La vulnerabilidad de la persona hacia el consumo de alcohol se relaciona con su estilo de vida, la capacidad para tomar decisiones y el autocontrol. Existen, a su vez, condicionantes genéticos y educativos derivados del entorno familiar y social. Los hijos e hijas de padres/madres alcohólicos tienen más posibilidades de padecer dependencia del alcohol en edades adultas.
- En función de la cantidad de alcohol consumida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece tres tipos de consumos: consumo de bajo riesgo, consumo de alto riesgo y consumo peligroso. La Unidad de Bebida Estándar (UBE) es la que determina, en función del número de unidades consumidas, el tipo de consumo.

En la siguiente tabla se muestran las UBE con las que se mide cada bebida:

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UNIDADES DE BEBIDA
CERVEZA	1 caña (200 cc)	1 UBE
VINO	1 vaso (100 cc)	1 UBE
LICOR	1 copa (50 cc)	2 UBE
COMBINADOS (ron, vodka, whisky...)	1 combinado	2 UBE

Según el número de UBE consumidas y el sexo se calcula el tipo de consumo:

CONSUMO	HOMBRE	MUJER
BAJO RIESGO	1 caña (200 cc)	1 UBE
ALTO RIESGO	1 vaso (100 cc)	1 UBE
PELIGROSO	1 copa (50 cc)	2 UBE

No padecer dependencia de forma aparente no exime de los riesgos de padecer otras enfermedades y problemas asociados al consumo de alcohol. Hay que tener en cuenta que el consumo continuado en dosis moderadas, o bien el consumo esporádico (consumo de fin de semana) en dosis altas, produce riesgos para la salud y la integración social de la persona consumidora.

Entre las enfermedades producidas por el consumo de alcohol cabe destacar:

- Cáncer
- Hipertensión arterial
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades hepáticas
- Enfermedades neuronales
- Gastritis y úlcera gastroduodenal
- Problemas sexuales
- Insomnio
- Depresión
- Demencia
- Psicosis

El consumo de alcohol genera graves problemas sociales y de convivencia relacionados con la agresividad.

Al igual que para el tabaco, para el consumo de alcohol existen situaciones de especial riesgo. En estas situaciones, que a continuación se enumeran, no se debe consumir nada de alcohol; ya que puede llegar a ocasionar daños irreparables sobre la persona consumidora, su entorno y sobre terceras personas:

- En los menores de edad
- Durante el embarazo y lactancia
- Antes y durante la conducción de vehículos y manejo de maquinarias
- Antes y durante la jornada laboral
- Estando en tratamiento farmacológico
- En personas que padecen enfermedades cardiovasculares o hepáticas

¿Qué riesgos provoca en el ámbito laboral?

El consumo de alcohol es la causa de múltiples problemas laborales, que no sólo afectan a la salud de la persona consumidora sino que pueden llegar a afectar al resto de los trabajadores/as, a las personas a su cargo, familia y entorno social.

El consumo de alcohol durante la jornada laboral puede ocasionar accidentes motivados por la falsa sensación de seguridad y confianza que produce la ingesta de alcohol en su estado de euforia. Esta sobrevaloración de las capacidades hace que se subestimen los riesgos de la actividad laboral y se pasen por alto las normas de seguridad establecidas para el desempeño de la labor profesional. El cansancio, la falta de atención y las alteraciones sensoriales producidas en los estados de excitación y confusión también pueden dar lugar a accidentes laborales y a la disminución de la productividad. Por último, hay que destacar las malas relaciones con compañeros/as, mandos y público producidas por la ansiedad generada en los periodos abstinentes o por la agresividad que produce la ingesta de alcohol.

¿Cómo puedo conocer el nivel de dependencia del alcohol?

Existen tests de autoevaluación de la dependencia alcohólica (test AUDIT, CAGE, MALT...). Estos tests son sólo orientativos, sus resultados no deben considerarse determinantes de la dependencia alcohólica. En caso de estar preocupado por el consumo de alcohol o dar positivo en los tests de autoevaluación se debe acudir al médico/a de familia y consultar su caso. A continuación se muestra el test CAGE y el test AUDIT como modelos de autoevaluación.

Test para detectar el abuso de alcohol (CAGE)

TEST CAGE		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	Sí No	1 0
¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?	Sí No	1 0
¿Se ha sentido alguna vez culpable por su costumbre de beber?	Sí No	1 0
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?	Sí No	1 0

VALORACIÓN: 1 punto indica problemas con el alcohol.
2 puntos o más se considera dependencia.

Test de dependencia alcohólica (AUDIT)

TEST AUDIT		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Con qué frecuencia se toma alguna bebida que contenga alcohol?	Nunca	0
	1 o menos veces al día	1
	2 a 4 veces al mes	2
	2 a 3 veces a la semana	3
	4 o más veces a la semana	4
¿Cuántas bebidas que contengan alcohol se toma normalmente cuando bebe?	1 ó 2	1
	3 ó 4	0
	5 ó 6	2
	5 ó 6	3
	10 o más	4
¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas que contengan alcohol en un solo día?	Nunca	0
	1 o menos veces al día	1
	2 a 4 veces al mes	2
	2 a 3 veces a la semana	3
	4 o más veces a la semana	4
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	0
	Menos de una vez al mes	1
	Mensualmente	2
	Semanalmente	3
	A diario o casi a diario	4
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que esperaba porque había bebido?	Nunca	0
	Menos de una vez al mes	1
	Mensualmente	2
	Semanalmente	3
	A diario o casi a diario	4
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año necesitó beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	0
	Menos de una vez al mes	1
	Mensualmente	2
	Semanalmente	3
	A diario o casi a diario	4

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	0 1 2 3 4
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	0 1 2 3 4
Usted o alguna otra persona ¿han resultado heridos porque usted había bebido?	No Sí, pero no en el curso Sí, en el último año	0 2 4
¿Algún familiar, amigo/a, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No Sí, pero no en el curso Sí, en el último año	0 2 4

VALORACIÓN: La escala de valoración oscila entre los 0 puntos como mínimo y los 40 puntos como máximo. Si la puntuación ha sido mayor de 8 puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol.

El cannabis

¿Qué es el cannabis?

El cannabis pertenece al grupo de sustancias perturbadoras del sistema nervioso central. Se extrae de la planta cannabis sativa. Para la elaboración del preparado que se consume se utilizan las hojas, el tallo, las flores o la resina dependiendo del resultado que se quiera obtener: marihuana, hachís o aceite de hachís. Los efectos sobre el cerebro son causados principalmente por el Tetrahidrocannabinol (THC). Este es uno de los principios activos que se encuentran en el cannabis. La concentración de THC va a variar en función del producto. La marihuana es el preparado con menor concentración de THC, entre el 1 y el 5%; le sigue el hachís, entre el 15 y el 50%; y por último, el aceite de hachís, entre el 25 y 50%.

Tanto la marihuana, como el hachís y el aceite se consumen en forma de cigarrillos mezclados con tabaco. También se pueden tomar en infusiones o ingerirse con alimentos.

Está contrastado científicamente que el uso continuado y el abuso del cannabis produce dependencia psíquica y, en menor medida, física. Como en todos los casos de dependencia estará condicionada por la

persona consumidora, la cantidad ingerida y su entorno. Son síntomas de dependencia o adicción al cannabis:

- La obsesión por consumir
- El desinterés por actividades que no giren alrededor del consumo
- La irritabilidad o nerviosismo en periodos de abstinencia
- La disminución de la productividad laboral y escolar
- La pérdida de apetito y sueño

¿Qué efectos produce?

La aparición de los efectos del cannabis sobre el organismo va variar en función de la forma de consumo. El consumo fumado produce un efecto inmediato en el organismo, mientras que si se consume ingerido sus efectos aparecen más tarde, entre la media hora y dos horas después de su consumo. Estos efectos duran aproximadamente dos horas más que en el caso del consumo fumado.

Según la dosis que se consuma, sus efectos pueden oscilar desde el placer y relax a la ansiedad desmedida. Las dosis moderadas causan relajación, somnolencia, pérdida de atención y concentración, enrojecimiento de ojos, sequedad de boca, risa incontrolada, dificultad de coordinación y aumento del ritmo cardiaco. Las dosis altas de elevada pureza pueden causar una intoxicación aguda, que se manifiesta por temblores, sudores fríos, náuseas y una ansiedad extrema que puede durar varias horas.

¿Qué riesgos provoca?

El cannabis actúa sobre el cerebro produciendo sensaciones placenteras que pueden llegar a generar dependencia en la persona que lo consume. En estos casos, el uso habitual se convierte en una costumbre arraigada al estilo de vida. Ante la adicción al cannabis se presentan patrones de deshabitación diferenciados. Algunas personas pueden dejarlo fácilmente, mientras que a otras les resulta más difícil llegando a precisar de atención psicológica. Cuando se abandona el consumo o se reduce de forma considerable, pueden aparecer diversas alteraciones: estrés, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, malestar general y, en algunas ocasiones, estados depresivos que se prolongan durante varias semanas.

Los riesgos de padecer alguna patología derivada del consumo de cannabis aumentan según el tiempo de consumo. Los efectos a largo plazo sobre el organismo se clasifican en:

- **Problemas físicos:** La vía fumada, asociada al efecto bronquiodilatador del cannabis, favorece la aparición de enfermedades respiratorias y empeora los síntomas en aquellas personas que las padecen. A estos efectos se le suman los ocasionados por el uso de tabaco. Las personas con cardiopatías también se pueden ver especialmente afectadas por el consumo de cannabis al producirse una alteración del sistema cardiocirculatorio y, como consecuencia de ello, un empeoramiento de la sintomatología. En los hombres puede producir una reducción de la cantidad y calidad del esperma y generar problemas del aparato reproductor en ambos sexos. El consumo de cannabis en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de malformaciones y disminuye el peso del recién nacido.

- **Problemas mentales:** El consumo continuado de dosis elevadas asociado a periodos abstinentes puede provocar ansiedad, delirios paranoides o de persecución acompañados de pánico, paranoia, depresión y desorientación en el tiempo. Estos efectos pueden durar entre 1 y 11 días. En personas con predisposición a padecer problemas mentales aumenta la posibilidad de padecerlos, y en aquellas que los padecen agrava sus síntomas.
- **Problemas sociales y de convivencia:** El uso continuado de cannabis puede provocar el síndrome amotivacional. Este síndrome se caracteriza por una apatía generalizada, pérdida de eficacia en el desarrollo de tareas comunes, falta de concentración y frustración. La mayoría de las personas que padecen este síndrome suelen padecer problemas de convivencia, relación, aislamiento, bajo rendimiento laboral y/o escolar.

¿Qué riesgos provoca en el ámbito laboral?

El consumo de cannabis antes o durante la jornada laboral reduce la productividad; esto es motivado por la falta de concentración, la reducción de la atención y de la capacidad de reacción. La alteración de la percepción y la pérdida de memoria son efectos que influyen de manera directa en la capacidad para desarrollar la tarea diaria: control de normas de seguridad, recuerdo de órdenes y mandatos de superiores. También incide de forma directa en la conducción de vehículos y manejo de maquinaria aumentando las posibilidades de sufrir accidentes laborales.

Los fármacos

¿Qué son los fármacos?

Son sustancias psicoactivas legales que se dispensan en las farmacias, la mayoría de ellas bajo prescripción médica. Según sus efectos en el sistema nervioso central estos pueden clasificarse como:

- Depresores del sistema nerviosos central: tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos.
- Estimulantes del sistema nervioso central: estimulantes y antidepresivos.

Los tranquilizantes: Son sustancias que se prescriben para mitigar la ansiedad, el estrés, y otros trastornos mentales. Se clasifican en tranquilizantes mayores y menores. Los tranquilizantes mayores se usan para tratamientos de la psicosis, la esquizofrenia, la manía persecutoria y el **delirium tremens** originado por la abstinencia alcohólica. Destacan el haloperidol, la reserpina, la tioxantina y las fenotiacinas. Los tranquilizantes menores se usan para tratar la ansiedad, el estrés y el insomnio. Se distinguen dos tipos: los barbitúricos y las benzodiazepinas.

Los hipnóticos: Son fármacos que inducen directamente al sueño. Son prescritos en pacientes con graves problemas de insomnio.

Los estimulantes: Proporcionan un aumento de la actividad del sistema nervioso central, provocando sensación de energía. Existen estimulantes menores, como el café o el té, y estimulantes mayores como las anfetaminas y los antidepresivos.

Los analgésicos: Actúan sobre el dolor haciéndolo desaparecer. Pueden ser derivados del opio (morfina, codeína, atropina...) o basados en otras sustancias como el paracetamol, el ácido acetilsalicílico o el ibuprofeno.

¿Qué efectos producen?

Los tranquilizantes provocan una sedación generalizada, disminuyen la ansiedad y, a nivel conductual, producen desinhibición. En dosis medias y altas pueden producir falta de coordinación, confusión mental, falta de reflejos e irritación. Producen tolerancia y dependencia física y, en dosis elevadas, pueden llegar a producir la muerte.

Los hipnóticos reducen el tiempo de latencia para iniciar el sueño y aumentan su duración. Al día siguiente de su administración los síntomas continúan a modo de resaca, disminuyendo los reflejos y aumentando la sensación de sueño. Al igual que los tranquilizantes, producen tolerancia y dependencia y, en dosis altas, pueden llegar a producir la muerte.

Los estimulantes provocan excitación nerviosa, insomnio, pérdida de apetito, sequedad de boca y aumento de las pulsaciones y de la tensión arterial. A nivel del comportamiento provocan sensación de autocontrol y seguridad. Su uso continuado produce dependencia, llegando a generar paranoia y agresividad.

Los analgésicos producen una sensación de bienestar. Los de naturaleza opiácea tienen efectos depresores en el sistema nervioso central, por lo que a su acción analgésica se le suma una sensación de relajación y placer. Estos producen una fuerte dependencia física y psicológica. Los analgésicos que no derivan del opio se venden sin prescripción médica, por lo que generalmente se consumen sin control médico, y pueden llegar a producir dependencia psicológica.

¿Qué riesgos provocan?

Todos los fármacos que se describen en el apartado anterior producen una fuerte dependencia física y psíquica, a excepción de los analgésicos no derivados del opio cuya dependencia es básicamente psicológica y significativamente más débil. Algunos científicos/as consideran como periodo seguro para el uso de tranquilizantes de cuatro a cinco semanas; a partir de ese momento empiezan a aumentar los riesgos de padecer dependencia. Estos periodos van a variar dependiendo del tipo de sustancia. En general, el uso continuado y sin control médico de cualquiera de los fármacos expuestos produce serios efectos secundarios sobre el organismo.

