

# Mano a mano

Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral



## Manual del Programa

Gobierno de  La Rioja

Consejería de Salud

Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario

Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones

© **Gobierno de La Rioja**

**Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones, 2003**

Contenidos del programa: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS)

Autores: Salvador Llivina, T.; Suelves, J.M.; del Pozo Iribarría, J.

Edita: Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones

Logroño, 2003

Imprime: Quintana Industrias Gráficas. Logroño

Dep. Legal: LR-391-2003

ISBN: 84-8125-216-6

## AGRADECIMIENTOS

El Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones, así como los autores de este Manual, quieren expresar su agradecimiento por las valiosas aportaciones recibidas de:

Emilio Abel de la Cruz Ugarte  
*Federación de Empresarios de La Rioja*

José Luis Gil López  
*Comisiones Obreras*

Antonio Justa Cámara  
*Mutua Universal*

Carlos Piserra Bolaños  
*Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de La Rioja*

José Rayo Medina  
*Unión General de Trabajadores*

Mónica Zorzano Maeztu  
*Departamento de Psicología y Ergonomía del Instituto  
Riojano de Salud Laboral*

<b>Presentación</b>	<b>7</b>
<b>Prólogo</b>	<b>9</b>
<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>Algunas consideraciones iniciales</b>	<b>14</b>
Contenidos del Programa <i>Mano a mano</i> .....	15
¿A quién va dirigido el Manual del Programa <i>Mano a mano</i> ? .....	16
¿Cómo utilizar los recursos que ofrece el Programa <i>Mano a mano</i> ? .....	16
Utilidad del Programa <i>Mano a mano</i> para empresas de distintos tamaños .....	17
Costes de la aplicación de un programa de empresa para prevenir o paliar los problemas relacionados con las drogas .....	17
¿La puesta en marcha de este programa generará una actitud negativa entre los empleados? .....	17
<b>1. Legislación laboral y drogas</b>	<b>18</b>
El derecho constitucional a la salud .....	20
Legislación laboral y drogas .....	20
Legislación de ámbito nacional .....	20
Desarrollos legislativos de la Rioja .....	22
Legislación laboral y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas .....	24
Legislación laboral y uso de alcohol en el lugar de trabajo .....	24
Legislación laboral y uso tabaco en el medio laboral .....	25
Legislación sobre venta de alcohol y tabaco en el medio laboral .....	25
Un pacto interinstitucional a favor de las intervenciones de prevención y asistencia en relación a las drogas .....	26
<b>2. Desarrollo de una política preventiva y asistencial con relación a las drogas en la empresa</b>	<b>28</b>
Diseño de una política de prevención y asistencia: planificación estratégica .....	30
Valorar costes y beneficios .....	30
Definir responsabilidades .....	32
Implicar a la dirección .....	32
Recabar apoyos .....	33
Anticipar problemas .....	34
Ocho pasos para el desarrollo de una política de empresa .....	35
Conocer para actuar .....	35
Prever la coordinación .....	37
Asegurar y operacionalizar apoyos .....	37
Formar un grupo de seguimiento .....	38
Definir objetivos .....	38
▪ Objetivos respecto a la empresa .....	39
▪ Objetivos respecto a las personas que integran la empresa .....	39
Establecer un calendario .....	40
Informar: un enfoque preventivo .....	40
▪ Informar respecto a los problemas relacionados con el uso de drogas .....	41
▪ Informar respecto al programa de prevención y tratamiento que ofrece la empresa .....	41
▪ Oportunidades e instrumentos para la información .....	42
Elaborar y adoptar una normativa interna o reglamento .....	43

▪ Definición de la política de empresa con relación a las bebidas alcohólicas .....	43
▪ Definición de la política de empresa con relación al tabaco .....	43
▪ Definición de la política de empresa con relación a otras drogas .....	44
▪ Adopción del reglamento .....	44
▪ Difusión del reglamento .....	45
<b>3. Programas de asistencia personalizada .....</b>	<b>46</b>
La asistencia personalizada a empleados en alcohol, tabaco y otras drogas .....	47
Cómo ayudar a los bebedores excesivos o de riesgo .....	49
Detección Precoz .....	49
Historia Clínica referida al alcohol .....	51
Intervención personalizada .....	54
Bases para una correcta derivación .....	55
Cómo ayudar a los fumadores .....	57
Una actitud modélica .....	57
Protocolo de intervención .....	57
Seguimiento: prevención de recaídas .....	60
Apoyo farmacológico .....	60
Recursos de apoyo adicionales .....	63
Bases para una correcta derivación .....	64
El tratamiento de otras drogodependencias .....	64
Enfoques terapéuticos con base científica .....	64
Estrategias de detección precoz .....	66
Los tests fisiológicos .....	67
Tratamiento del abuso de psicofármacos .....	68
Tratamiento del abuso o dependencia de cannabis .....	68
Tratamiento del abuso o dependencia de cocaína .....	68
Tratamiento del abuso o dependencia de otras drogas .....	68
Criterios de derivación .....	69
<b>Anexos .....</b>	<b>70</b>
<b>I</b> Información básica sobre las drogas .....	70
<b>II</b> El humo de tabaco en la empresa: impacto en los trabajadores y regulaciones a tener en cuenta .....	90
<b>III</b> Cuestionario de evaluación: situación inicial en la empresa y seguimiento .....	95
<b>IV</b> Modelos para la presentación del programa a directivos y a empleados .....	102
<b>V</b> Recursos de Planificación e Información en La Rioja .....	104
Recursos de Apoyo y Derivación en La Rioja .....	104
<b>VI</b> Escalas para la valoración de bebedores en situación de riesgo .....	106
<b>VII</b> Valoración de la dependencia tabáquica: Test de Fagerström .....	109
<b>VIII</b> Tratamientos farmacológicos de segunda elección para el tratamiento del tabaquismo .....	110
<b>IX</b> Prevención de recaídas: sugerencias para reforzar el mantenimiento de la abstinencia de tabaco .....	112
<b>X</b> Bibliografía básica .....	115
Actitudes y consumo de drogas en el medio laboral .....	116
Referencias útiles para el desarrollo en la empresa de programas sobre alcohol, tabaco y otras drogas .....	116
Epidemiología de las drogodependencias en España .....	119



El manual que presentamos nace del amplio consenso existente acerca de las ventajas que tiene el medio laboral para ejercer una acción efectiva para la prevención del abuso de drogas y también para intervenir precozmente cuando ya existe un problema de estas características. A través de la Comisión y las Subcomisiones del Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones ha quedado patente la importancia y la necesidad sentida por trabajadores, empresarios, sindicatos, servicios médicos de empresa y, también, por asociaciones de ayuda para el alcoholismo y la drogadicción, de actuar en este campo por las repercusiones que tienen en los entornos laborales, al generar importantes problemas de salud; mayores riesgos de accidente laboral, conflictividad y baja productividad. Este manual es una respuesta a esta demanda social.