¿Qué riesgos provocan en el ámbito laboral?

El consumo de fármacos afecta a la conducción de vehículos y maquinarias, aumentando los riesgos de accidentes laborales. También limita la realización de tareas complejas y de aquellas que requieran altas dosis de concentración. Los efectos causados por el consumo, así como los ocasionados en periodos de abstinencia, pueden generar grandes conflictos entre compañeros/as, público y mandos intermedios.

¿Qué es la cocaína?

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central. Se extrae de las hojas del arbusto *Erythroxylum coca*. Tras procesar químicamente sus hojas, se obtienen diferentes preparados:

- Sulfato de coca o pasta base: Se obtiene mezclando las hojas trituradas con agua y queroseno. A esta mezcla se le extrae el queroseno agregándole agua y ácido sulfúrico. Por último, se le añade cal o amoníaco y se deja secar obteniendo una pasta de color pardo.
- Cocaína base o crack: Proviene de la mezcla de la pasta base con éter. Al contacto con el calor, el éter se evapora dando lugar a unos cristales parecidos a la porcelana.
- La cocaína en polvo: Se obtiene a partir de la cocaína base mezclada con ácido clorhídrico y acetona o éter. Es un polvo blanco fino y cristalino.

Como podemos observar, para la obtención de la cocaína en polvo es necesario transformar la hoja de coca en pasta base, la pasta base en cocaína base y, por último, la cocaína base en cocaína. Este laborioso proceso, en el que se usa una gran variedad de sustancias nocivas para la salud, no finaliza en la obtención del producto sino que, para su venta en el mercado negro, se vuelve a procesar con productos que aumenten la cantidad y simulen su pureza, como el talco, la lactosa y las anfetaminas.

La cocaína en polvo es la forma de consumo más generalizada. Normalmente se inhala con la ayuda de un tubo de papel o metal y, en menor medida, sobre todo en casos de dependencia extrema, se utiliza la vía inyectada para potenciar y alargar sus efectos. También se consume fumada mezclada con tabaco e incluso otras sustancias como la heroína.

¿Qué efectos produce?

Al ser un estimulante del sistema nervioso central, la cocaína acelera el organismo provocando euforia, excitación, hiperactividad verbal y motora, reducción de la fatiga, aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial, y contracción de los vasos sanguíneos. Si la cocaína se inhala, estos efectos se producen pasados unos minutos después de su consumo y suelen durar aproximadamente 40 minutos; si se consume por vía fumada o inyectada, los efectos son inmediatos y su duración es más corta. Por norma general, a estos efectos le precede un estado depresivo y de ansiedad que se mitiga con la siguiente dosis. Es por ello por lo que el consumo de cocaína se hace de forma compulsiva y no se para hasta que se acabe la sustancia y no exista forma de conseguirla o se termine el dinero para obtenerla.

¿Qué riesgos provoca?

La cocaína es una de las sustancias psicoactivas con mayor poder de adicción. La adicción se produce tras periodos de consumo más o menos largos, que, en la mayoría de los casos, no responde a consumos diarios hasta no llegar a un nivel de adicción avanzado. Hay que tener en cuenta que pequeñas dosis consumidas en eventos festivos o durante los fines de semana pueden producir tolerancia y síntomas

relacionados con la dependencia.

El consumo de cocaína puede producir problemas físicos, psicológicos y sociales. A medio y largo plazo, las personas consumidoras de cocaína pueden padecer:

- Problemas orgánicos: enfermedades cardiovasculares y neurológicas (arritmias, infarto de miocardio, cefaleas, trombosis cerebrales, hemorragias); enfermedades respiratorias (sinusitis e irritación de la mucosa nasal, perforación del tabique nasal); pérdida de apetito y sueño.
- Problemas psicológicos: irritabilidad, depresión, ansiedad extrema y patología psicótica de tipo paranoico o esquizofrénico.
- Problemas sociales y de convivencia: como pasa con otras sustancias adictivas, la dependencia a la cocaína genera serios problemas sociales y de convivencia: pérdida del trabajo, desinterés por los estudios, aislamiento, agresividad, problemas convivenciales en el núcleo familiar y en el entorno social.

Existen circunstancias donde el consumo de cocaína, aún de forma aislada y en pequeñas dosis, produce serios daños para la salud:

- En los menores de edad
- Durante el embarazo y la lactancia
- Antes y durante la conducción de vehículos y manejo de maquinarias
- Antes y durante la jornada laboral
- En personas que padecen enfermedades cardiovasculares o neurológicas

¿Qué riesgos provoca en el ámbito laboral?

En el ámbito laboral, el consumo de cocaína provoca serios riesgos sobre la salud individual y colectiva. La falsa seguridad hace que se subestimen los riesgos aumentando la posibilidad de provocar accidentes laborales. La irritabilidad y la ansiedad que aparecen en los periodos abstinentes provocan conflictos con compañeros/as, público y mandos intermedios. Estos conflictos, unidos a la disminución de la productividad y al absentismo, son la causa de la mayoría de los despidos provocados por consumo de drogas.

Las conductas adictivas

¿Qué entendemos por conducta adictiva?

Cualquier actividad cotidiana que proporcione placer puede ser susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Como se describe en el bloque 3 de este manual, existen determinadas conductas no asociadas al consumo de sustancias que pueden generar síntomas similares a los producidos por una dependencia al alcohol, tabaco u otras drogas.

Actividades, tan cotidianas y necesarias e inofensivas para la salud -como comer, jugar, trabajar, relacionarse o instruirse a través de las tecnologías de la información- pueden llegar a convertirse en conductas obsesivas que generan una pérdida de control en el individuo, interfiriendo en su vida familiar, social y laboral. Esto no significa que todos/as estemos expuestos a sufrir una adicción por el mero hecho de disfrutar de la comida, el sexo, el trabajo o conectarnos a internet; el que una conducta se convierta en una adicción va a depender de la persona y de la frecuencia con la que se realice esta conducta, así como del mantenimiento de la misma a pesar de las consecuencias negativas que le pueda estar generando. Por lo tanto, no es la actividad en sí misma la que genera la dependencia sino la relación que cada persona establece con ella.

¿Qué tipos de adicciones comportamentales existen?

En el caso de las conductas adictivas su clasificación viene marcada por el tipo de actividad que genera la adicción, ya que los efectos que estas conductas generan en el organismo poseen características comunes entre todas ellas. A nivel biológico existe un efecto euforizante causado por el aumento del neurotransmisor dopamina. Esto ocurre después de un contacto sexual satisfactorio, de una conexión a internet interesante, después de una buena comida o de la realización de un trabajo reconocido, etc. En definitiva, después de realizar actividades placenteras para el individuo. Con el tiempo, y una vez presentada la adicción, la búsqueda del placer pasa a un segundo plano para tomar protagonismo la evitación del malestar que genera el síndrome de abstinencia.

Entre las conductas adictivas más comunes podemos destacar:

- Ludopatía o juego patológico
- Adicción al trabajo
- Adicción a las tecnologías de la información (internet, móvil, videojuegos, televisión)
- Adicción a la comida
- Adicción al sexo
- Adicción a las compras
- Adicción al ejercicio físico

A continuación se describen aquellas conductas adictivas que, por su repercusión en el ámbito laboral, tienen mayor interés de ser analizadas con detalle:

DENOMINACIÓN	TIPO DE DEPENDENCIA	ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO	RIESGOS
TABACO	Física-Psíquica	Fumada	Estimulante Falsa sensación de relajación, aumento del ritmo cardiaco.	Cánceres, enfermedades del corazón, respiratorias, estómago, sistema circulatorio, impotencia sexual, arrugas prematuras, mal aliento, manchas en dedos y uñas.
ALCOHOL	Física-Psíquica	Oral	Depresora Relajación, aumento de la confianza, locuacidad, disminución de la atención, desinhibición, somnolencia, cambios bruscos de humor, pérdida de memoria, alteración de la comprensión, dificultada para andar, inconciencia.	Cánceres, enfermedad del hígado, páncreas, estómago, corazón, sistema nervioso, impotencia, depresión, aislamiento, agresividad, problemas sociales y de convivencia y muerte por sobredosis.
CANNABIS	Física-Psíquica	Fumada, oral	Perturbadora Relajación, somnolencia, pérdida de atención y concentración, enrojecimiento de ojos y sequedad de boca, risa incontrolada, alteraciones de la percepción, aumento del ritmo cardiaco, desinhibición, aumento del apetito y ansiedad.	Disminución del rendimiento, pérdida del interés, trastornos sexuales, enfermedades respiratorias, cardiopatías, enfermedades mentales, síndrome amotivacional.
COCAÍNA	Física-Psíquica	Esnifada, fumada, inyectada	Estimulante Reducción de la fatiga, lucidez y viveza mental, euforia, excitación, irritabilidad, taquicardia, depresión, ansiedad.	Pérdida del apetito, perforación del tabique nasal, alteraciones de la personalidad, enfermedades cardíacas, trastornos sexuales, ansiedad, depresión, muerte por sobredosis.

DENOMINACIÓN	TIPO DE DEPENDENCIA	ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO	RIESGOS
ANFETAMINAS	Física-Psíquica	Oral, esnifada, inyectada	Estimulante Euforia, aumento de la confianza y de la autoestima, excitación y depresión.	Aceleración del ritmo cardiaco, hipertensión, paranoia, insomnio e irritabilidad, muerte por sobredosis.
ÉXTASIS	Psíquica	Oral	Perturbadora Hiperactividad, verborrea o locuacidad, euforia, ansiedad, insomnio.	Pérdida del apetito, depresión, patología psiquiátrica (paranoias, psicosis...) insomnio.
TRANQUILIZANTES	Física-Psíquica	Oral	Depresora Sedación, disminución de la ansiedad y desinhibición.	Ansiedad, inestabilidad afectiva, conductas suicidas, muerte por sobredosis.
HIPNÓTICOS	Física-Psíquica	Oral	Depresora Sueño, disminución de los reflejos, aturdimiento, dificultad para hablar y andar.	Somnolencia, trastornos sexuales, demencia, depresión, muerte por sobredosis.
HEROÍNA	Física-Psíquica	Fumada, inyectada, esnifada	Depresora Excitación seguida de un estado depresivo intenso.	Aceleración del ritmo cardiaco, hipertensión, depresión, paranoia, insomnio, irritabilidad, muerte por sobredosis.
ALUCINÓGENOS	Psíquica	Oral	Perturbadora Hiperactividad, risa incontrolada, psicosis, angustia, pánico, ansiedad, alteraciones sensoriales.	Lesiones cerebrales irreversibles.



BLOQUE:

6

ASPECTOS LEGALES Y ADICCIONES EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO

La normativa legal por la que se rigen las actuaciones relacionadas con las adicciones y el medio laboral nos parece un aspecto capital a la hora de elaborar este manual; ya que con ello damos a conocer los derechos y los deberes de las empresas y de los trabajadores/as, matiz fundamental para la concienciación de todos los sectores implicados sobre el papel que juegan como agentes preventivos en esta materia.

En este apartado presentaremos los textos legales que en el ámbito internacional, nacional y autonómico orientan las actuaciones en esta materia, tanto las de carácter preventivo y protector, como las de índole asistencial. Por un lado, legislación general sobre drogodependencias y, por otro, la legislación laboral relacionada con las drogas.

Al final del capítulo se presenta un cuadro resumen donde se recogen los títulos de los textos legislativos más significativos.

Ámbito internacional

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, artículo 25, p.1:** "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."
- **Directiva Marco 89/391/CEE**, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores/as.

En esta Directiva se incluyen principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales y la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación de los factores de riesgo y accidente, la información, la consulta, la participación equilibrada de conformidad con las legislaciones y/o los usos nacionales, la formación de los trabajadores/as y de sus representantes, así como las líneas generales para la aplicación de dichos principios.

Expondremos aquí los artículos que consideramos más relevante de la sección II y sección III, donde se exponen las obligaciones de los empresarios/as y de los trabajadores/as.

SECCIÓN II Obligaciones de los empresarios

Artículo 5. Disposición general.

1. El empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

Artículo 6. Obligaciones generales de los empresarios.

1. En el marco de sus responsabilidades, el empresario adoptará las medidas necesarias para la protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores, incluidas las actividades de prevención de los riesgos profesionales, de información y de formación, así como la constitución de una organización y de medios necesarios.

El empresario deberá velar por que se adapten estas medidas a fin de tener en cuenta el cambio de las circunstancias y tender a la mejora de las situaciones existentes.

Artículo 7. Servicios de protección y de prevención.

1. El empresario designará uno o varios trabajadores para ocuparse de actividades de protección y de actividades de prevención de los riesgos profesionales de la empresa y/o del establecimiento.

2. Los trabajadores designados no podrán sufrir un perjuicio derivado de sus actividades de protección y de sus actividades de prevención de los riesgos profesionales.

Artículo 10. Información de los trabajadores.

1. El empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores y/o sus representantes en la empresa y/o el establecimiento reciban, de conformidad con las legislaciones y/o los usos nacionales que pueden tener en cuenta en particular el tamaño de la empresa y/o del establecimiento, todas las informaciones necesarias correspondientes a:

a) los riesgos para la seguridad y la salud, así como las medidas y actividades de protección o de prevención que afecten tanto a la empresa y/o al establecimiento en general como a cada tipo de puesto de trabajo y/o de función;

b) las medidas adoptadas de conformidad con el apartado 2 del artículo 8.

Artículo 11. Consulta y participación de los trabajadores.

1. Los empresarios consultarán a los trabajadores y/o a sus representantes y permitirán su participación en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y a la salud en el trabajo.

Artículo 12. Formación de los trabajadores.

1. El empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación a la vez suficiente y adecuada en materia de seguridad y de salud y, en particular, en forma de informaciones e instrucciones, con motivo de:

- su contratación,
- una mutación o cambio de función,
- la introducción o cambio de un equipo de trabajo,
- la introducción de una nueva tecnología, y específicamente centrada en su puesto de trabajo.

Sección III . Obligaciones de los trabajadores

Artículo 13.

1. Competerá a cada trabajador velar, según sus posibilidades, por su seguridad y su salud, así como por las de las demás personas afectadas, a causa de sus actos u omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones de su empresario.

2. A fin de realizar dichos objetivos, los trabajadores con arreglo a su formación y a las instrucciones de su empresario, deberán en particular:

- a) utilizar correctamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte y otros medios;
- b) utilizar correctamente el equipo de protección individual puesto a su disposición y, después de su utilización, colocarlo en su sitio;
- c) no poner fuera de funcionamiento, ni cambiar o desplazar arbitrariamente los correspondientes dispositivos de seguridad de las máquinas, aparatos, herramientas, instalaciones y edificios, y utilizar tales dispositivos de seguridad correctamente;
- d) indicar inmediatamente al empresario y/o a los trabajadores que tengan una función específica en materia de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores, toda situación laboral que, por un motivo razonable, consideren que entraña un peligro grave e inminente para la seguridad y la salud, así como todo defecto que se haya comprobado en los sistemas de protección;
- e) contribuir, de conformidad con los usos nacionales y durante el tiempo que fuere necesario, junto con el empresario y/o los trabajadores que tengan una función específica en materia de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores, a que puedan cumplirse todas las tareas o exigencias impuestas por la autoridad competente con el fin de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo;
- f) contribuir, de conformidad con los usos nacionales y durante el tiempo que fuese necesario, junto con el empresario y/o los trabajadores que tengan una función específica en materia de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores, a que el empresario pueda garantizar que el medio y las condiciones de trabajo sean seguros y no presenten riesgos para la seguridad y la salud dentro de su ámbito de actividad.

- **Convenio Nº 155 de la OIT, sobre seguridad y salud de los trabajadores de 1981 y Protocolo de 2002 relativo al Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores de 1981.**

En este Convenio, al que España se adhiere, se estipula que los Estados que lo ratifiquen deberán formular, aplicar y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente en el trabajo.

Ámbito nacional

- **Constitución Española de 1978**

Artículo 40.2: Encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política

social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo 43: Reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

➤ **Ley 14/1986, de 25 de Abril, general de Sanidad** (BOE 29.04.1986, núm 15207)

Capítulo iv. De la salud laboral.

Artículo veintiuno.

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral, que integrará en todo caso la perspectiva de género, comprenderá los siguientes aspectos:

- a) Promover con carácter general la salud integral del trabajador.
- b) Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.
- c) Asimismo se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuese necesario, a un trabajo compatible durante los períodos referidos.
- d) Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.
- e) Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.
- f) Elaborar junto con las autoridades laborales competentes un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.
- g) Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

2. Las acciones enumeradas en el apartado anterior se desarrollarán desde las áreas de salud a que alude el Capítulo III del Título III de la presente Ley.

3. El ejercicio de las competencias enumeradas en este artículo se llevará a cabo bajo la dirección de las autoridades sanitarias, que actuarán en estrecha coordinación con las autoridades laborales y con los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las empresas.

Artículo veintidós. Los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales.

➤ **Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.**

Artículo 14: Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Artículo 16: La planificación de la acción preventiva se basará en la evaluación previa de los riesgos para la salud y la seguridad de los trabajadores.

Artículo 22: El empresario garantizará la vigilancia periódica de la salud de sus trabajadores.

Con carácter general las pruebas y exámenes médicos tendrán un carácter voluntario, debiendo prestar el trabajador su consentimiento, salvo en los supuestos, previo informe de los representantes de los trabajadores, en que los reconocimientos sean imprescindibles para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para sí mismo, los demás trabajadores o demás personas relacionadas con la empresa. (Art. 22.1)

Las medidas de vigilancia de la salud se llevarán a cabo respetando el derecho a la intimidad y la dignidad de los trabajadores y la confidencialidad de la información relativa a su salud. (Art. 22.2)

Los datos relativos a la vigilancia de la salud no podrán usarse con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador. (Art.22.4)

Artículo 29: Los trabajadores tienen el deber de 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, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario.

➤ **Real Decreto 39/97, de 17 de enero, por el que se aprueban los Servicios de Prevención.**

Artículo 1. Integración de la actividad preventiva en la empresa.

1. La prevención de riesgos laborales, como actuación a desarrollar en el seno de la empresa, deberá integrarse en su sistema general de gestión, comprendiendo tanto al conjunto de las actividades como a todos sus niveles jerárquicos, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales cuya estructura y contenido se determinan en el artículo siguiente.

La integración de la prevención en el conjunto de las actividades de la empresa implica que debe proyectarse en los procesos técnicos, en la organización del trabajo y en las condiciones en que éste se preste.

Su integración en todos los niveles jerárquicos de la empresa implica la atribución a todos ellos, y la asunción por estos, de la obligación de incluir la prevención de riesgos en cualquier actividad que

realicen u ordenen y en todas las decisiones que adopten.

2. Los trabajadores y sus representantes deberán contribuir a la integración de la prevención de riesgos laborales en la empresa y colaborar en la adopción y el cumplimiento de las medidas preventivas a través de la participación que se reconoce a los mismos en el capítulo V de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

La participación a que se refiere el párrafo anterior incluye la consulta acerca de la implantación y aplicación del Plan de prevención de riesgos laborales de la empresa, la evaluación de los riesgos y la consiguiente planificación y organización preventiva en su caso, así como el acceso a la documentación correspondiente, en los términos señalados en los artículos 33 y 36 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

3. La actividad preventiva de la empresa se desarrollará a través de alguna de las modalidades previstas en el capítulo III de este real decreto.

Artículo 2. Plan de prevención de riesgos laborales.

1. El Plan de prevención de riesgos laborales es la herramienta a través de la cual se integra la actividad preventiva de la empresa en su sistema general de gestión y se establece su política de prevención de riesgos laborales. El Plan de prevención de riesgos laborales debe ser aprobado por la dirección de la empresa, asumido por toda su estructura organizativa, en particular por todos sus niveles jerárquicos, y conocido por todos sus trabajadores.

2. El Plan de prevención de riesgos laborales habrá de reflejarse en un documento que se conservará a disposición de la autoridad laboral, de las autoridades sanitarias y de los representantes de los trabajadores, e incluirá, con la amplitud adecuada a la dimensión y características de la empresa, los siguientes elementos:

- a) La identificación de la empresa, de su actividad productiva, el número y características de los centros de trabajo y el número de trabajadores y sus características con relevancia en la prevención de riesgos laborales.
- b) La estructura organizativa de la empresa, identificando las funciones y responsabilidades que asume cada uno de sus niveles jerárquicos y los respectivos cauces de comunicación entre ellos, en relación con la prevención de riesgos laborales.
- c) La organización de la producción en cuanto a la identificación de los distintos procesos técnicos y las prácticas y los procedimientos organizativos existentes en la empresa, en relación con la prevención de riesgos laborales.
- d) La organización de la prevención en la empresa, indicando la modalidad preventiva elegida y los órganos de representación existentes.
- e) 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.

3. Los instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del Plan de prevención de riesgos laborales son la evaluación de riesgos y la planificación de la actividad preventiva, que el empresario deberá realizar en la forma que se determina en el artículo 16 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y en los artículos siguientes de la presente disposición.

➤ **Ley 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.**

Capítulo IV. Régimen sancionador. Sección I. Infracciones. Artículo 23. A los efectos de la presente Ley, constituyen infracciones graves:

- i) La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos.

Artículo 24. Gradaciones. Las infracciones tipificadas en los apartados a, b, c, d, e, f, h, i, l, n, p y q del anterior artículo podrán ser consideradas muy graves, teniendo en cuenta la entidad del riesgo producido o del perjuicio causado, o cuando supongan atentado contra la salubridad pública.

Artículo 25.

1. Constituyen infracciones graves a la seguridad ciudadana el consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico de drogas tóxicas, de estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya infracción penal, así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos utilizados para su consumo.

2. Las sanciones impuestas por estas infracciones podrán suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado, en la forma y por el tiempo que reglamentariamente se determine.

Sección II. Sanciones.

Artículo 28. Multa de cinco millones una pesetas a cien millones de pesetas, para infracciones muy graves. De cincuenta mil una pesetas a cinco millones de pesetas, para infracciones graves. Incautación de las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

➤ **Ley 1/1994, de 20 de junio, General de Seguridad Social.**

Artículo 115, p 1: Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Artículo 115, p 4b: No tendrán la consideración de accidente de trabajo los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado. (Causa excluyente del concepto de accidente de

trabajo).

➤ **Ley 1/1995, de 24 de marzo, Estatuto de los Trabajadores.**

Derecho de los trabajadores a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene y a respeto a la intimidad y a la consideración debida a su dignidad. (Art. 4)

Derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad e higiene. (Art. 19)

Señala como causa de despido disciplinario la embriaguez habitual o toxicomanía, si esta repercute negativamente en el desarrollo del trabajo (Art. 54. 2.f).

➤ **Ley 10/1995, de 23 de noviembre, Código Penal. Título I. De la infracción penal. Capítulo II. De las causas que eximen de la responsabilidad criminal.**

Artículo 20. 2.º Está exento de responsabilidad criminal el que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

Capítulo III. De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal. Artículo 21. 2.ª Es circunstancia atenuante la de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.

Capítulo IV. De las circunstancias que agravan la responsabilidad criminal. Artículo 22. Son circunstancias agravantes: 6.ª Obrar con abuso de confianza. 7.ª Prevalerse del carácter público que tenga el culpable. 8.ª Ser reincidente.

Hay reincidencia cuando, al delinquir, el culpable haya sido condenado ejecutoriamente por un delito comprendido en el mismo título de este Código, siempre que sea de la misma naturaleza.

Título III. Capítulo III. Sección 1. De la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad.

Artículo 87.

1. Aun cuando no concurren las condiciones 1 y 2 previstas en el artículo 81, el juez o tribunal, con audiencia de las partes, podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el número 2 del artículo 20, siempre que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.

El juez o tribunal solicitará en todo caso informe del médico forense sobre los extremos anteriores.

2. En el supuesto de que el condenado sea reincidente, el juez o tribunal valorará, por resolución motivada, la oportunidad de conceder o no el beneficio de la suspensión de la ejecución de la pena, atendidas las circunstancias del hecho y del autor.

3. La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el período que se señale, que será de tres a cinco años.

4. En el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabituación, también se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. Los centros o servicios responsables del tratamiento estarán obligados a facilitar al juez o tribunal sentenciador, en los plazos que señale, y nunca con una periodicidad superior al año, la información precisa para comprobar el comienzo de aquel, así como para conocer periódicamente su evolución, las modificaciones que haya de experimentar así como su finalización.

5. El juez o tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena si el penado incumpliere cualquiera de las condiciones establecidas.

Transcurrido el plazo de suspensión sin haber delinquido el sujeto, el juez o tribunal acordará la remisión de la pena si se ha acreditado la deshabituación o la continuidad del tratamiento del reo. De lo contrario, ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.

Título XVII. De los delitos contra la seguridad colectiva. Capítulo III. De los delitos contra la salud pública.

Artículo 368. Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a nueve años.

Artículo 369. Se impondrán las penas privativas de libertad superiores en grado a las respectivamente señaladas en el artículo anterior y multa del tanto al cuádruplo cuando: 1.º Las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se faciliten a menores de dieciocho años o disminuidos psíquicos, o se introduzcan o difundan en centros docentes, en centros, establecimientos y unidades militares, en establecimientos penitenciarios o en centros asistenciales.

Capítulo IV. De los delitos contra la seguridad del tráfico. Artículo 379.

1. El que condujere un vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o a la de multa de seis a doce meses y trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a noventa días, y, en cualquier caso, a la de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años. En todo caso, será condenado con dichas penas el que condujere con una tasa de alcohol en aire espirado superior a 0,60 miligramos por litro o con una tasa de alcohol en sangre superior a 1,2 gramos por litro.

Artículo 382. Cuando con los actos sancionados en los artículos 379, 380 y 381 se ocasionare, además

del riesgo prevenido, un resultado lesivo constitutivo de delito, cualquiera que sea su gravedad, los jueces o tribunales apreciarán tan sólo la infracción más gravemente penada, aplicando la pena en su mitad superior y condenando, en todo caso, al resarcimiento de la responsabilidad civil que se hubiera originado.

Artículo 383. El conductor que, requerido por un agente de la autoridad, se negare a someterse a las pruebas legalmente establecidas para la comprobación de las tasas de alcoholemia y la presencia de las drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas a que se refieren los artículos anteriores, será castigado con la penas de prisión de seis meses a un año y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años.

➤ **Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.**

Establece la prohibición total de fumar en los centros de trabajo, salvo en los espacios al aire libre, y en todos los espacios del transporte suburbano (vagones, andenes, pasillos, escaleras, estaciones, etc.), salvo los espacios que se encuentren por completo al aire libre. (Art. 7)

Prohíbe la venta y el suministro de tabaco en los lugares y espacios donde está prohibido su consumo. (Art. 3 y 4)

➤ **Ley 17/2005, de 19 de julio, Permiso de Conducir por Puntos.** Se consideran infracciones muy graves, cuando no sean constitutivas de delito, las siguientes conductas:

- a) La conducción por las vías objeto de esta Ley habiendo ingerido bebidas alcohólicas con tasas superiores a las que reglamentariamente se establezcan, y, en todo caso, la conducción bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y cualquier otra sustancia de efectos análogos.
- b) Incumplir la obligación de todos los conductores de vehículos de someterse a las pruebas que se establezcan para detección de posibles intoxicaciones de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas, y la de los demás usuarios de la vía cuando se hallen implicados en algún accidente de circulación.

2. Las infracciones muy graves podrán ser sancionadas con multa de 301 hasta 1.500 euros.

Relación infracción-pérdida de puntos:

4 puntos menos. Si conduce con una tasa de alcohol superior a 0,25 mg/l y hasta 0,50 mg/l en aire espirado (profesionales y conductores noveles más de 0,15 y hasta 0,30 mg/l.).

6 puntos menos. Si conduce con una tasa de alcohol superior a 0,50 mg/l en aire espirado (profesionales y conductores noveles más de 0,30 mg/l.). Si conduce bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias de efectos análogos. Si se niega a pasar las pruebas de alcoholemia, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias de efectos análogos.

➤ **Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.**

Título 2, artículo 17.3 : En el ámbito laboral, se fomentarán aquellas actuaciones tendentes a acercar a los trabajadores con problemas de drogodependencias a la red asistencial, así como aquellas que tengan por finalidad la reserva de puesto de trabajo durante el proceso de recuperación.

➤ **III Plan Canario Sobre Drogas.** En el apartado 6.1.3. Actuaciones del Área de Prevención y Sensibilización, se recoge el ámbito laboral como ámbito de intervención a la hora de abordar el fenómeno de las drogodependencias en la comunidad canaria, diferenciado actuaciones de Promoción de la Salud, y actuaciones de Disminución del Riesgo.

Los objetivos que se recogen en dichos apartados son los siguientes:

ÁREA PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN ÁMBITO LABORAL ACTUACIONES PROMOCIÓN DE LA SALUD

1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.