El material contenido en esta edición es un instrumento de ayuda para servicios médicos de empresa, mutuas de trabajo, equipos de recursos humanos, para los profesionales de la Atención Primaria de Salud y, en general, para cualquier interesado en este campo. Su objetivo es orientar y facilitar cualquier iniciativa relacionada con las drogas y las drogodependencias que se quiera iniciar en este ámbito. Los profesionales e interesados podrán encontrar aquí: información básica de referencia, pautas de actuación y consideraciones prácticas a tener en cuenta, información sobre recursos asistenciales, estrategias de intervención y herramientas útiles para desarrollar las acciones anteriores.

Hemos querido, en definitiva, crear un instrumento de ayuda pensado para el medio laboral en su conjunto, que abarca a todas las partes de la organización, y que puede ser aplicable en grandes empresas y también, en las pequeñas y medianas.

Deseo que este manual sea de utilidad y actúe como catapulta para que se tomen iniciativas concretas en las empresas que se plasmen en programas de actuación tanto de prevención como de asistencia.

Desde el Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones seguiremos apoyando e impulsando iniciativas en este sentido.

Pedro Soto García  
*Consejero de Salud*





El manual que se presenta es una iniciativa de gran valor, ya que se trata del primer instrumento de prevención del abuso de tabaco, alcohol y otras drogas para el medio laboral que se elabora en nuestra Comunidad Autónoma.

Tanto la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud, como la Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones, señalan en su articulado la importancia de la Salud Laboral en cuanto a la prevención de riesgos y daños derivados del trabajo, y en particular, en lo referido al abuso de sustancias potencialmente adictivas.

La Ley de Salud señala que la Administración Sanitaria en el marco de sus competencias promoverá actuaciones que permitan conocer la salud de los trabajadores y posibilita el desarrollo de programas de prevención para los problemas detectados. Por su lado, la Ley de Drogodependencias señala la necesidad de poner en marcha programas de prevención en el medio laboral sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como el impulso de programas de asistencia que faciliten la atención a los trabajadores con problemas de esta índole.

Por todo ello, este manual servirá como impulso, desde este departamento, del cumplimiento de las citadas leyes mediante la coordinación de actuaciones entre el Instituto Riojano de Salud Laboral y el Comisionado Regional para la Droga.

Espero que el material sea de utilidad para los agentes implicados en la Salud Laboral y para cualquier lector interesado.

Quiero agradecer expresamente la colaboración de los sindicatos, Unión General de Trabajadores (UGT) y Comisiones Obreras (CCOO), la Federación de Empresarios de La Rioja, la Asociación Riojana de Mutuas de Trabajo, el Instituto Riojano de Salud Laboral y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Dirección General de la Función Pública del Gobierno de La Rioja. Su aportación ha permitido mejorar el manual y han demostrado gran interés por el contenido del mismo.

Asimismo quiero agradecer expresamente al Comisionado Regional para la Droga, D. Juan del Pozo Iribarría, la iniciativa de la elaboración de este manual, y a D. Nicolás Iribas, Director del Instituto Riojano de Salud Laboral, la colaboración prestada para el impulso de esta iniciativa.

José Félix Vadillo Arnáez  
*Director General de Salud y Desarrollo Sanitario*



El medio laboral es, de alguna manera, el gran olvidado en las políticas de actuación sobre el abuso de drogas. Dicho olvido está claramente injustificado ya que las posibilidades de intervenir en esta área son muy amplias.

La repercusión del abuso del alcohol, en el medio laboral tiene unos enormes costes directos e indirectos sobre las empresas: Bajas laborales, absentismo, accidentes laborales, tensiones laborales... El tabaco es un factor esencial en la Salud de los trabajadores, un factor de riesgo de incendios, un peligroso agente contaminante ambiental en combinación de otras sustancias industriales. El consumo de cannabis, éxtasis, heroína, cocaína o psicofármacos es también un peligroso factor de accidentabilidad laboral y de bajo rendimiento laboral. Por estas razones y otras que tienen que ver con el deterioro del entorno familiar del afectado que abusa de sustancias, la intervención se hace una tarea imprescindible.

Existe otra razón que, vista desde la perspectiva del medio laboral puede resultar más lejana, pero que vienen a reforzar la necesidad de actuar en este ámbito: la prevención de las drogodependencias desde un enfoque comunitario. La máxima eficacia de la información–prevención sobre el abuso de drogas ilegales, alcohol o tabaco, se consigue con una implicación de la sociedad en su conjunto entendida como una comunidad de personas y recursos. En este contexto se ubica también la prevención desde el medio laboral.

El manual que se presenta forma parte de un proyecto más amplio impulsado desde el Plan Riojano de Drogodependencias, de apoyo a las empresas para llevar a cabo intervenciones preventivas basadas especialmente en la información, y, también, de índole asistencial para el tratamiento de estos problemas. Una extensa revisión de los materiales existentes y de la literatura sobre el tema ha puesto de manifiesto una carencia general de instrumentos prácticos para todos aquellos agentes que se ocupan de este tema (equipos de Salud Laboral, especialistas en medicina de empresa, equipos de prevención de riesgos laborales, áreas de recursos humanos, sindicatos, mutuas de trabajo, profesionales de Atención Primaria y otros).

Por ello, nuestro reto ha sido construir un manual eminentemente práctico. El instrumento consta de un marco general sobre el programa y cómo utilizarlo. Un apartado de legislación estatal y de La Rioja que permite ubicar las actuaciones en nuestro contexto. El capítulo II establece las estrategias generales necesarias para llevar a cabo una política de información–prevención y de asistencia de los problemas de abuso de drogas. Se ofrecen, además de forma pautada los pasos que se deben dar en cuanto objetivos, calendario y establecimiento de la política informativa en la empresa.

El capítulo III trata en concreto de la asistencia a los problemas de alcohol, tabaco y otras drogas, con una referencia precisa de estrategias e instrumentos de evaluación, que permiten llevar a cabo una intervención de este tipo orientada a obtener resultados.

Asimismo, el interesado podrá encontrar una información actualizada básica sobre las drogas que le puede permitir cubrir lagunas en este tema. Y podrá encontrar también una referencia expresa al programa de espacios sin humo en las empresas como un ejemplo paradigmático de implantación de una política de empresa sobre el uso del tabaco.

Para completar la utilidad del manual, en los anexos se pueden encontrar unas recomendaciones y modelos para presentar el programa a directivos y a empleados que

puede ser de mucha utilidad para aquellos agentes que deseen iniciar un programa sobre las drogas en la empresa.

Por último, se ofrece una bibliografía actualizada sobre el tema y los recursos de apoyo y derivación en La Rioja para problemas de alcoholismo, tabaquismo y otras drogodependencias.

Esperamos que el manual sea de utilidad para poner en práctica programas en las empresas, tanto en las pequeñas y medianas, como en las de gran tamaño. El manual da orientaciones teniendo en cuenta que los recursos son diferentes en las empresas y los mecanismos de actuación sobre la Salud laboral son, por tanto, diferentes.

Quiero resaltar el gran trabajo desarrollado por el Centro de Estudios sobre Promoción de La Salud y, en especial, a su directora, Dña. Teresa Salvador Llivina, para hacer posible este valioso instrumento.