1.P.1.AL.1 Promover y garantizar que se informa y sensibiliza a todos los empresarios y trabajadores sobre los riesgos del consumo de sustancias capaces de generar dependencia y sus factores de riesgo psicosocial así como de los mecanismos de protección tanto personales como organizacionales.

1.P.1.AL.2 Desarrollar programas y campañas de información y sensibilización a los empresarios y trabajadores a través de los medios de comunicación.

1.P.1.AL.3 Promover y garantizar que se sensibiliza e informa a los empresarios y trabajadores sobre el cumplimiento de las diferentes normativas en drogodependencias y adicciones

1.P.2 Poner a disposición de todos los ciudadanos un servicio de información, orientación y atención sobre drogodependencias.

1.P.2.AL.1 Promover y garantizar que se implementa y oferta un servicio de primer nivel asistencial a disposición de todos los trabajadores desde las unidades de salud laboral y los agentes sociales implicados .

1.P.2.AL.2 Elaborar y difundir una guía sobre los recursos existentes en materia de drogodependencias y promoción de la salud en el ámbito nacional, autonómico y local.

2.P.3. Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.

2.P.3.AL.1 Seleccionar y difundir en toda la comunidad autónoma modelos positivos saludables referentes para los trabajadores.

2.P.3.AL.2 Garantizar que los centros laborales, empresas y sus alrededores sean centros libres de drogas legales e ilegales.

2.P.3.AL.3 Modificar aquellas variables ambientales del medio laboral que puedan inducir al consumo de todo tipo de drogas y diseñar y colocar en el lugar de trabajo indicadores visibles saludables e identificar y eliminar los no saludables.

2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencias en todos los proyectos de promoción de la salud.

2.P.4.AL.1 Motivar y apoyar a las diversas entidades con responsabilidad laboral (organizaciones empresariales y sindicales, mutuas, comités de seguridad...) para que se pongan en marcha los correspondientes planes preventivos de drogodependencias y adicciones desde sus respectivos servicios de salud laboral o, en su caso, que estos planes preventivos se integren en los programas ya existentes de seguridad e higiene de las empresas.

2.P.4.AL.2 Motivar y apoyar a los agentes sociales para la inclusión de la prevención y el tratamiento de las drogodependencias en la negociación de los diferentes convenios.

2.P.5 Impulsar la realización de actividades preventivas dirigidas a la población en general.

2.P.5.AL.1 Motivar y estimular a empresas y trabajadores para la realización y/o facilitación de actividades de ocio y tiempo libre saludables como forma de contribuir al bienestar y el óptimo desarrollo integral de las personas.

DISMINUCIÓN DE RIESGO

3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

3.P.6.AL.1 Desarrollar acciones informativas y de concienciación sobre los riesgos que conlleva el consumo de drogas.

➤ **Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Plan de Salud de Canarias.**
Capítulo III. Artículo 13. Objeto

El Plan de Salud de Canarias es el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a evaluación.

Dicho Plan, en el Apartado 6 especifica: «Este Plan de Salud, por otro lado, establece sinergias intensas con el Plan de Prevención de Riesgos Laborales de Canarias a lo largo del período 2004-2007, período en el que ambos coinciden. En los aspectos formativos este Plan de Salud se concreta en el Plan de

Reducción de la Siniestralidad Laboral 2005-2008 incluido dentro de la renovación de los Cuartos Acuerdos de Concertación Social de Canarias 2005-2008. El éxito de estas medidas de actuación requiere la ejecución paralela de otras medidas de acompañamiento centradas en la formación de los trabajadores y empresarios así como en las mejoras de la información disponible relacionada con la seguridad y salud en el trabajo, explicitadas en estos acuerdos que se citan.

CUADRO RESUMEN

- Constitución Española de 1978 (BOE 29.12.1978, núm. 311)
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, general de Sanidad (BOE 29.04.1986, núm 15207)
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/97, de 17 de enero, por el que se aprueban los Servicios de Prevención.
- Ley 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.
- Ley 1/1994, de 20 de junio, General de Seguridad Social.
- Ley 1/1995, de 24 de marzo, Estatuto de los Trabajadores.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.



BLOQUE:

7

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

Bloque 7 LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

El medio laboral como espacio para prevenir las adicciones

¿Qué motiva la intervención de las adicciones en el medio laboral?

La empresa no ha permanecido al margen de los problemas que generan las conductas adictivas. Al igual que en la sociedad, en la empresa las adicciones vienen determinadas por la interacción de elementos (la persona trabajadora, la sustancia u objeto y la empresa) y por un efecto multicausal generado por diversos factores que aumentan o disminuyen el riesgo de padecerlas. La empresa se presenta como un nivel microsociedad que reproduce las mismas condiciones sociales, culturales y económicas de la sociedad donde se desarrolla. Por ello, la empresa se considera un espacio propicio donde actuar sobre las causas y los efectos que generan las conductas adictivas.

En España es a partir de los años 80 cuando se comienza a hablar de prevención del consumo de drogas. Los efectos devastadores que genera el consumo de drogas hacen que la atención a las drogodependencias pase de centrarse únicamente en la asistencia de la persona adicta y dedique especial atención a las causas que generan las drogodependencias. Es a partir de este momento cuando los programas de prevención de drogas comienzan a hacerse visibles en los diferentes ámbitos de la sociedad, incluido el laboral. En el caso de la prevención de las adicciones comportamentales nos encontramos aún en una fase de estudio y desarrollo de iniciativas; que, si bien van adquiriendo presencia en nuestra sociedad, no nos permite en el plano que nos ocupa hacer una fundamentación detallada de los motivos que justifican su prevención desde la empresa.

Es por ello por lo que para fundamentar la intervención en prevención de las adicciones en el ámbito empresarial nos centraremos en las razones que justifican la prevención de las adicciones a sustancias químicas o drogas. Entre ellas, cabe destacar:

1. El consumo de drogas en la población activa. Si hacemos una comparativa de los resultados obtenidos en la "Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas", 2001 (PNSD, 2001) y en el estudio "La incidencia de las drogas en el mundo laboral", 2001 (FAD, 2002), observamos que, en el territorio español, el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes y cocaína en la población activa es superior al realizado por la población general de entre 15 y 64 años.

PREVALENCIA DE LOS CONSUMOS DE TABACO DIARIO, ALCOHOL ABUSIVO Y OTRAS DROGAS EN EL ÚLTIMO MES EN 2001

SUSTANCIA	OCUPADOS/AS	PARADO/A	POBLACIÓN GENERAL
Tabaco	47,3%	46,3%	35,1%
Alcohol	12,3%	12,9%	8,6%
Cannabis	8,3%	16,6%	6,5%
Tranquilizantes	4,0%	4,5 %	2,5%
Cocaína	1,6%	4,1%	2,6%

2. El impacto que genera el consumo de drogas sobre la salud de la persona trabajadora, en su vida social y familiar, y en la productividad empresarial. A lo largo de este manual hemos visto cómo las adicciones afectan al bienestar de la persona en su aspecto orgánico, psicológico y social. En el plano laboral, además, el impacto del consumo de drogas viene marcado por factores que afectan a la productividad de las empresas y a la salud y seguridad de las personas trabajadoras. Según el "Compendio de condiciones de trabajo: drogas y alcohol" (OIT, 1987), los problemas causados por el alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo se cuantifican en:

- Accidentes laborales: entre un 15 y un 30% de las víctimas registradas por accidentes laborales se relacionan con haber consumido drogas antes de producirse el accidente.
- Accidentes de trabajo: entre el 20 y el 30% de los accidentes de trabajo afectan a personas con problemas de dependencia a sustancias psicoactivas.
- Absentismo laboral: los trabajadores y trabajadoras consumidores de drogas causan tres veces más absentismo laboral que el resto.
- Expedientes disciplinarios: entre el 15 y el 40% de los expedientes disciplinarios interpuestos a personas trabajadoras guardan relación con el consumo de drogas.
- Aumento de las enfermedades profesionales generadas por el humo del tabaco en los lugares de trabajo.

3. La legislación vigente, que obliga a las empresas a evaluar e intervenir sobre los riesgos psicosociales entre los que se encuentra el consumo de drogas y otras conductas adictivas que afectan a las personas trabajadoras en su lugar de trabajo. Entre la legislación vigente en España en materia de seguridad y salud laboral, cabe destacar:

- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Estatuto de los trabajadores
- Ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales
- Real decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención

4. El grado de importancia que las personas trabajadoras, mandos directivos de recursos humanos, personal técnico de los servicios de prevención e integrantes de los comités de seguridad dan al problema del alcohol y las drogas en el mundo laboral. Según datos extraídos del estudio "Percepción y actitud de las empresas españolas ante el tabaco y otras drogas" (ISTAS, 2006), el 45% de las personas entrevistadas consideran el consumo de alcohol y otras drogas como un problema muy importante; el 43% bastante importante; el 9% poco importante; y el 1% nada importante. La opinión por estamentos muestra que el 87% de los responsables de recursos humanos, el 84% de los técnicos de los servicios de prevención y el 91% de las trabajadoras y trabajadores miembros de los comités de seguridad consideran que el alcohol y las drogas ilícitas son un problema bastante o muy importante en el mundo laboral. El mismo estudio refleja las razones por las cuales las personas entrevistadas

consideran que el consumo de sustancias adictivas es un problema importante en el ámbito laboral, haciendo una relación directa con la sustancia consumida.

RAZONES POR LAS QUE SE CREE QUE EL ALCOHOL, EL TABACO Y OTRAS DROGAS PUEDEN SER UN PROBLEMA IMPORTANTE EN EL TRABAJO		
SUSTANCIA	MOTIVO	PORCENTAJE
ALCOHOL	Accidentes laborales	48%
	Rendimiento	41%
	Enfermedades	36%
	Absentismo	34%
	Mal ambiente	22%
	Pagan los otros	6%
	Sanciones	2%
	Despido	2%
	No lo consideran importante	2%
TABACO	Enfermedades	61%
	Mal ambiente	37%
	Pagan otros	18%
	Rendimiento	16%
	Absentismo	9%
	Accidentes laborales	5%
	Sanciones	2%
	No lo consideran importante	19%
OTRAS DROGAS	Accidentes laborales	42%
	Rendimiento	39%
	Enfermedades	37%
	Absentismo	34%
	Mal ambiente	23%
	Pagan los otros	7%
	Sanciones	4%
	Despido	2%
No lo consideran importante	1%	

5. Los beneficios, en términos sociales y económicos, que supone la puesta en marcha de programas de prevención. Estudios realizados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) confirman que el coste que supone para las empresas el desarrollo de planes de prevención de las drogodependencias es menor que el impacto económico derivado del efecto que producen las adicciones (absentismo, reducción de la productividad, conflictos personales, bajas por enfermedad, accidentes de trabajo, jubilaciones anticipadas...). Los beneficios económicos que generan los programas preventivos son de un mínimo de dos dólares por cada uno invertido. Estos datos se constatan por el "Consortio Internacional sobre el Abuso de Drogas en el Ámbito Laboral", que certifica que por cada 0,6 € invertidos se reporta un ahorro de entre 3 y 9 €. Entre los beneficios sociales demostrados, cabe mencionar:

- Reducción de la siniestralidad laboral
- Disminución de los niveles de absentismo
- Reducción de los periodos de incapacidad laboral transitoria
- Mejora del clima laboral
- Aumento de la productividad
- Ahorro del coste de las sustituciones
- Reducción del riesgo de padecer enfermedades asociadas al consumo de drogas
- Facilidad para tratar otras enfermedades

6. Las características del propio entorno empresarial:

La existencia de un porcentaje elevado de población adulta relativamente homogénea. En España, la tasa de actividad en el primer trimestre de 2008 fue del 59,5% (INE). Dicho porcentaje corresponde a la población de entre 16 y 64 años, activa o en situación de desempleo que en espacios temporales o continuados, ejerce como agente productivo en el marco empresarial.

- La permanencia media de 40 horas semanales en el lugar de trabajo.
- La existencia de servicios especializados propios en prevención de riesgos laborales y promoción de la salud.
- La posibilidad de detectar precozmente los consumos abusivos al aparecer problemas relacionados con la productividad individual y/o con las relaciones personales.
- La posibilidad de favorecer el seguimiento y la rehabilitación de las personas adictas.

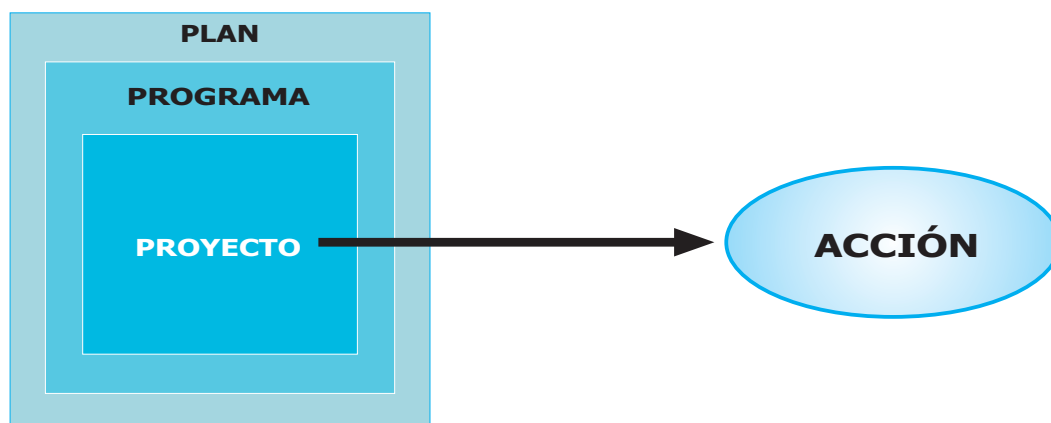
A pesar de los motivos y ventajas de la intervención, la respuesta de la empresa ante la puesta en marcha de estrategias de atención a las drogodependencias no ha tenido una respuesta homogénea y, mucho menos, eficaz. Desde la aprobación de la "Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales", la situación en relación a la intervención en drogodependencias en el ámbito laboral se hace más presente y continuada, puesto que existe el deber empresarial de establecer medidas de protección en las condiciones de trabajo que repercutan en la salud de la persona trabajadora a través de modelos preventivos. Pero, a pesar de las obligaciones legales, el mundo empresarial entraña diversas dificultades que hacen que en el campo de las adicciones sigamos asistiendo a prácticas empresariales marcadas por medidas prohibicionistas como la sanción, el despido y la excedencia.

Estas prácticas empresariales se caracterizan por:

- La preocupación exclusiva por los efectos que las conductas adictivas pueden llegar a generar en la productividad de la empresa.
- No disponer de un análisis de las causas sobre las que apoyar las intervenciones.
- Confundir los efectos con el problema.
- Confundir la prevención con la prohibición.
- Definir las drogodependencias como un factor de riesgo y no como un problema causado por múltiples factores.
- Desconocer los beneficios de las medidas preventivas, así como los costes laborales que el consumo de drogas ocasiona.

Pese a las dificultades y a la existencia de medidas prohibicionistas, la situación actual nos brinda con datos alentadores sobre las empresas españolas que han puesto en marcha algún tipo de actuación en materia de prevención de las drogodependencias. Según los resultados del estudio "Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas" (ISTAS, 2006), el 50% de las personas entrevistadas afirma que en su empresa se ha planteado, en alguna ocasión, el problema del alcohol, tabaco y otras drogas. El 80% de ellas asegura que se ha puesto en marcha alguna actuación, siendo en el 84% de los casos acciones puntuales; en el 45%, programas de prevención; en el 21% grupos de trabajo; y, en el 15% investigaciones de consumo.

Ahora bien, atendiendo a los criterios de eficacia de las acciones preventivas, debemos partir de la premisa de que toda acción en prevención de las adicciones debe ser canalizada a través de programas de prevención y estos, a su vez, enmarcados en otros instrumentos de planificación más amplios denominados planes. Por lo tanto, las estrategias de prevención de las adicciones en el ámbito empresarial deben plantearse como una acción global enmarcada en un plan de prevención.



No debemos olvidar que el consumo de drogas y las conductas adictivas son problemas de todos y de todas y, desde el ámbito empresarial, la prevención de las adicciones se presenta como un deber y una responsabilidad de todos los agentes implicados. Es por ello que tanto la empresa, las personas trabajadoras y los/las representantes sindicales, desde sus posibilidades y competencias, deben participar en el desarrollo de los planes de prevención.

- La empresa, incluyendo los planes de prevención de las adicciones como parte de los planes de prevención de riesgos laborales.
- Los/las representantes sindicales, apoyando y proponiendo su desarrollo.
- Las personas trabajadoras, evitando las conductas que puedan poner en peligro la salud y la seguridad en el trabajo y colaborando en el desarrollo del plan.

¿Qué principios y criterios básicos deben guiar un plan de prevención de las adicciones en la empresa?

Los principios orientadores que deben guiar un plan de prevención de las adicciones para asegurar su eficacia deben ser:

- Participación: Debe promover la participación activa tanto de los agentes propios de la empresa como de los agentes externos con competencias en materia de adicciones.
- Consenso: Debe ser conocido por todos los agentes del mundo laboral y negociado entre la dirección de la empresa, el servicio de prevención y los/las representantes sindicales.
- Integración: Debe integrarse en las políticas generales de salud laboral y seguridad de la empresa.
- Protección de la salud y la seguridad: Debe centrar su estrategia en proteger la salud y la seguridad de las personas trabajadoras, a través de la promoción de la salud.
- Coherencia: Debe responder a criterios técnicos de calidad que garanticen el éxito y la continuidad de las acciones.
- Legalidad: Debe regirse por la legislación vigente.

Los órganos responsables de la aprobación, desarrollo y seguimiento del plan son:

- El comité de empresa, a quien le corresponde la aprobación del Plan junto con la Dirección de la empresa y la formulación por escrito de los contenidos del mismo.
- El comité de seguridad y salud, que es el encargado del seguimiento y evaluación del plan.
- Los servicios de prevención, que asumen la coordinación y desarrollo.
- Las mutuas de accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales, que actúan como

servicios de prevención para las empresas asociadas.

El diseño, desarrollo y evaluación del plan se contempla como un proceso dinámico que se estructura en cuatro fases:

- **Fase de análisis:** La fase de análisis contempla el diagnóstico de la realidad de la empresa, la detección de los factores de riesgos y la evaluación de las necesidades. El análisis nos va a permitir conocer la magnitud del problema para poder adaptar el plan de intervención a la realidad de la empresa, a las características de los agentes y a los centros de trabajo. El plan deberá ser específico para la realidad de cada empresa.
- **Fase de diseño:** El diseño del plan deberá regirse por los siguientes criterios técnicos:
 - Establecer la estructura o departamento responsable del diseño del Plan, así como las personas protagonistas que participaran en el mismo.
 - Garantizar la formación necesaria del equipo que se responsabilice del diseño y desarrollo del plan.
 - Diseñar un plan adaptado a las necesidades, recursos y posibilidades de intervención de la empresa. Se deben marcar objetivos concretos, alcanzables y evaluables.
 - Establecer la estructura o departamento que se encargará del seguimiento y evaluación del plan.
- **Fase de intervención:** Puesta en marcha y desarrollo de las diferentes estrategias de intervención. El plan deberá contar con tres estrategias o programas de actuación diferenciados: programas preventivos, programas de asistencia y programas de rehabilitación. Cada estrategia deberá, a su vez, nutrirse de proyectos que den respuestas a los objetivos planteados en cada una de las estrategias.
 - Estrategias de prevención: La estrategia de prevención deberá ir enfocada a actuaciones universales que proporcionen información sobre las drogas y las conductas adictivas a todas las personas trabajadoras, así como acciones de sensibilización dirigidas a aumentar la percepción de riesgo de los problemas asociados al consumo de drogas y otras adicciones. La estrategia preventiva deberá contemplar la formación de mandos intermedios, delegados/as de prevención y profesionales del servicio de prevención como formador/a de formadores/as en prevención de las adicciones.
 - Estrategias de asistencia: La estrategia de atención individualizada deberá contemplar la detección precoz de situaciones de riesgos, la asistencia a las personas que por niveles de dependencia necesiten tratamiento y el seguimiento de los casos. La estrategia de atención, en el apartado de tratamiento, deberá ser cubierta por agentes externos al mundo empresarial, debiendo la empresa generar las estrategias de detección precoz, derivación y seguimiento.
 - Estrategia de rehabilitación: La estrategia de rehabilitación deberá contemplar de forma

generalizada el mantenimiento de la persona trabajadora en la plantilla de la empresa. Esto dependerá de diversos factores que faciliten o dificulten el mantenimiento o reincorporación de la persona trabajadora. En cualquier caso, la empresa, a través de las medidas y profesionales oportunos, deberá contemplar la adaptación al puesto de trabajo y el reciclaje del trabajador/a en el caso de ser necesario.

- **Fase de evaluación:** La fase de evaluación es transversal a cada de una de las fases mencionadas, ya que estará presente en el diseño, durante el proceso de intervención y a la finalización del mismo. Nos va a permitir medir el grado de consecución de los objetivos y con ello la eficacia y eficiencia del plan.



BLOQUE:

8

ADICCIONES Y GÉNERO

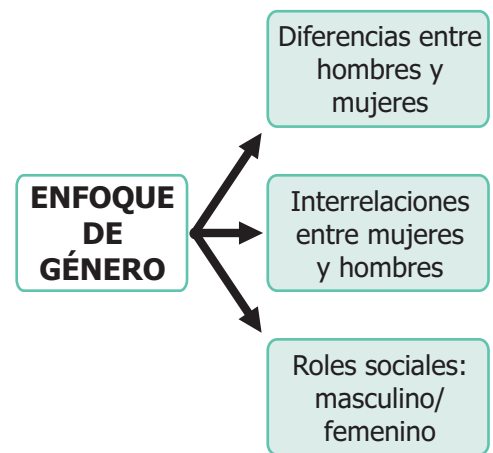
La perspectiva de género

En los últimos años, por influencia de los movimientos feministas, desde las diferentes esferas (económica, política, social, científica y, por supuesto, de la salud), se han venido incorporando los enfoques de género.

La perspectiva de género considera las diferencias entre hombres y mujeres, sus interrelaciones y los distintos papeles que la sociedad les asigna.

El género se encuentra vinculado a todos los aspectos de la vida de los individuos, determinando características y funciones en función al sexo o la percepción que socialmente se tiene del mismo.

En este punto hemos de aclarar los significados de sexo y género. El sexo se refiere exclusivamente a las características biológicas, determinadas por los genes (xx: mujer; xy: hombre); mientras que el género traspasa meramente biológico, pues va referido a las variaciones construidas socialmente y a la percepción acerca de la diversidad física entre mujeres y hombres, tratándose de una construcción social de lo que se constituye como lo masculino y lo femenino. Con todo esto, es de observar que mientras las diferencias de sexo no varían, las de género varían según las culturas y el tiempo para adaptarse a los cambios sociales.



SEXO:

- Características biológicas (mujer-hombre)
- Determinado por los genes
- Inmodificable

GÉNERO:

- Características sociales (masculino-femenino)
- Aprendido
- Modificable

En consecuencia, la perspectiva de género aplicada a la salud, y por extensión a las adicciones, se dirige hacia las relaciones entre la biología y el entorno social. Así, este enfoque se constituye en una interesante herramienta de conocimiento en el proceso salud-enfermedad (adicción).

En este sentido y de acuerdo con la definición de la salud dada por la OMS como completo estado de bienestar (equilibrio físico, psicológico y social), se dirige la atención no sólo a los aspectos biológicos de la salud; sino, además, a las bases sobre las que funciona la sociedad con respecto al acceso y control que diferencialmente ejercen sobre hombres y mujeres, además de los recursos de estos a la salud.



Con un enfoque de género, podemos analizar y comprender las desigualdades entre hombres y mujeres ante las adicciones; determinando que el hecho de ser mujer u hombre va a condicionar las dependencias y la problemática asociada.

Características biológicas, psicológicas y sociales interactúan en las adicciones: hombres y mujeres presentan diferencia; ante esto hay que plantearse actuaciones que tengan en cuenta las mismas.

Contexto y situación de las adicciones desde un enfoque de género

En la actualidad, de manera general, aparecen más adicciones en hombres que en mujeres.

Referido al consumo de drogas, existe una mayor prevalencia masculina en todos los tipos de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, cocaína, anfetaminas, heroína, etc.); con excepción de los psicofármacos (ansiolíticos e hipnóticos) donde un 70% de recetas se prescriben a mujeres.

HOMBRES	MUJERES
Alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis, cocaína, inhalantes, alucinógenos y anfetaminas	Psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos)
Trabajo, juego, sexo, nuevas tecnologías y vigorexia	Anorexia, bulimia, tanorexia, codependencia, compras compulsivas y cleptomanía.

No obstante, en los últimos años, en el consumo de drogas por parte de las mujeres se observa un importante aumento, particularmente en las jóvenes.

Dentro de esto, al igual que en hombres, la droga más utilizada es el alcohol. En esta dirección, se detecta un crecimiento en el consumo femenino de tabaco y alcohol; mientras que en el hombre parece que se va estabilizando.

Asimismo, en adicciones no químicas (juego, nuevas tecnologías, trabajo...), en general, los hombres son los más afectados. Sin embargo, en los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), tanorexia (adicción al bronceado), codependencia, cleptomanía y compras compulsivas sobresalen las mujeres.

Generalidades de las adicciones femeninas

Ante el fenómeno de las adicciones en mujeres, hay que considerar primeramente las percepciones y expectativas sociales que van a afectar a la mujer:

- El embarazo y la maternidad, referentes específicamente femeninos, implican conceptos de gran importancia relativos al autocontrol y el autocuidado de la mujer.
- Una mayor penalización social en el caso de que la adicción sea protagonizada por una mujer, afectando a distintos aspectos de su imagen interna y externa.
- Se exige una mayor fortaleza que, desde la responsabilidad del espacio privado y la participación en público, remite a la necesidad de ser capaz de «controlar» los comportamientos o, en caso de que se produzcan, demostrar esa capacidad de control. Es decir, la mujer ha de tener y aparentar control.

PERCEPCIÓN ANTE LA ADICCIÓN FEMENINA

- Mayor control y cuidado (embarazo y maternidad)
- Cuidado de su imagen
- Control en su conducta y responsabilidad del espacio privado

Todo esto lo podemos ilustrar con algunas opiniones recogidas en el estudio "Sustancias adictivas y adolescencia" (García, L.; López, C. y Egea, E. 2008):

- "Ellas son más vulnerables, pueden aprovecharse de ellas".
- "A una mujer todos le dicen «colocá», tiene que cuidar más su imagen".
- "La mujer tiene que cuidarse más que el hombre".
- "Las mujeres se tienen que controlar".
- "Puede tener otros efectos, como los embarazos no deseados".

Por estos motivos, nos encontramos con que las adicciones de las mujeres, en general, no suelen manifestarse en público: consumo doméstico de psicofármacos, beber alcohol a solas, trastornos en la ingesta de comida (anorexia y bulimia)...

De ahí que, en el caso de las mujeres, podemos hablar de una tendencia hacia las adicciones ocultas, dado que estas se suelen manifestar en el ámbito privado e íntimo.

En esta dirección, hay que destacar que las adicciones femeninas están asociadas, en mayor medida, a trastornos afectivos: ansiedad, estrés y depresión; así como a mantener relaciones de pareja desiguales con tendencia a la codependencia de su compañero, y una mayor vulnerabilidad a la violencia de género.

Efectos de las drogas en el organismo femenino

Desde hace años se viene demostrando una mayor peligrosidad de los efectos de las sustancias psicoactivas en el cuerpo de las mujeres frente al de los hombres. Desde el punto de vista biológico, hombres y mujeres son distintos y, consecuentemente, los efectos que las adicciones producen en nuestro sistema nervioso central son también diferentes.

Hay que considerar que los efectos de las drogas durante el embarazo afectan al proceso reproductivo; desde la fecundación, el embarazo y el parto hasta la lactancia y el desarrollo infantil: alteraciones del ciclo menstrual, desarrollo fetal, problemas natales... Asimismo, guardan relación con los embarazos no deseados y las relaciones sexuales de riesgo: el uso de drogas convierte en más vulnerables a las mujeres a los ataques sexuales y las relaciones sexuales de riesgo (embarazo y enfermedades de transmisión sexual).

Con respecto al tabaco, las féminas son más vulnerables a los efectos degenerativos producidos por el tabaco. Además, tienen menor capacidad pulmonar que los varones, por lo que la probabilidad de cáncer de pulmón es doble. El tabaco promueve, asimismo, la esterilidad, la menopausia y la aparición de osteoporosis. Si esto se conjuga con el uso de anticonceptivos orales, el tabaco potencia la aparición de trombos, eleva el colesterol y aumenta el riesgo de cáncer de mama. Por otro lado, las mujeres sufren más síndrome de abstinencia que los hombres al abandonar este hábito.