Desearíamos poder recibir cuantas sugerencias considere el lector para mejorar los contenidos, la presentación o cualquier otra cuestión que permita hacer del material que presentamos un proyecto abierto de ayuda para la intervención sobre las drogodependencias en el medio laboral. Para ello les ofrecemos una dirección de correo electrónico a la que pueden dirigir sus sugerencias: [oficina.drogas@larioja.org](mailto:oficina.drogas@larioja.org)

Juan del Pozo Iribarría  
*Comisionado Regional para la Droga*



El consumo abusivo de drogas es un problema que afecta de forma importante a la población trabajadora de La Rioja<sup>1</sup>.

Aunque en lo referido a la prevalencia de drogas legales (alcohol y tabaco), parece observarse una tendencia al descenso del consumo, la elevada prevalencia de dichos consumos entre la población trabajadora (el 78,6% ha consumido alcohol en el último mes, y el 55,8% ha consumido tabaco en el último mes) no permite considerar que los graves problemas relacionados con el abuso de dichas sustancias vayan a disminuir espontáneamente.

Por otro lado, la actual prevalencia -entre la población trabajadora de La Rioja- del consumo de drogas como cannabis (6,7% en el último mes), éxtasis (5,8% alguna vez en la vida, y 2,5% en el último año), cocaína, anfetaminas y alucinógenos (2,9% en el último año), refuerza la necesidad de que desde la Administración, se aborde de forma eficaz esta situación, planteando una estrategia que contemple tanto actuaciones preventivas como de apoyo en relación con las drogas desde el Medio Laboral.

Esta situación no es exclusiva de La Rioja, según datos aportados por los grandes sindicatos españoles U.G.T. y C.C.O.O., así como por estudios realizados en el sector en diversas Comunidades Autónomas, el consumo abusivo de alcohol y tabaco entre los trabajadores de nuestro país afecta, de forma directa (consumidores habituales/dependientes), alrededor de medio millón de personas en el caso del alcohol, y a casi la mitad de la población laboral en el caso del tabaco.

Tanto el uso inadecuado de alcohol como el consumo de otras drogas son fenómenos que generan, además de problemas de tipo laboral, otras consecuencias negativas de carácter personal como son el deterioro de la salud, y de las relaciones familiares y sociales del trabajador afectado. Sin embargo, a pesar de esta amplia problemática asociada, y la clara identificación como problemas de empresa, el alcoholismo y las toxicomanías siguen sin reconocerse como enfermedades susceptibles de prevención y tratamiento desde el medio laboral. Ni la legislación vigente, ni la formación disponible por los equipos de Salud Laboral, contemplan una intervención pautada sobre cómo actuar tanto desde un enfoque preventivo como de atención a trabajadores con problemas de adicción, intervenciones capaces de poder evitar situaciones de deterioro de las relaciones laborales.

<sup>1</sup> Dirección Técnica de Drogodependencias (2001). **Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en La Rioja, 1999 (1ª parte)**. Logroño: Gobierno de La Rioja.

Por lo que se refiere al tabaquismo, hasta hace pocos años, en las pocas empresas donde se había planteado alguna intervención referida al tabaco, ésta se limitaba a la prohibición de fumar por motivos de seguridad como, por ejemplo, evitar riesgos de incendios. Pocas empresas en nuestro país han contemplado hasta el momento al tabaco como un factor de riesgo que afecta la salud y el bienestar de los trabajadores fumadores y no fumadores. Esta situación está cambiando a medida que se incrementa la sensibilización social respecto a las consecuencias de fumar, ya sea de forma voluntaria o involuntaria. En España, la mayoría de la población no fuma, y en la medida en que aumenta la conciencia sobre los riesgos del fumador pasivo, aumentan también las tensiones internas en los espacios cerrados de una empresa donde conviven fumadores y no fumadores, tensiones que a través de un programa de promoción de la salud, pueden evitarse.

A través de la introducción de programas consensuados de promoción de la salud y prevención del abuso de drogas en el medio laboral, pueden conseguirse notables mejoras de la situación personal y colectiva en relación con las drogas, este manual constituye una propuesta pautada para alcanzar dichas mejoras.

### Contenidos del Programa *Mano a mano*

El Programa *Mano a mano* contiene información básica y herramientas útiles para enmarcar, orientar y facilitar actuaciones de prevención y asistencia en drogodependencias, desde el ámbito laboral.

Los principales recursos proporcionados por el Programa *Mano a mano* comprenden información clave respecto a:

1. Situación actual de la legislación vigente en La Rioja, referida a la protección de la salud y el bienestar de los trabajadores, así como referente a las regulaciones del consumo de drogas, aplicables en el ámbito Laboral.
2. Cómo desarrollar desde el ámbito Laboral un programa de información y sensibilización destinado a prevenir y mejorar problemas relacionados con las drogas que pueden afectar a los trabajadores.
3. Cómo ayudar, desde la Medicina de Empresa y de forma personalizada, a los trabajadores que presentan problemas relacionados con el alcohol, el tabaco y otras drogas.
4. Criterios para la derivación asistencial de problemas relacionados con las drogas que no se puedan abordar desde los propios recursos laborales, así como información actualizada sobre las redes públicas de recursos asistenciales existentes en La Rioja.
5. Información básica sobre el impacto sanitario y social derivado del abuso del alcohol, y del uso del tabaco y otras drogas.
6. Recursos de apoyo a cualquier iniciativa que se quiera desarrollar desde el ámbito laboral en relación con las drogas y las drogodependencias y bibliografía de referencia.
7. Informaciones relevantes para los trabajadores sobre distintos aspectos y riesgos relacionados con el uso y abuso de drogas, así como orientaciones

El Programa *Mano a mano* constituye un recurso de apoyo desarrollado para orientar y facilitar cualquier iniciativa relacionada con las drogas y las drogodependencias que se quiera iniciar desde el ámbito laboral.

Todo profesional o equipo interesado en el abordaje de estos temas, encontrará aquí:

- información básica de referencia
- pautas sobre cómo plantear actuaciones preventivas
- información sobre tipos de recursos asistenciales existentes
- orientaciones para el abordaje asistencial
- criterios de derivación asistencial
- herramientas útiles para el desarrollo de cada uno de los puntos anteriores

El presente Manual es parte de una propuesta amplia de orientación y apoyo a profesionales y equipos interesados en conocer cómo desarrollar intervenciones eficaces en el ámbito laboral.

El Programa **Mano a mano** ofrece:

- Una propuesta de intervención basada en la evidencia de eficacia, así como en la experiencia derivada de la aplicación práctica de este tipo de intervenciones.
- Informaciones útiles para facilitar el tratamiento adecuado de los problemas que se presentan en las empresas, en relación al tabaco, el alcohol, el abuso de medicamentos y las otras drogas.
- Un conjunto de materiales y herramientas para el apoyo de intervenciones, preventivas y asistenciales que facilitan la aplicación y la evaluación de las actuaciones desarrolladas.

sobre cómo afrontar problemas relacionados con las drogas.

Para asegurar su aplicabilidad a los múltiples contextos y situaciones desde donde se pueden desarrollar programas de prevención y asistencia en drogodependencias, el Programa **Mano a mano** ofrece un Manual de orientación de intervenciones en este ámbito, junto a diversos materiales de apoyo del programa. Todo ello constituye un conjunto de **herramientas flexibles** que sugieren, orientan y facilitan una metodología de trabajo, y apuntan los pasos a seguir para aplicar dicha metodología de forma factible y eficaz en cada caso.