Por su parte, en relación al consumo de alcohol, las mujeres se embriagan más con la misma cantidad de alcohol ingerida. Dado que el cuerpo femenino tiene menos agua y más grasa, el alcohol se diluye menos que en los varones por lo que les afecta más en la realización de tareas (por ejemplo, en el trabajo o en la conducción de vehículos). En cuanto al daño cerebral, en las mujeres ocurre más rápidamente que en los hombres. Sintetizando, las mujeres son más vulnerables a los efectos negativos del alcohol y, con una menor cantidad, sufren los mismos síntomas y afecciones que los hombres.

Hombres y mujeres: riesgo, protección y tendencias

Entre los hombres se detecta un alto riesgo hacia las adicciones, superior al que se observa en las mujeres. Parece que el significado social de la masculinidad se vincula al riesgo y al valor, por lo que el abuso de drogas y las adicciones se consideran una manera de enfrentarse a las expectativas sociales. Con todo ello, aparece una baja percepción de riesgo que predispone al varón hacia el consumo de drogas.

De este modo, el riesgo como un valor tradicionalmente masculino, ha alejado a muchas féminas del consumo de drogas, acercándolas a otros consumos más tolerables socialmente como el de los tranquilizantes.

La tendencia actual es el aumento en el consumo de sustancias y adicciones en mujeres; lo que revela "una masculinización" para romper con el estereotipo tradicional de la mujer y un giro hacia patrones tradicionales de comportamiento masculino. Todo esto tiene que ver con un acercamiento femenino hacia la igualdad de oportunidades educativas y laborales. Esta incorporación femenina a la sociedad supone también aspectos negativos como las adicciones. De esta forma, ser mujer ha sido un factor

protector dejando de serlo progresivamente. Este incremento de las adicciones en la mujer se observa cada vez más en las adolescentes.

Esta tendencia se puede ilustrar con la última encuesta publicada por el Plan Nacional de Drogas (PND), donde se indica una mayor proporción de mujeres jóvenes que consumen tabaco, en contraste con los varones de su edad.

Así, de la misma manera, los factores de riesgo y los factores de protección ante las adicciones pueden actuar de manera diferencial entre mujeres y hombres:

- En el caso del matrimonio tradicional, constituye un factor de riesgo para las mujeres; mientras que en el hombre se convierte en protección frente a las adicciones.
- Para las mujeres, es un factor de riesgo el alejamiento y abandono de los hijos del hogar familiar; lo que ha dado en llamarse como "síndrome del nido vacío".
- Mayor predisposición femenina a iniciarse en las adicciones con sus parejas; frente a los hombres, que se introducen con sus amigos.
- Carencia de redes de apoyo familiar y social en mujeres amas de casa.
- En el ámbito laboral, el trabajo doméstico no remunerado y la doble jornada (trabajo doméstico y trabajo profesional) predisponen a las adicciones femeninas.

En la esfera laboral, en ambos géneros, aunque más agravado en el caso de las mujeres por la desigualdad que sufre en este terreno, señalamos los siguientes factores de riesgo:

- Las jornadas laborales, sobre todo las que no concilian la vida familiar y las agotadoras
- El estrés en el trabajo
- Los sueldos bajos
- La deficiente relación contractual (subcontratación, contratos temporales, contratos a tiempo parcial...)
- La insatisfacción laboral, en relación con el puesto que se desempeña, trato recibido o consideración

Diferencias de género en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones

Aunque en la población no hay una percepción general de las diferencias de género en relación con las adicciones, estas han sido corroboradas con las investigaciones, de cara a una mayor comprensión para prevenir y tratar con mayor efectividad.

De manera sintética, podemos hablar de mayores perjuicios en las mujeres en los distintos niveles (biológico, psicológico y social):

NIVEL BIOLÓGICO

- Efectos tóxicos con cantidades menores de drogas
- Daños orgánicos y progreso más rápido
- Trastornos y daños en el sistema reproductor

NIVEL PSICOLÓGICO

- Mayor vinculación a eventos vitales estresantes: malos tratos, abusos sexuales, problemas de pareja
- Asociación con trastornos emocionales: depresión, ansiedad, ideación suicida
- Infravaloración y baja autoestima
- Dependencia afectiva

NIVEL SOCIAL

- Mayor número de parejas con adicciones
- Relaciones de codependencia
- Aislamiento y baja participación social
- Problemas laborales

Todo este entramado acentúa más las consecuencias sociales para las mujeres; determinándose mayor:

- Rechazo y discriminación de los demás
- Daño de su imagen y pérdida de su autoestima
- Problemas en relaciones sociales y laborales
- Pérdida de apoyo social
- Marginación, prostitución



BLOQUE:

9

CULTURA E INTERCULTURALIDAD

La extrema variabilidad del fenómeno cultural y los enfoques de las distintas disciplinas que lo estudian son algunos de los aspectos que dificultan una definición exacta del término cultura.

Así como en el bloque dos vimos las diferentes definiciones de salud teniendo en cuenta la época histórica, en este bloque intentaremos llegar a una definición a través de la etimología, de los estudios y las investigaciones realizadas en dos de las disciplinas de estudio de la cultura: la visión antropológica y la visión desde la Sociología, con el fin de partir de conceptos claros y consensuados para poder entender el fenómeno de la multiculturalidad y la importancia de este en el desarrollo cultural de los pueblos.

Concepto de cultura

El término cultura ha tenido varios significados a lo largo de la historia, al igual que el término latino del que procede: «colere», traducido como habitar, cultivar, proteger, honrar con adoración.

Tomas A. Millán, sociólogo y antropólogo social, en uno de sus artículos sobre los usos de la palabra cultura, realiza un resumen que consideramos clarificador sobre la derivación de significados de esta palabra.

- * «Honrar con adoración» se convirtió en "culto" (hacer crecer la fe interior, lo que brota del alma).
- * «Habitar un lugar» se convirtió en "colono" (el surgir de la gente en un lugar no habitado antes).
- * «Cultivar la tierra» se convirtió en "cultivar" (hacer brotar al reino vegetal, como en «agricultura», agrícola, etc.).
- * Por su parte, «lo que brota del ser humano» se convirtió en "cultura".

El término y la definición de cultura ha sido motivo de estudio tanto de la Antropología como de la Sociología y, aunque con enfoques diferentes, se complementan; ya que nos dan una visión más global del concepto.

Mientras que para la primera el estudio se realiza de manera retrospectiva para analizar alguna situación actual, como, por ejemplo, la interpretación de los símbolos claves de la cultura étnica, de la cultura de la mujer, de los agricultores, escolares, jóvenes, etc; para la segunda, el estudio de la cultura, tiene una visión más de desarrollo, pensando en el progreso futuro, de ahí que las políticas culturales propugnen los denominados planes para el desarrollo cultural de un pueblo, país o nación.

En torno al concepto de cultura, la Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales (MONDIACULT), realizada en 1982 en México, publicó una definición y funciones de la cultura que establecen un vínculo irrevocable entre cultura y desarrollo, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO):

"La cultura (...) puede considerarse (...) como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y

materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales inherentes al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias". (UNESCO, 1982).

"... La cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden". (UNESCO, 1982)

De esta definición y aportaciones de las diferentes culturas a los grupos humanos se desprenden características que son comunes y que sintetizamos en el siguiente mapa conceptual (Fig. 1):

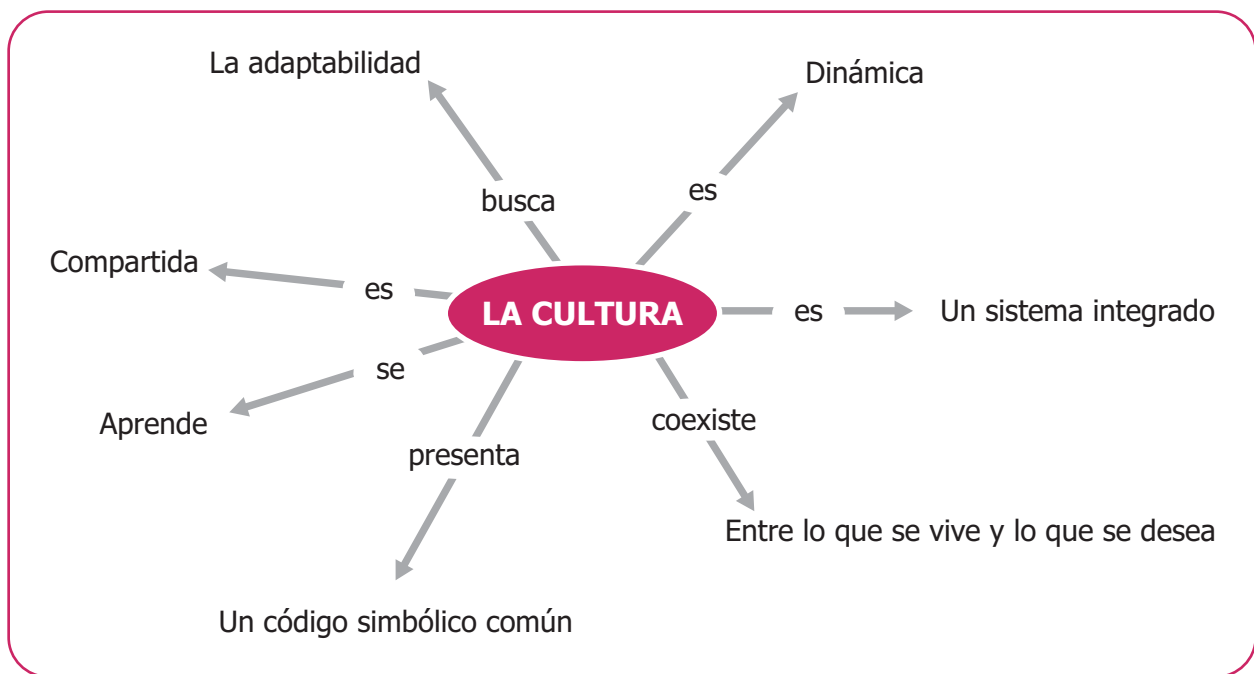


Fig. 1 Fuentes varias. (Elaboración propia)

De la rama antropológica para definir este concepto, destacamos a Clifford Geertz, por ser la definición más aceptada en este campo. Geertz conceptualizó la cultura como un «sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida.»

Geertz explica la cultura como un conjunto de significados con las connotaciones que cada grupo humano le quiere dar y aunque algunos de esos significados son compartidos por otras culturas, nunca son iguales al 100% entre los grupos de otras culturas; ya que difieren entre otros aspectos, en el contexto en el que se producen.

Antes de entrar a definir estos conceptos, resulta imprescindible identificar y establecer aclaraciones sobre algunos términos que usamos cotidianamente y que solapamos casi inconscientemente cuando hablamos de multiculturalidad, pluralismo cultural e interculturalidad, como son diferencia, diversidad y desigualdad, pero ¿tienen el mismo significado?

Según Sáez (1997), la diversidad lleva consigo un enfoque ideológico concreto tanto a nivel antropológico, como sociológico y político.

Diversidad e igualdad pueden ser términos complementarios si atendemos a la existencia de una diversidad personal y cultural, es decir, a las diferentes formas de sentir, vivir, pensar y convivir y a una igualdad entendida como el disfrute de iguales derechos y posibilidades legales y reales que permitan la posibilidad práctica de optar y de decidir. (Ibáñez, 2001:43).

La diversidad descansa sobre valores concretos como la tolerancia y el respeto, percibiéndose a las personas como son y no como nos gustaría que fueran.

Es patente que al hablar de desigualdad establecemos jerarquías entre las personas teniendo en cuenta y priorizando sus características y cualidades.

La diferencia constituye la representación mental de la diversidad y es una apreciación subjetiva valorada por la aceptación o el rechazo de esa diversidad.

En el siguiente cuadro y a modo de resumen, se reflejan las definiciones que establecen López Melero, Pulido y Carrión sobre estos términos.

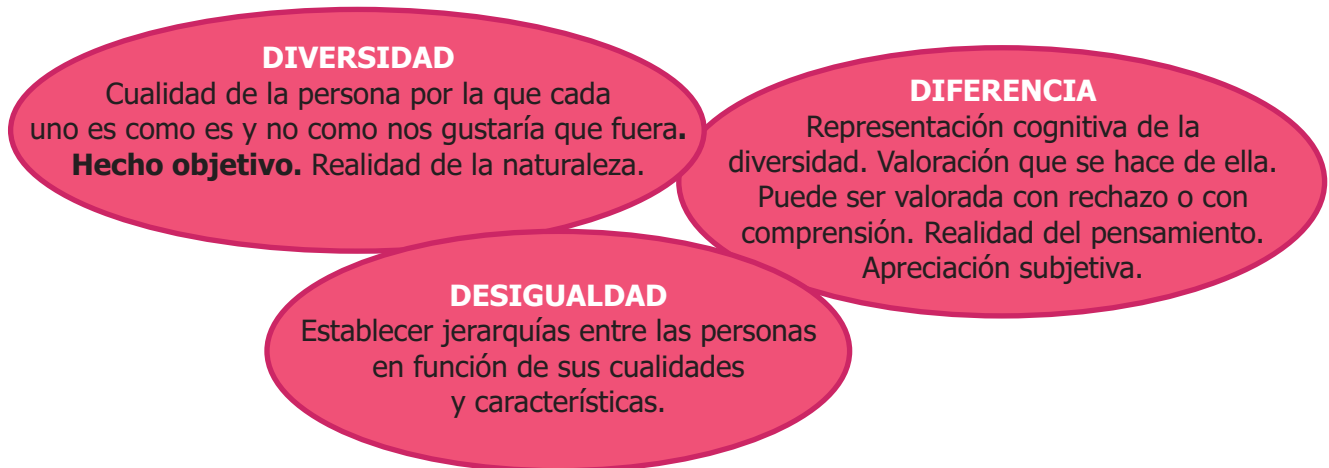


Figura 2: Significado de los términos "diversidad-diferencia-desigualdad" según López Melero (1997a) y Pulido y Carrión (1998)

Por definición, el concepto de multiculturalidad se refiere a la existencia de diferentes culturas que comparten un espacio geopolítico, pero sin ir más allá en la definición.

Si realizamos un recorrido histórico, vemos que la multiculturalidad no es un término reciente; ya que es característico de todas las épocas históricas la coexistencia entre pueblos y razas diferentes, con el denominador común de la hegemonía de las culturas dominantes sobre las minorías, basadas en el sometimiento y la explotación, como sinónimos de desigualdad.