El Programa **Mano a mano** constituye así un instrumento que orienta sobre cómo enfocar este tipo de iniciativas desde la empresa o desde el Medio Laboral en general, dejando que, de acuerdo a las distintas necesidades y posibilidades, se pueda escoger la mejor opción adaptada a cada caso concreto.

### ¿A quién va dirigido el Manual del Programa **Mano a mano**?

EL Manual del Programa **Mano a mano** está especialmente elaborado para servir como recurso de orientación y apoyo a:

- Profesionales y equipos de Salud Laboral.
- Especialistas en Medicina de Empresa.
- Equipos de Prevención de Riesgos Laborales
- Equipos de Recursos Humanos.
- Representantes sindicales.
- Mutuas del trabajo.
- Profesionales y equipos de Atención Primaria.
- Representantes o miembros de éstos u otros sectores que se preocupan por mejorar las condiciones de trabajo, velar por el bienestar de los trabajadores, y optimizar la competitividad de la empresa.

### ¿Cómo utilizar los recursos que ofrece el Programa **Mano a mano**?

El enfoque propuesto por el Programa **Mano a mano** se basa en los resultados de distintos estudios realizados durante las dos últimas décadas en nuestro país y en otros países culturalmente próximos al nuestro.

Sin embargo, como señalan todos los estudios y evaluaciones disponibles, la aplicación de las pautas y sugerencias aquí recogidas, deberán adaptarse a cada realidad y a las necesidades específicas previamente detectadas.

Las propuestas del Programa **Mano a mano** pueden ser aplicadas en su totalidad (aspectos preventivos y aspectos asistenciales), o de forma parcial, según cada necesidad, y según los recursos y apoyos disponibles a la hora de plantear una intervención.

Independientemente de los recursos disponibles, el Programa **Mano a mano** proporciona, además de este Manual y sus Anexos, una serie de folletos informativos y de sensibilización, que se pueden utilizar como apoyo, según sean las necesidades detectadas.



### Utilidad del Programa *Mano a mano* para empresas de distintos tamaños

Existe la creencia de que los programas de prevención y apoyo en relación con las drogas que se desarrollan desde el Medio Laboral, son más aplicables a grandes corporaciones.

Ninguna empresa es demasiado pequeña para crear un ambiente libre de los efectos del abuso del alcohol, o el uso del tabaco y otras drogas.

Los problemas relacionados con el alcoholismo y las drogodependencias pueden presentarse en compañías de cualquier tamaño, incluso en las PYMES y, son precisamente las pequeñas empresas las que más pueden resentirse, si no cuentan con un enfoque adecuado del problema.

### Costes de la aplicación de un programa de empresa para prevenir o paliar los problemas relacionados con las drogas

La aplicación de las propuestas contenidas en el Programa *Mano a mano* no implica necesariamente tener que invertir gran cantidad de recursos para su aplicación.

Aun cuando las PYMES cuentan con menores recursos para el desarrollo de este tipo de programas, sí es posible que tomen medidas para contrarrestar los problemas derivados del uso o abuso de drogas.

La implementación por etapas de un programa como el que propone *Mano a mano*, constituye una opción eficaz y una forma de ahorrar dinero en consultorías externas, así como reducir los costes laborales relacionados con las drogas (incremento de las bajas laborales, incremento del riesgo de accidentes, etc.).

### ¿La puesta en marcha de este programa generará una actitud negativa entre los empleados?

Es lógico que los empleados tengan preguntas e inquietudes acerca de cualquier programa nuevo, que además, tiene que ver con temas sensibles como son las drogas y las drogodependencias.

Dada la delicada naturaleza de un programa para afrontar el consumo de drogas en el lugar de trabajo, es importante contar con la participación de todos los sectores de la empresa, así como de los empleados, escuchar sus preguntas e inquietudes y explicar las razones por las que se toma la decisión de implementar este tipo de programa en la organización.

Cuando este tipo de programas se presentan de una manera positiva -no bajo enfoques sancionadores, como primera medida- los empleados responden positivamente.

El Programa *Mano a mano* constituye una propuesta pautada de aplicación, tanto de los aspectos preventivos (información y normativa), como asistenciales (tratamiento).

El Programa *Mano a mano* ofrece:

- Una propuesta de intervención flexible y adaptable a las distintas realidades y recursos disponibles en el marco de cada empresa: desde las grandes corporaciones a las PYMES.

El Programa *Mano a mano* ofrece orientación y materiales que contribuyen a reducir al mínimo los costes de implementar una iniciativa preventiva y terapéutica eficaz y coste-efectiva para el abordaje de los problemas derivados de las drogas.



### LEGISLACIÓN LABORAL Y DROGAS

Sectores del Medio Laboral a quienes puede resultar especialmente útil este apartado del Programa *Mano a mano*:

- Dirección de la empresa
- Equipos de Prevención de Riesgos Laborales
- Equipos de Recursos Humanos
- Representantes Sindicales

La normativa que orienta, enmarca y señala las actuaciones relacionadas con las drogas en el Medio Laboral es amplia y suficiente para orientar actuaciones, tanto de carácter preventivo y protector, como de índole asistencial.

En este capítulo se presentan los textos legales, de ámbito nacional y autonómico, sobre los que se debe basar cualquier actuación laboral en relación al tabaco, al alcohol o a otras drogas que se desee desarrollar en La Rioja.

En este capítulo se presentan –de forma resumida, y destacando los aspectos prácticos y operativos– todos los textos legislativos y normativos (Tabla 1) que, de forma convergente y complementaria, deben enmarcar las actuaciones que desde el ámbito laboral, se desarrollen en La Rioja.

Además de este marco normativo, nuestro país dispone de una iniciativa específica para orientar el tratamiento de los temas relacionados con las drogas en el mundo laboral: el “Convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; C.C.O.O., U.G.T. y C.E.O.E. para la prevención de drogodependencias en el ámbito laboral” de 1997. En él, los principales actores del mundo laboral, así como la administración española responsable de la política sobre drogas orientan y matizan diversos aspectos contemplados en la legislación española (ver páginas 24 y 25).

**Tabla 1**  
**Textos legislativos y normativos de referencia**  
**sobre drogas y medio laboral**

- Los derechos fundamentales de las personas establecidos por la **Constitución** de 27 de diciembre de 1978 (BOE 29.12.1978, núm. 311)
- El Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley del Estatuto de los Trabajadores** (BOE 29.03.1995, núm. 75)
- La **Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad** (BOE 29.04.1986, núm. 15207)
- La **Directiva 89/391CEE del Consejo** de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de **medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo** (DOCE 29.06.1989, núm. 183/L)
- La legislación vigente en España en materia de Salud Laboral: **Real Decreto Legislativo 1/1994**, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley General de la Seguridad Social** (BOE 29.06.1994, núm. 154); y en especial la **Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales** (BOE 10.11.1995, núm. 269), y el **Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Servicios de Prevención** (BOE 31.01.1997, núm. 27)
- Diversos textos legislativos de ámbito nacional relativos al alcohol, el tabaco y otras drogas
- La **Ley 5/2001 de 17 de octubre sobre drogodependencias** y otras adicciones (BO de La Rioja 23.10.2001, núm. 127)
- La **Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud** (BO de La Rioja 23.04.2002, núm. 1763)

## ► El derecho constitucional a la salud

La Constitución española garantiza los siguientes derechos básicos:

- El derecho a la libertad personal.
- El derecho a la protección de la salud individual.
- El derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona.
- El derecho de los trabajadores a la seguridad y la salud.

La legislación laboral española se halla dentro de un marco constitucional general marcado por La Constitución Española que garantiza, entre otros:

- El derecho a la **libertad personal** (Artículo 17)
- El deber de 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 40)
- El derecho a la **protección de la salud** individual (Artículo 43)
- El derecho a disfrutar de un **medio ambiente adecuado** para el desarrollo de la persona (Artículo 45).

Es decir, según nuestra Constitución, la salud y el bienestar son derechos individuales, reconociéndose de forma implícita que su respeto y su fomento serán el resultado de la aplicación de políticas sociales, sanitarias y económicas promotoras de estos derechos.

Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar políticas de protección de la salud desde los distintos ámbitos de la sociedad, entre los cuales, el del trabajo es uno de los más relevantes.

## ► Legislación laboral y drogas

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

### Legislación de ámbito nacional

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

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

La legislación vigente en España en materia de Salud Laboral hace escasas y dispersas referencias específicas y detalladas a la necesidad de prevención y asistencia de los problemas relacionados con las drogas y, ante esta realidad, presenta un sesgo hacia la penalización más grave: **“el despido disciplinario”** por causas derivadas del consumo de alcohol y otras drogas

El desarrollo de una política de empresa en prevención y asistencia de problemas relacionados con las drogas, se apoya en la Constitución española y en los principios generales contenidos en el marco legislativo de la Salud y Seguridad en el Trabajo.

(Estatuto de los Trabajadores<sup>2</sup>, artículo 54, apartado 2.f.), dándose jurisprudencialmente gran diversidad de justificaciones al mismo.

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

- a. **Faltas leves:** Amonestación verbal o escrita; y suspensión breve de empleo y sueldo.
- b. **Faltas graves:** Suspensión de empleo y sueldo de mayor duración (15 días), inhabilitación para el ascenso; traslado de puesto de trabajo.
- c. **Faltas muy graves:** Inhabilitación y suspensión de empleo y sueldo que puede llegar a 2 meses; Traslado de centro de trabajo y de localidad.

La interpretación de este artículo 54 del ET, continúa siendo altamente punitiva, a pesar de que diversos pronunciamientos del Tribunal Supremo, o el Tribunal Central del Trabajo<sup>3</sup>, han establecido una doctrina jurisprudencial que podríamos considerar “atenuante”, por la cual se puntualiza que para la aplicación de este artículo deben darse dos requisitos básicos:

1. Que se trate de problemas no ocasionales o esporádicos, sino habituales.
2. Que, además, repercutan negativamente en el trabajo.

A pesar de la parcialidad y falta de referencias concretas a la necesidad de disponer de servicios socio-sanitarios capaces de ofrecer un abordaje preventivo, superador y no sancionador de los problemas relacionados con las drogas, existe una norma básica de referencia, la **Ley 14/86, de 25 de abril, general de Sanidad** (B.O.E. 29 abril de 1986, núm. 15207). Dentro de los principios generales de la misma, se contempla la responsabilidad de los Servicios Sanitarios en garantizar a todos los ciudadanos (incluidos los trabajadores), la “promoción de la salud”, la “prevención de las enfermedades”, la “superación de los desequilibrios territoriales y sociales”, así como el derecho a la “confidencialidad de toda la información” relacionada con un problema de salud (artículos 3, 10 y 19). Indicando además, que “las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre sustancias tóxicas” (Artículo 19).

Íntimamente ligada a ello, está el **Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social** (BOE 29 junio 1994, núm. 154), cuyo Artículo 7 señala la extensión del campo de aplicación de la misma, señalando que: “Estarán comprendidos en el sistema de Seguridad Social todos los españoles cualesquiera que sea su sexo, estado civil o profesión”. Siendo importante destacar que en el Artículo 24 de la misma Ley, se habla de los Servicios Sociales, como complementos de las prestaciones en conexión con el Ministerio de Trabajo, recogiendo como uno de ellos el Servicio de “Seguridad e Higiene en el Trabajo” (Artículo 25). Finalmente en el Artículo 26, al describir los cometidos de dicho servicio, entre otros aspectos señala: “lograr, individual y colectivamente, un óptimo estado sanitario”.

Si se tiene en cuenta el espíritu que rige el conjunto de la normativa que informa las actuaciones laborales relacionadas con la salud (*ver Tabla 1*), el despido, debería pasar a ser la última medida a adoptar desde el ámbito laboral, en todo lo relativo a las drogas, y su aplicación señalaría –en general– la dejación o el fracaso de otras medidas necesarias relacionadas con la protección de la salud de los trabajadores.

Este aspecto queda reforzado por la Ley 5/2001, sobre drogodependencias y otras adicciones, aprobada por el Parlamento de La Rioja en Octubre de 2001.

<sup>2</sup> Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE 29 marzo 1995, núm. 75)

<sup>3</sup> M Sanz Lubeiro (1998). **El papel sindical ante el alcoholismo y la drogodependencia en el Ámbito Laboral. Unión Regional de CC.OO. de Castilla y León:** Comisión Confederal de CC.OO. de atención a Alcoholismo y Drogodependencias.

En la legislación española vigente se responsabiliza a la empresa de garantizar las condiciones necesarias para la protección de la salud de los trabajadores, señalando -entre otras- las siguientes responsabilidades básicas por parte de los empresarios:

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

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, Capítulo III, Artículo 15

Entre las funciones de los Servicios de Prevención, cabe señalar su responsabilidad en:

- El diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva.
- La evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y a la salud de los trabajadores.
- La determinación de las prioridades en la adopción de las medidas preventivas adecuadas y la vigilancia de su eficacia.
- La información y formación de los trabajadores.
- La vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, Capítulo IV, Artículo 31

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

- **Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de riesgos laborales** (BOE 10 noviembre 1995, núm. 269).
- **Real Decreto 39/1997, de 17 de Enero, por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención** (BOE 31 enero 1997, núm. 27).

Este marco legislativo asigna a los Servicios de Prevención diversas funciones preventivas y asistenciales.

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

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

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

1. Prevenir la aparición de problemas que afectan a la salud y al bienestar de los trabajadores.
2. Detectar la posibilidad de futuros problemas para abordarlos de forma precoz y personalizada.
3. Tratar a los trabajadores cuya dependencia del alcohol o del tabaco puede deteriorar seriamente su salud y bienestar.
4. Garantizar, en el caso de un enfermo alcohólico, la confidencialidad de las intervenciones personalizadas que se realicen.
5. Asegurar, en caso de consumo de tabaco en el lugar de trabajo, el derecho de los no fumadores a respirar aire libre del humo de tabaco, a la vez que se tienen en cuenta las necesidades de los trabajadores que fuman.

### **Desarrollos legislativos complementarios de La Rioja**

Los textos de las leyes de carácter nacional, se ven reforzados, complementados y en algunos aspectos matizados por la legislación sobre drogas de La Rioja (como es el caso del despido, por ejemplo, en el que frente a la posición de la legislación nacional, adopta una posición claramente asistencial antes que punitiva).