Actualmente el significado de la multiculturalidad se basa en la diversidad de culturas en un marco social democrático y de relaciones entre ellas, apareciendo recientemente el término de interculturalidad, concepto que intenta romper las barreras que separaban y separan a las culturas que viven en un espacio geopolítico, priorizando y haciendo especial énfasis en la interrelación entre las mismas, enriqueciéndose de las aportaciones entre todas las culturas.

El acercamiento de la multiculturalidad a la interculturalidad se basa en los fundamentos esenciales:

- 1.- La aceptación de las diferencias étnicas, culturales, religiosas, lingüísticas y su valoración positiva.
- 2.- Reconocimiento general de igualdad de derechos y deberes, elementos esenciales en todo pluralismo.

La interculturalidad supone un paso que va más allá de la multiculturalidad supone, una evolución, pues conlleva favorecer y potenciar el enriquecimiento mutuo, reconocimiento y valoración de cada una de las culturas en el marco de la igualdad, respeto y tolerancia.

Esta evolución la expresan diversos autores en sus trabajos. Así Manzini (2001) expresa que: "el paso del multicultural al intercultural se desarrolló a través de una renegociación continuada de los roles, espacios, a través de un discernimiento de los valores que unen, vinculan y orientan los procesos de síntesis; se trata entonces de una cadena perceptiva: las percepciones que yo tengo del otro, las que el otro tiene de mi y de cómo yo lo percibo".

Michael y Thompson (1995:33) consideran la interculturalidad como «una filosofía que se esfuerza por crear una diversidad cultural, tratando de comprender las diferencias culturales, ayudando a la gente a apreciar y gozar las contribuciones hechas por distintas culturas en sus vidas, así como a asegurar la completa participación de cualquier ciudadano para derribar las barreras culturales».

El concepto de interculturalidad se refiere al hecho educativo en el que distintas personas de razas, lenguas y religiones distintas conviven dentro de un mismo marco, en la que cada una de ellas respeta las diferencias de las otras y aporta lo mejor de su cultura para que de ahí surja una nueva sociedad en la que el respeto, la igualdad y la tolerancia sean la nota predominante.

Para comenzar a caminar en la interculturalidad, es necesario realizar una intervención en la sociedad que va más allá de los ámbitos formales (la escuela), como si se tratase únicamente de un conocimiento formal. Debe traspasar otros espacios mediante la información y la formación en los ámbitos de la salud, el trabajo, políticas interculturales, la convivencia ciudadana, el ocio y el tiempo libre. Sin embargo, para que estos aprendizajes se conviertan en acciones, es imprescindible cultivar 3 actitudes básicas a través

de las cuales podemos conseguir la interculturalidad entre los pueblos:

- Visión dinámica de las culturas
- Considerar que las relaciones cotidianas se producen a través de la comunicación
- Aceptación de la igualdad de derechos y deberes para la construcción de una amplia ciudadanía

Diferencias culturales dentro de una misma cultura (diversidad intracultural)

De recientes investigaciones, se ha podido constatar que las características y percepciones expresadas por miembros de una misma sociedad sobre su propia cultura no coinciden con las respuestas dadas de otros miembros del mismo grupo, observándose pluralidad en las conductas; por lo que se ha llegado a la conclusión de que no todas las personas de un mismo grupo adquieren ese conjunto de conocimientos, pensamientos, creencias, rasgos intelectuales y afectivos que le son transmitidos de la misma forma y manera, ni al completo, ni de una única cultura. Así la persona conforma una visión propia, desarrollando competencias en varias partes de las culturas a las que tiene acceso en su experiencia, existiendo diversidad y multiculturalidad en un mismo grupo.

Sin embargo, estas diferencias no han sido impedimento para que se identifiquen y se reconozcan como miembros del grupo y como poseedores de esquemas mutuamente inteligibles. Por ello, además de las definiciones anteriormente citadas, deberíamos incorporar la propuesta teórica de que la cultura no es la homogeneidad interna sino la organización de las diferencias internas. (García García JL, 1991); por lo tanto, entendemos que la cultura es un término en continua construcción, vivo, dinámico y en consecuencia, la sociedad debe considerarse como una realidad multicultural, independientemente de que existan o no inmigrantes extranjeros en ellas y los ciudadanos/as deben prepararse y formarse para que las personas que la integran puedan desenvolverse en esas diversidades.

Conceptos de migración, inmigración, emigración y proceso migratorio

Ha sido durante los últimos años cuando se ha estado produciendo el mayor flujo migratorio de personas en busca de empleo a nuestro país, básicamente procedentes de los países andinos, Europa del Este, África subsahariana y del Magreb; mientras que, durante todo el siglo XX, en el resto de países desarrollados, ya existía una convivencia multicultural.

¿Cuál es el proceso que se produce desde que se abandona el grupo humano de referencia para entrar a formar parte de otro fuera del espacio geográfico donde se ha vivido?

Se considera migración a cualquier movimiento o desplazamiento dentro de la superficie terrestre, entendiéndose en el sentido más amplio cuando se trata del cambio de lugar de residencia.

Los desplazamientos en busca de mejores condiciones para vivir cuando estas son adversas por causas diversas, como económicas, políticas, familiares, etc., se han realizado a lo largo de la historia de la humanidad; es, por tanto, un hecho universal.

Como antecedentes históricos nos podemos remitir al gran éxodo rural, ocasionado por el desarrollo de la Revolución Industrial a principios del siglo XIX, que continúa hasta nuestros días bajo otras formas, como consecuencia de la explotación de los países del "primer mundo" hacia los del «segundo y tercer mundo». En la "Declaración de Rivas", II FSMM (Foro Social Mundial de las Migraciones), celebrada en Madrid en 2006, se definía la migración como un proceso y las causas que la provocaban:

"La migración es un proceso que tiene lugar, en este momento, en el marco de la globalización y no puede ser analizado fuera de esta. No se debe, por tanto, abordar como un tema exclusivamente de fronteras o de "puertas para adentro", sino que es un proceso económico, político, cultural y social relacionado directamente con los efectos que el modelo capitalista neoliberal impuesto genera mundialmente.

Las políticas económicas, sociales y culturales base de la actual globalización impiden un desarrollo humano y sostenible desde los propios intereses y necesidades de todas las sociedades.

La acción de las empresas multinacionales, la deuda externa, la pérdida de soberanía alimentaria, el comercio injusto, la explotación de los recursos naturales y los conflictos armados son causa de que las personas se vean forzadas a desplazarse y emigrar, tanto hacia el Norte como entre países del Sur".

Del Informe de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) del año 2000 se desprenden los siguientes datos sobre migraciones internacionales:

"Las estadísticas sobre migraciones internacionales de muchos países son escasas y, en muchos casos, no tienen en cuenta la presencia de personas indocumentadas que residen en ellos. Sin embargo, extrapolando cifras y tendencias recientes, la OIT estima que el número total de trabajadores migrantes y miembros de sus familias en el mundo asciende actualmente a unas 120 millones de personas. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y las Naciones Unidas estiman que el total de la población que reside temporal o permanentemente fuera de sus naciones de origen es de más de 180 millones de personas."

Las migraciones se consideran como emigración desde el punto de vista del lugar de salida y como inmigración en el lugar de llegada.

Tomando algunos párrafos del documento De cuando los canarios fueron inmigrantes, escrito por Pedro Guerra en el periódico "La Provincia", en el año 2002, se pueden apreciar estos dos conceptos:

De cuando los canarios fueron inmigrantes

Cuatrocientos emigrantes canarios perdieron la vida una tarde del 22 de septiembre de 1919 al naufragar el vapor Valbanera cuando realizaba la travesía Santiago de Cuba-La Habana. Un mes antes, el barco había zarpado desde el Puerto de la Luz, en Las Palmas de Gran Canaria, en busca de un futuro mejor y con el objetivo de dejar atrás la miseria que reinaba en las Islas por aquel entonces. Los canarios, en aquel tiempo, **tuvieron que emigrar** para sobrevivir.



En febrero de 2002, ocho **inmigrantes** perecieron ahogados cuando intentaban alcanzar las costas de Fuerteventura en una patera. Siete personas más desaparecieron en la inmensidad del Océano sin que rescataran sus cuerpos. Procedentes del África subsahariana, también buscaban un futuro mejor y dejar atrás la miseria de sus países de origen. Dos historias distantes en el tiempo con un denominador común:

la lucha por la subsistencia a cualquier precio...

El proceso migratorio, en la mayoría de los casos, comienza cuando la única salida posible para poder sobrevivir consiste en abandonar el lugar de residencia, la familia, el país donde has crecido y que, llegado el momento de vida activa o ya inmersa en ella, no te ofrece oportunidades, seguridad, ni perspectivas de futuro para vivir con libertad y dignidad.

El proceso migratorio lo constituyen cada una de las etapas a superar hasta la obtención del derecho de residencia en el país de destino o de «los papeles» .

Ya desde el país de origen, se organiza la llegada al país de destino a través de redes que se organizan por relaciones de parentesco, vecindad o por la información de otros emigrantes a sus familiares y amistades, confirmándose no sólo las posibilidades que les ofrece la emigración; sino, además, actuando como enlaces en el proceso migratorio. Intervienen diversos agentes individuales y colectivos: desde los apoyos personales basados en ese parentesco, amistad o nacionalidad, hasta las asociaciones e instituciones de ayuda a la inserción del inmigrante.

En la actualidad, el creciente número de inmigrantes, ha propiciado la creación de asociaciones de solidaridad entre los mismos inmigrados. Los ejemplos serían interminables: ATIME (Asociación de Trabajadores Inmigrantes Marroquíes en España), con objetivos de organización laboral; ARI-PERU, que persigue la "integración social de ciudadanos extracomunitarios en la sociedad de acogida"; AMDE, Asociación de Mujeres Dominicanas en España, para la integración, orientación y actividades formativas; AMAL, asociación de mujeres marroquíes; la recientemente conocida agrupación de ecuatorianos Rumiñahui, etc.

Estas asociaciones pueden suplir el déficit en las redes de apoyo naturales (Franzé y otros, 1999), complementando el respaldo familiar para enfrentarse a las situaciones de explotación laboral y marginación social, también en aumento a medida que crece el número de inmigrados.

Inmigración y adicciones

Actualmente, inmigración y adicciones está siendo tema de investigaciones y jornadas de debate, pues aunque en los trabajos de investigación realizados no se ha establecido una relación unívoca entre inmigración y adicciones, la población inmigrante, debido a situaciones de precariedad, desarraigo, factores sociales, culturales, legales e incluso biológicos, constituyen una población de riesgo que puede desembocar en un consumo de sustancias psicoactivas.

La situación de inmigrante, conlleva un constante esfuerzo de adaptación tanto a la nueva lengua como a una nueva cultura, asumiendo roles y adquiriendo nuevas normas sociales, en ocasiones enfrentados con la cultura que ha vivido desde la infancia.

Estas situaciones de riesgo no son diferentes a las que se enfrenta cualquier persona, sea emigrante o autóctono, pero se han descrito y analizado variables por lo que este grupo resulta más vulnerable, partiendo de una situación de desventaja.

Desde las instituciones públicas y ONG se están llevando a cabo acciones de prevención y atención, analizando las variables que a continuación se detallan y que, debido a las dificultades del propio proceso

migratorio, pudieran derivar en la población extranjera hacia un consumo de drogas.

VARIABLES

a) Diversidad cultural y étnica:

Este hecho queda claramente especificado en las palabras de W. Somerset Maugham: "Los hombres y las mujeres no son únicamente ellos mismos; también son la región en que han nacido, la casa en la que aprendieron a caminar, los juegos que jugaron de niños, los cuentos que escucharon, los alimentos que comieron, las escuelas a las que fueron, los deportes que siguieron, los poemas que leyeron y el Dios en que creyeron".

Prescindir de la socialización adquirida desde la infancia para adaptarse a unas nuevas normas de relación, un nuevo modelo de vida, costumbres, etc., dan lugar a una permanente tensión, manifestada en cuadros de ansiedad y depresión que predisponen al abuso de alcohol y otras sustancias.

b) Dificultades de comunicación en la nueva lengua:

El aprendizaje del nuevo idioma supone un constante esfuerzo cognitivo para poder adaptarse y responder a las nuevas exigencias del país de destino, donde las vivencias de fracaso, unida a las falsas expectativas y el conocimiento de la realidad, crea sentimientos de indefensión tras los esfuerzos realizados por superar las dificultades.

c) Pérdida de identidad:

La llegada a un nuevo país en busca de mejores condiciones de vida con la correspondiente socialización al nuevo entorno supone un cambio en la percepción de la propia identidad y en la forma de interacción y relación con el nuevo medio social.

El trabajo y los espacios de ocio son los ámbitos donde esta identidad y relación se manifiestan con mayor intensidad. La idiosincrasia y biografía personal del inmigrante serán factores de protección o factores de riesgo en su incorporación social.

d) Cambio de valores y pautas de conducta:

Las situaciones de inestabilidad laboral, personal, social, etc. a las que se enfrenta la persona inmigrante hace que el conjunto de valores aprendido en la infancia se vea modificado. Estos cambios se producen básicamente en dos aspectos: en aquellas personas extranjeras en busca de trabajo, que pierden el reconocimiento de su cualificación profesional de origen, por la falta de convalidaciones en el lugar de destino; y, en otro aspecto, por el cambio de relación entre hombre y mujer, sobre todo en aquellos países de origen, donde las desigualdades hombre – mujer son bastante acusadas.

e) Separación familiar:

El desarraigo familiar constituye uno de los factores que determinan trastornos afectivos.

El reencuentro del núcleo familiar se ve frustrado a corto y medio plazo en la población inmigrante, pues las expectativas de agrupamiento familiar y la posibilidad de enviar dinero para paliar las dificultades económicas en el lugar de origen se ven dilatadas en el tiempo ante las dificultades de inserción laboral, por carecer de papeles que les permitan la contratación laboral regularizada y por las dificultades de adquisición de vivienda.

f) Soledad y estrés:

El proceso de adaptación cotidiana a la nueva cultura y cargado de dificultades genera en el individuo tensiones que se ha denominado «estrés aculturativo».

Según declaraciones del psiquiatra y miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, García San Cornelio: «Los inmigrantes que acuden a los servicios de salud mental presentan, en su mayor parte, trastornos afectivos ligados a la depresión en donde la angustia por la soledad y el desarraigo llevan también en muchas ocasiones a trastornos adaptativos y a cuadros de ansiedad».

g) Exclusión social:

La participación activa en la sociedad se ve amenazada por las situaciones carentes de integración como el paro, el subempleo, situación irregular, racismo, etc., carencias que no dependen solo del individuo sino que es toda la sociedad la que debe ofrecer a las personas, sean extranjeras o autóctonas, las oportunidades para la participación en la vida económica, social, cívica y cultural mediante una integración plural.