El Parlamento de la Rioja aprobó en Octubre de 2001 la **Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones**, (BO de La Rioja, núm 127) que se inspira en los mismos principios que orientan el Plan Riojano de Drogodependencias. Al establecer las bases de la política preventiva y asistencial sobre drogodependencias, tanto la Ley 5/2001, como el Plan Riojano de Drogodependencias, ponen un énfasis especial las implicaciones de muchas actuaciones relativas a las drogas desde el Medio Laboral.

Así, la Ley 5/2001 considera que la inadaptación social y laboral constituye una de las manifestaciones derivadas del abuso de drogas y, de acuerdo con ello, establece las bases de un abordaje globalizador de las drogodependencias que contempla especialmente las actuaciones encaminadas a la reducción de las consecuencias negativas del uso de drogas en el ámbito laboral y a la integración laboral de las personas drogodependientes. La integración laboral es, por tanto, un componente fundamental del tratamiento de las drogodependencias, y ha de plasmarse en la elaboración de itinerarios de inserción personalizados y en la coordinación entre los diferentes servicios asistenciales y de inserción social.

Según la legislación autonómica de La Rioja, el ámbito laboral es un espacio fundamental para el desarrollo de intervenciones preventivas e informativas y para la implantación de programas de tratamiento de los trabajadores afectados por problemas relacionados con el uso de drogas. De acuerdo con ello, la Ley contempla la colaboración entre administraciones y agentes sociales para la puesta en marcha de programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, que estarán enmarcadas en el contexto de las actividades previstas en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (BOE 10 noviembre 1995, núm. 269).

En la asistencia a trabajadores dependientes del alcohol u otras drogas, la ley plantea, entre otras medidas, el impulso del establecimiento de acuerdos con las organizaciones empresariales y sindicatos que permitan el tratamiento de los afectados y la reserva del lugar de trabajo hasta la finalización del tratamiento, potenciando el desistimiento de las potestades disciplinarias que prevé la legislación laboral. El diseño, ejecución y evaluación de los programas asistenciales que se desarrollen en el ámbito laboral deberá contar con la participación de los agentes sociales (empresarios y sindicatos), los servicios médicos de empresa y los Comités de Prevención de Riesgos Laborales, y tenderá a ser participativa, integral, integrada, voluntaria, planificada, confidencial y segura.

En lo referido a la asistencia a los problemas derivados de las drogas, es preciso además señalar que la Administración Sanitaria del Gobierno de la Rioja dispone ya de la nueva Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud, (BO de La Rioja 23 abril 2002, núm. 1763) según la cual se prevé llevar a cabo –entre otras medidas de registro y vigilancia– las siguientes actuaciones en materia de Salud Laboral:

- a. Definición de los criterios y requisitos que deben cumplir los servicios de prevención.

- b. Protocolos de vigilancia para la detección precoz de problemas de salud relacionados con riesgos laborales que puedan afectar a los trabajadores.
- c. Supervisión de las condiciones de trabajo de las mujeres en periodos de embarazo y lactancia, y de los trabajadores sensibles a determinados riesgos.

En esta misma Ley, los artículos 44, h) y 70.2, v) del Capítulo III, señalan la integración de las drogodependencias dentro de los cometidos del área de salud, y por tanto de la salud laboral. En este marco general, la Ley prevé que la atención sanitaria a las drogodependencias se articule mediante la coordinación de las redes sanitarias de Salud Mental, Atención Primaria, y Centros de Atención Especializada de Drogodependencias (Artículo 51/2).

Una vez enmarcadas las bases dónde se sustentan los programas de prevención y asistencia, en el siguiente apartado, se detallan los textos normativos que regulan el uso de drogas en el marco laboral, así como la venta de alcohol y tabaco dentro de las empresas.

## ► Legislación laboral y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas

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

### **Legislación laboral y uso de alcohol en el lugar de trabajo**

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

Algunas normas reguladoras de actividades laborales específicas establecen limitaciones al consumo de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo. Así, el consumo de alcohol está totalmente prohibido a los trabajadores de los casinos de juego durante las horas de servicio. Sin embargo, son más frecuentes las disposiciones que por las que se sanciona el consumo cuando tiene como consecuencia la embriaguez o un grado de intoxicación que interfiera claramente con el rendimiento laboral o la seguridad en el trabajo. Estas limitaciones afectan principalmente al desarrollo de actividades de elevado riesgo (actividades subacuáticas, del personal de las Fuerzas Armadas y los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, trabajadores que transportan o manejan mercancías peligrosas, etc.) o de especial responsabilidad (servicios postales y de telecomunicaciones)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> JM Masip (1999). **Prevención de riesgo laborales. Estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral.** Madrid: Editorial Síntesis.

Los Parlamentos de muchas Comunidades Autónomas han aprobado leyes que regulan la venta y el consumo de bebidas alcohólicas. En La Rioja, la Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones (BO de La Rioja, núm. 127) prohíbe el uso de bebidas alcohólicas en los si-



guientes lugares:

- Locales y centros donde se desarrollan actividades y servicios preferentemente destinados a un público compuesto por menores de 18 años.
- Centros que imparten enseñanza a menores de 18 años.
- Empresas y lugares de trabajo, salvo en situaciones excepcionales ligadas a conmemoraciones o festividades.
- Dependencias de las Administraciones Públicas, salvo situaciones excepcionales ligadas a conmemoraciones, festividades, o actividades de representación y protocolo.

### **Legislación laboral y uso de tabaco en el Medio Laboral**

En lo referido al uso de tabaco, los textos legales de referencia –Reales Decretos 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, (BOE 9 marzo 1988, núm. 59); 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, (BOE 7 agosto 1999, núm. 188); y la Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones, (BO de La Rioja, núm. 127)– regulan los lugares públicos donde está prohibido el consumo de tabaco:

- Lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar el tabaco con el perjuicio ocasionado por otros contaminantes industriales o ambientales.
- Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.
- Guarderías infantiles y centros de atención social para menores de 18 años.
- Centros, servicios y establecimiento sanitarios.
- Centros de servicios sociales.
- Centros docentes.
- Dependencias de la Administraciones Públicas, salvo las que se encuentren al aire libre.
- Locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos.
- Salas de uso público general, de lectura, de conferencias y de exposiciones tales como museos y bibliotecas.
- Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.
- Salas de teatro, cines, y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.
- Ascensores y elevadores.
- Vehículos o medios de transporte colectivos, urbanos o interurbanos.
- Vehículos de transporte escolar y los destinados total o parcialmente al transporte de menores de 18 años y enfermos.

En algunos de estos lugares, deberán establecerse zonas diferenciadas para fumadores. En caso de conflicto, el derecho de los no fumadores deberá prevalecer sobre el derecho a fumar.

### **Legislación sobre venta de alcohol y tabaco en el Medio Laboral**

En la Rioja, la Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones, (BO de La Rioja, núm. 127), prohíbe la venta de bebidas alcohólicas en:

- Locales y centros donde se desarrollan actividades y servicios preferentemente destinados a un público compuesto por menores de 18 años.
- Centros de enseñanza.
- Empresas y lugares de trabajo.
- Dependencias de las Administraciones Públicas.

Además, queda prohibido el suministro y la venta de bebidas alcohólicas de más de 18 grados en estaciones de servicio de carburantes, áreas de servicio y establecimientos hosteleros de autovías y autopistas.

La Ley 5/2001 prohíbe la venta y el suministro de tabaco a los menores de 18 años. Además, la venta y el suministro de tabaco están expresamente prohibidos en:

- Centros sanitarios y educativos que imparten enseñanza a menores de 18 años.
- Instalaciones deportivas.
- Centros y locales donde se desarrollen actividades y servicios frecuentados preferentemente por menores de 18 años.
- Salones recreativos de tipo "A".

Este amplio marco normativo permite por tanto el desarrollo de políticas de empresa muy concretas encaminadas a proteger y promover la salud y de los trabajadores y atender todos los problemas relacionados con el alcohol, el tabaco, y el abuso de medicamentos u otras drogas desde el ámbito laboral, que puedan presentarse dentro del marco laboral.

### **► Un pacto interinstitucional a favor de las intervenciones de prevención y asistencia en relación a las drogas**

Como mencionábamos al inicio de este capítulo, es importante considerar que las principales fuerzas que representan al mundo del trabajo en nuestro país: sindicatos mayoritarios (C.C.O.O. y U.G.T.), y patronal (C.E.O.E), junto a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, tras señalar la importancia de los problemas relacionados con las drogas, firmaron en 1997 un "Convenio de Colaboración para la Prevención de Drogodependencias en el ámbito laboral".

Este convenio marca los principios básicos que deben orientar las actuaciones en este ámbito. Entre ellos, se destaca que:

En el espacio laboral, y contando con la participación de los agentes sociales que integran este ámbito, se precisa poner en marcha actuaciones informativas, formativas, de promoción y fomento de hábitos saludables y de modificación de actitudes, comportamientos y factores de riesgo. Para ello, se prevé la promoción de:

■ **Intervenciones informativas/preventivas:**

Estarán destinadas a la disminución de los consumos de drogas legales e ilegales entre los trabajadores y a la disminución de las consecuencias negativas asociadas a estos consumos. Dichas intervenciones estarán basadas en la promoción de hábitos saludables, la información sobre riesgos, la formación de los agentes sociales mediadores (delegados sindicales, mandos intermedios, técnicos en salud, Comités de Seguridad y Salud, directores de Recursos Humanos, Servicios de Prevención, y mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Estas intervenciones deberán ir apoyadas por material que proporcione metodología para el desarrollo de los programas y la evaluación de los mismos. negativas asociadas a estos consumos.

■ **Intervenciones asistenciales:**

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

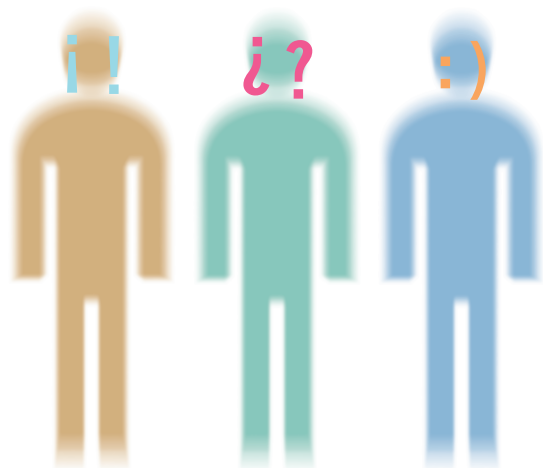
De acuerdo al Convenio, el apoyo terapéutico a los trabajadores con problemas de adicción, es responsabilidad de los recursos comunitarios, que deberán contar con la colaboración de todos los agentes que, en tal materia, intervienen en la empresa (Comités de Seguridad y Salud, Instituto de Seguridad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

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

Los procedimientos diagnósticos deben tener como fin primordial el apoyo terapéutico precoz a las personas que lo necesiten. Deben ser conocidos y aceptados voluntariamente por los usuarios, deben respetar las exigencias de confidencialidad y deben estar provistos de todas las cautelas y previsiones técnicas y procesales necesarias.

Finalmente, y el línea con el pacto que rige este Convenio, cualquier intervención en el ámbito laboral, sea de carácter informativo, preventivo o asistencial y que tenga por objeto el consumo de drogas, tiene que ser realizada contando con la corresponsabilización y el concurso de los agentes sociales que integran el ámbito laboral.

Nos encontramos pues ante un texto, que sin tener carácter normativo, viene a clarificar y encauzar el marco desde el que debe interpretarse la legislación vigente en materia de drogas y ámbito laboral.



### DESARROLLO DE UNA POLÍTICA PREVENTIVA Y ASISTENCIAL CON RELACIÓN A LAS DROGAS EN LA EMPRESA

Sectores del Medio Laboral a quienes puede resultar especialmente útil este apartado del Programa *Mano a mano*:

- Dirección de la empresa
- Mutuas del trabajo
- Equipos de Prevención de Riesgos Laborales
- Equipos de Recursos Humanos
- Representantes Sindicales

Como se ha señalado, uno de los objetivos básicos de la política de la Unión Europea es la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención, tanto de los riesgos directamente derivados del trabajo, como de aquellos riesgos que pueden afectar su rendimiento laboral.

La prevención de riesgos laborales, o que afectan al ámbito laboral, se reconoce así como un derecho de los trabajadores y un deber de las empresas. El desarrollo de una adecuada política preventiva (informativa, de protección y de sensibilización), en relación con las drogas, constituye un elemento importante de cualquier iniciativa de protección de la salud desde el Medio Laboral. En este capítulo se sugieren los pasos a seguir para el desarrollo de dicha política.

El marco de referencia para el desarrollo de una política de prevención y asistencia debe considerar algunos factores que inciden en los problemas relacionados con las drogas en el Medio Laboral:

- Las condiciones de trabajo –físicas, ambientales y relativas a la propia organización del trabajo– son una parte importante de las condiciones de vida de los trabajadores, y pueden tener una decisiva influencia en sus niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del lugar de trabajo.
- El entorno laboral puede comportar la exposición a algunos de los factores de riesgo para el abuso de drogas, aumentando la probabilidad de que un individuo desarrolle un problema derivado del consumo de drogas.
- Al mismo tiempo, el uso de drogas puede tener un efecto sinérgico sobre algunos riesgos laborales, potenciando el efecto perjudicial de los contaminantes ambientales, favoreciendo el deterioro de las relaciones laborales, aumentando el riesgo de caídas y accidentes, etc.
- Lejos de asumir una posición punitiva y sancionadora, la empresa puede contribuir a prevenir, detectar precozmente o mejorar situaciones problemáticas en relación con las drogas.

De este modo, la prevención de las drogodependencias en el medio laboral fortalece y complementa otras acciones preventivas que se dirigen a la población a través de la escuela, el Sistema Sanitario, los medios de comunicación o las organizaciones sociales.

Mejorar la situación de los trabajadores relacionada con los usos y abusos de drogas, implica promover cambios de estilos de vida, e incluso de cultura de la salud dentro de la empresa.

Los múltiples aspectos relativos a las drogas y las distintas actividades laborales pueden mejorar si se crean las condiciones necesarias para que todas las personas que integran una empresa puedan incrementar el control –y mejorar– los factores que condicionan e influyen en su salud.