BLOQUE:

10

**RECURSOS PARA LA ATENCIÓN
A LAS DROGODEPENDENCIAS**

Los recursos que pueden intervenir en la atención a las drogodependencia se pueden clasificar según los niveles de intervención. Actualmente se consideran tres niveles en los que, además de poder realizar atención de drogodependencias también se pueden desarrollar acciones preventivas de carácter indicado e incluso selectivo o universal. Los específicos de drogodependencias son los que mantienen el carácter integral. Según esta clasificación, los recursos pertenecientes a cada nivel son:

Primer nivel:

- Equipos de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud
- Servicios Sociales
- Unidades de prevención municipales
- Centros de Salud Pública

Segundo nivel:

- Unidades Ambulatorias de Drogodependencias (UAD)
- Unidades de Salud Mental (USM) Patologías asociadas
- Unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y de breve estancia UIB. Patologías asociadas
- Hospitales Generales y centros de especialidades. Patologías asociadas

Tercer nivel:

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)
- Comunidades Terapéuticas (CT)
- Centros de Día (CD)
- Pisos asistidos. Otros

En este capítulo se definen exclusivamente de forma somera las características y las funciones de los centros específicos de drogodependencias.

Unidades ambulatorias de atención a las drogodependencias (UAD)

Son unidades del segundo nivel asistencial que suponen el primer lugar al que hay que dirigirse para iniciar un tratamiento; equivalen a la puerta de entrada al tratamiento sobre el consumo de algún tipo de sustancia. Desarrollan servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, implementan actividades asistenciales de desintoxicación y deshabitación en primera instancia. Hay que tener en cuenta que los tratamientos son de carácter voluntario para el enfermo y que otra de sus características es que se convierten en el centro de referencia para todo el proceso de tratamiento. En Canarias solo existe un centro especializado para problemas de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral y es el denominado CAID.

Las UAD están atendidas por profesionales y en ellas se ofrece atención médica, psicológica, terapéutica y social a todas aquellas personas que tienen problemas derivados del consumo de drogas. Su funcionamiento, acreditación y autorización se define en un decreto específico para ello.

Su dependencia funcional es diversa: Servicio Canario de Salud, ayuntamientos, cabildos y, fundamentalmente, organizaciones no gubernamentales son las encargadas de su operatividad.

Servicios de información

Son centros en los que se ofrece orientación y asesoramiento sobre problemáticas específicas en drogodependencias y de otras adicciones. En estos servicios de información no se realiza tratamiento asistencial, pueden derivar las solicitudes a centros ambulatorios o, en su caso según la necesidad, a otro tipo de centros municipales.

Unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD)

Situadas en centros hospitalarios en ellas se lleva a cabo la desintoxicación física del drogodependiente en régimen de internado. El tipo de desintoxicación depende del caso y también deriva a las especialidades hospitalarias para el tratamiento de otras patologías si fuera necesario. El drogodependiente accede a estas unidades cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo hacen necesario. El acceso a las Unidades Hospitalarias se realiza siempre a través de las UAD.

Centros de día

Son centros que están en régimen de permanencia por el día, realizan tratamientos de deshabitación e incorporación social, mediante terapia psicológica y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios/as con el fin de facilitar su inclusión social. En ellos también se desarrollan programas de habilidades psicosociales de entrenamiento para que la inclusión pueda tener mayores posibilidades de éxito.

Comunidades terapéuticas

Centros de carácter residencial, orientados principalmente a la deshabitación y rehabilitación de aquellos drogodependientes que por sus circunstancias personales y de su entorno no pueden seguir un tratamiento de forma ambulatoria. El acceso a las Comunidades Terapéuticas se produce siempre a propuesta de su centro ambulatorio de referencia. El enfermo/a se prepara para su inclusión social desarrollando programas de entrenamiento en habilidades sociales y hábitos básicos de vida y se les da una formación académica y ocupacional.

Programas específicos en centros penitenciarios

Estos programas se desarrollan en las prisiones. Mantienen el carácter voluntario. En ellos se realiza un tratamiento terapéutico para abandonar el consumo de drogas, a la vez que se coordina con otros recursos externos a la prisión para continuar el tratamiento en el caso de que varíe su situación legal. Se trabaja también con estrategias y acciones para su inclusión social.

Programas de mantenimiento con metadona (PMM)

Se ubican habitualmente en UAD, pero existen otros de dispensación como las farmacias acogidas a

acuerdos de dispensación con el SCS. En estos programas se prescribe y dispensa metadona como sustitución al consumo de opiáceos, siempre bajo control médico y farmacéutico. Se hace un seguimiento asistencial del usuario/a con controles del proceso y analíticas de orina u otras.

Este tipo de recurso está dirigido a drogodependientes consumidores de opiáceos que presentan las siguientes características: pacientes que han desarrollado patologías orgánicas severas; mujeres en periodo de gestación; pacientes con múltiples intentos fracasados de lograr la abstinencia a través de programas libres de drogas.

Unidades de prevención municipal UPM

Según la "Ley Canaria sobre Drogodependencias", todos los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes deben tener una unidad que gestione las estrategias y programas de prevención en el ámbito municipal en coordinación con el gobierno autónomico. Los municipios de menor población deben desarrollar programas preventivos y son los cabildos los que tienen la corresponsabilidad desde los programas insulares. También pueden y deben implementarse programas comarcales. Estas unidades deben hacer cumplir los planes municipales de prevención y coadyuvar a que las diferentes áreas participen.

BIBLIOGRAFÍA

- A.P.A. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona. Edit. Masson. 2009 (reed.) 1088 pag. ISBN 978-84-458-1087-3.
- ABDALLAH-PRETCEILLE, M. *La formation des enseignants face au défi de la pluralité culturelle et de l'altérité*. J. DEMORGON, J. y LIPIANSKY, E.M. (dir.). Guide de l'interculturel en formation. París. Edit. Retz, 1999 (pag. 29-34).
- BECOÑA, E. *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogodependencias*. Madrid. Edit. Plan Nacional sobre Drogas, 1999. 156 pag. (disponible en Internet: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/publica/pdf/bases.pdf>)
- BECOÑA, E. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid. Edit. Plan Nacional sobre Drogas, 2002. 477 pag. ISBN: 84-8150-240-5 (disponible en Internet: http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf)
- BLANCO, P. *Tratamiento biopsicosocial de la mujer drogodependiente*. Especificidades. XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. Ponencia. Las Palmas de Gran Canaria, 7-9 octubre 2009.
- BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS. *Ley 9/98, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias*. Islas Canarias. Edit. Gobierno de Canarias. 15 pag. (disponible en <http://www.gobiernodecanarias.org/libroazul/pdf/26912.pdf>)
- CALVO, J.R. *Educación y Promoción de la Salud*. Colección de Manuales Docentes de Psicopedagogía. Las Palmas de Gran Canaria. Edit. ULPGC Vicerrectorado de Planificación y Calidad. ISBN: 84.96131-15-7
- CFES-MILDT. *Drogas. Saber + Arriesgar -. La guía de la juventud europea*. Edit. Fundación Vivir Sin Drogas, 2003-2007. 142 pag. ISBN: 978-84-9726-408-2
- CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANARIAS. *III Plan Canario Sobre Drogodependencias*. 104 pag. disponible en Internet: (<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentos/20100702IIIplancanariosd.pdf>)
- DE LA CRUZ, M^a.J.; FARIÑAS, B.; GONZÁLEZ, M.T.; HERRERA, A. y EGEEA, E. (coord.) *Adicciones Ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Las Palmas de Gran Canaria, Edit. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. 2001, 2^o edición 2008. 55 pag. ISBN 84-931955-0-2 (disponible en <http://www.coplaspalmas.org/06libro/Adicciones.ocultas.pdf>)
- DE LA CRUZ, M^a.J.; HERRERA, A. y EGEEA, E. (coord.) *Adicciones en mujeres*. Las Palmas de Gran Canaria, Edit. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. 2002, 2^o edición 2008. 92 pag. ISBN 84-931955-3-7 (disponible en internet: <http://www.coplaspalmas.org/06libro/Adicciones.en.mujeres.pdf>).
- ECHEBURÚA, E. *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao. Edit. Desclée de Brouwer, S.A., 2^a edición 2000. 103 pag. ISBN: 84-330-1378-5.

- FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y LÓPEZ-GOÑI, J. *Adicciones sin drogas: características y vías de intervención*. Madrid. Edit. Consejo General de Colegios de Psicólogos. 2010. 21 pag. ISSN 1989-3906.
- FORCADA, R.; FERRER, M. I.; OCHANDO, B. y ARCO M.I. *Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española*. Revista Española de Drogodependencias. Valencia. Edit. AESED. Vol. 33 nº 2 2008 pp. 168-179. ISSN 0213-7615
- FRANZÉ, A.; CASELLAS, L. y GREGORIO, C. *Intervención social con población inmigrante: Peculiaridades y dilemas*. Madrid. Revista Migraciones, 1999 nº 5, pp. 25-54. ISSN 11385774.
- FUNDACIÓN CANARIA PARA LA PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS FUNCAPID. *Incidencia del consumo de Drogas en la Comunidad Autónoma de Canarias*. Islas Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. 2009. Disponible en Internet: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentos/20091106Encuesta2007-2008Funcapid.pdf>
- GARCÍA, L.; GONZÁLEZ, M.T. y EGEEA, E. (coord.) *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. . Las Palmas de Gran Canaria Edit. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. 2002, 2º edic. 2008. 87 pag. ISBN 84-931955-4-5 (disponible en <http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/drogod/drogo05.pdf>)
- GARCÍA, F.J. y GRANADOS A. *Lecturas para educación intercultural*. Madrid, Edit. Trotta. 1999. 232 pp.
- GARCÍA, L.; LÓPEZ, C. y EGEEA, E. *Sustancias adictivas y adolescencia. Valoraciones, experiencias y recomendaciones de jóvenes, progenitores y educadores canarios sobre el consumo de drogas en los adolescentes*. Las Palmas de Gran Canaria. Edit. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. 2008. 119 pag. ISBN 978-84-933209-3-5 (disponible en internet: <http://www.coplaspalmas.org/06libro/Sustancias.Adictivas.Adolescentes.pdf>)
- GONZALEZ, M.J.; GARCÍA A.; RODRIGUEZ J.L.; TARVISCO, M. *Percepción y actitud de las empresas españolas ante el tabaco y otras drogas*. Madrid. Edit. Comisiones Obreras. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), 2006. 229 pag.
- GRAÑA. J.L. edit. *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Edit. Debate. 1994. 816 pag. ISBN 978-84-74448139.
- MANZINI, V. *Multiculturalidad, Interculturalidad: Conceptos y estrategias*. Bolonia: Universidad de Boloña. 2001.
- MARCHENA, R. *Diversidad en el grupo de iguales*. Colección Manuales docentes de Psicopedagogía. Las Palmas de Gran Canaria. ULPGC Vicerrectorado de Planificación y Calidad 2003. 154 pág. ISBN: 84-96131-13-0.
- MEGIAS, E; SANCHEZ, L; NAVARRO, J; RODRIGUEZ, E. *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid. Edit. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2002. 7 pag. (disponible en

Internet: .es/sala_lectura/LABORAL2001.pdf).

- MELERO, J.C y ORTIZ, A. *Lugar de trabajo libre de drogas*. Bilbao. Edit. EDEX, 2002. 24 pag. ISBN: 84-95189-96-8.
- MELERO, J.C. *Las drogas en la prevención de riesgos laborales*. Vitoria-Gasteiz. Edit. Gobierno Vasco. 1997. 77 pag.
- MENESES, C. *Aspectos diferenciales en las mujeres drogodependientes*. XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. Ponencia. Las Palmas de Gran Canaria, 7-9 octubre 2009.
- MICHAEL, S. O. y THOMPSON, M. D. (1995). "Multiculturalism in higher education: transcending the familiar zone". *Journal of Higher Education Management*, 11 (1) (31-48).
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016*. 2009. Madrid .Edt. Plan Nacional Sobre Drogas. 102 pag. (disponible en Internet: <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiasPNSD2009-2016.pdf>)
- OCHOA, E. *Mujer y drogodependencia*. En ALAMO, C. (dir.) *Avances en drogodependencias*. Madrid. Edit. Gafos. 2008. 723 pag. (pag. 499-516) ISBN 978-84-612-1835-5.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). *Subsanar las desigualdades de una generación*. Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires. Edit. OMS. 2009. 31 pp. ISBN 978-92 4 356370 1 (disponible en Internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra. Edit. OMS. 1998. 36 pp. (Disponible en Internet: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:80lgSSibHEEJ:www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>)
- SALVADOR, T.; SUELVES, J.M.; DEL POZO , J. *Mano a Mano. Programa para la prevención y asistencias de las drogodependencias en el medio laboral*. Logroño. Edt. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones. 2003. 134 pag. ISBN: 84-611-1151-6 (Disponible en Internet: <http://infodrogas.org/ficheros/infodrogas/manoamano.pdf>).
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PND). *Guía sobre drogas*. Madrid. Edit. PND. 2007. 86 pag. ISBN: 84-920522-3-6.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (P.N.D.) *Informe sobre la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España EDADES 2007-2008*. 2008a Disponible en Internet: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (P.N.D.) *Informe sobre la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Medias ESTUDES 2008*. 2008b. Disponible en Internet: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf
- PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS DE LA REGIÓN DE MURCIA. *Informe: "Inmigración y*

consumo de drogas en determinados colectivos, desde una perspectiva cultural 2008. Murcia. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

- RODRÍGUEZ, J.L.; MARTÍN, A.; TORVISCO, M^a y PARDO, F.J. *Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias*. Madrid. Edit. Secretaría Confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de CC.OO. 2002 (segunda revisión). 164 pag. (Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/orientaciones.pdf>).
- SALVADOR, T; SUELVES, J.M; DEL POZO, J. *Mano a Mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral*. Logroño. Edit. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones, 2003. 119 pag. ISBN: 84-8125-216-6.
- SANCHEZ, L. *Al alcance. Prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral: manual, guías y cursos de formación*. Pontevedra. Edit. Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, 2008.
- TORVISCO, M.; PARDO, F.J; RODRIGUEZ, J.; MESA, D. *Material básico para la formación de mediadores sindicales jóvenes en drogodependencias*. Madrid. Edit. Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de Comisiones Obreras., 2005. 79 pag.