Para mejorar estos aspectos, tanto el trabajador –como individuo– como la empresa –como colectividad– deben estar capacitados para poder identificar potenciales problemas en relación con las drogas, y poder afrontarlos de forma adecuada. Por ello, el Programa **Mano a mano** propone actuaciones dirigidas a mejorar las capacidades individuales o grupales para:

El lugar de trabajo constituye un entorno privilegiado para hacer llegar las intervenciones preventivas a una parte importante de la población, por lo que los programas preventivos desarrollados en el Medio Laboral pueden extender sus efectos beneficiosos al conjunto de la población.

- Modificar las condiciones medioambientales dentro de la empresa.
- Asegurar el acceso de los trabajadores a una información veraz y asequible.
- Fomentar habilidades corporativas para el adecuado abordaje de los problemas.
- Capacitar para la adopción de las opciones más saludables.
- Promover y apoyar de forma eficaz cambios de estilos de vida problemáticos.

Todo ello, mediante una planificación adecuada y el fortalecimiento del consenso y la coordinación.

### ► Diseño de una política de prevención y asistencia: planificación estratégica

El desarrollo de un programa de prevención y tratamiento de los problemas derivados del uso de tabaco, alcohol y otras drogas en la empresa no está exento de dificultades, sin embargo, es factible, independientemente del tamaño y tipo de empresa.

A continuación le proponemos una serie de requisitos iniciales y pasos posteriores, cuya valoración y seguimiento incrementarán las posibilidades de aplicar el programa con éxito.

#### Valorar costes y beneficios

Más allá de los recursos humanos y materiales, diferentes problemas pueden obstaculizar la implantación de un programa. Así, si la empresa es grande, es probable que se requiera un esfuerzo notable para la capacitación de los diferentes agentes implicados (servicio de prevención de riesgos, equipo de salud laboral, directivos y mandos intermedios, etc.) y para la sensibilización del conjunto de la plantilla. Por si eso no bastara, puede que la propuesta de desarrollar un programa genere inicialmente ciertas resistencias nacidas de la desconfianza en los mandos, los representantes sindicales, los trabajadores afectados o el conjunto de la plantilla.

Sin embargo, y como se verá a continuación, los costes derivados del uso de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo superan ampliamente los esfuerzos y las dificultades que puede requerir la implantación de un programa de prevención y asistencia.

Aunque se ha venido prestando poca atención a los problemas derivados del uso de tabaco, alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo, diferentes estudios realizados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>5</sup>, han puesto de manifiesto que:

- El humo del tabaco en el lugar de trabajo aumenta el riesgo de enfermedades profesionales derivadas de la actividad laboral en ambientes contaminados. Los componentes nocivos del humo del tabaco afectan también a los empleados no fumadores y a los hijos de las trabajadoras embarazadas.
- Los empleados que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de dos a tres veces mayor que el resto de los trabajadores.
- Las bajas por enfermedad de los trabajadores dependientes del alcohol u

<sup>5</sup> Organización Internacional del Trabajo. Drug and alcohol abuse – an important workplace issue. Documento electrónico publicado en: [www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm](http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm) (consultado el

otras drogas tienen un coste tres veces mayor a las del resto de los empleados. Esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe cinco veces mayor que el resto de sus compañeros.

- En muchas empresas, de un 20 a 25 por ciento de los accidentes laborales son protagonizados por personas que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y causan lesiones a esos mismos trabajadores o a otras víctimas inocentes.
- El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas tiene múltiples repercusiones en el mundo laboral, que no sólo afectan negativamente la productividad de las personas afectadas, sino que ocasionan importantes perjuicios a empresarios y trabajadores:
  - Absentismo
  - Desajustes laborales
  - Incapacidad laboral
  - Rotación del personal y cambios de puestos
  - Reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo

Algunos datos obtenidos en España dan cuenta también de la importancia del uso de drogas en medio laboral. En una encuesta realizada por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción sobre una muestra de 2.300 trabajadores españoles<sup>6</sup>, se observó que un 47,3% de los encuestados fumaban tabaco diariamente. El 83,5% de los trabajadores estudiados habían consumido bebidas alcohólicas durante el último mes, y un 12,3% de los bebedores mostraban niveles de consumo que suponían un riesgo para la salud. La proporción observada de consumidores de otras drogas durante el último mes fue del 8,3% para los derivados del cannabis, 1,6% para la cocaína, 0,8% para el éxtasis y otras drogas de diseño, 0,4% para los alucinógenos y 0,1% para la heroína. Es importante señalar que el 26,6% de los consumidores de bebidas alcohólicas afirmaron haber experimentado problemas derivados del uso de alcohol y que un 6,9% de los bebedores estudiados habían sufrido algún tipo de consecuencia laboral negativa del uso de alcohol (accidentes, sanciones, absentismo o despidos). Entre los consumidores de drogas ilegales, un 33,3% afirmaban haber experimentado alguna consecuencia negativa, y un 7,6% alguna consecuencia laboral negativa.

El uso de sustancias psicoactivas ocasiona importantes pérdidas económicas en España:

- En el año 1981, los costes derivados del absentismo laboral, enfermedades y accidentes atribuibles al consumo de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca ascendieron a 20.290,5 millones de pesetas (cerca de 122 millones de euros)<sup>7</sup>.
- En 1989, los costes sociales del consumo de tabaco en España se estimaron en 265.000 millones de pesetas (más de 1.592 millones de euros), un 22,8% de los cuales se atribuían a pérdidas por absentismo laboral<sup>8</sup>.
- Se calcula que en España el abuso de alcohol originó pérdidas económicas por un valor de 637.718 millones de pesetas (3.832,76 millones de euros)

Los costes derivados del uso de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo superan ampliamente los esfuerzos y las dificultades que puede plantear la implantación de un programa de prevención y asistencia.

<sup>6</sup> Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (2002). **La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001**. Madrid: FAD.

<sup>7</sup> Gobierno Vasco (1986). **Costes del absentismo laboral por abuso de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca**. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

<sup>8</sup> L. Sánchez (1994). **Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa**. Madrid: MAPFRE.

<sup>9</sup> E. Portella, M. Ridaó, E. Carrillo, E. Ribas, C. Ribó, M. Salvat (1998). **El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico**. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Los costes derivados del uso de tabaco, alcohol y otras drogas en el medio laboral son elevados.

Por ejemplo, en 1997, sólo el abuso de alcohol en España originó pérdidas económicas por un valor de 637.718 millones de pesetas (3.832,76 millones de euros). Y un 64,2% de estos costes se debieron al absentismo laboral y la reducción de la productividad de los trabajadores afectados.

Sin embargo, existen soluciones para paliar esta problemática de forma eficaz, las recomendaciones del Programa *Mano a mano*, son útiles para aplicarlas.

en 1997. El 64,2% de estos costes se debieron al absentismo laboral y la reducción de la productividad de los trabajadores afectados<sup>9</sup>.

La experiencia acumulada en el desarrollo de programas de prevención y asistencia en la empresa muestra que el establecimiento de programas globales -que incluyen una política global en materia de drogas en la empresa, junto con iniciativas de formación y capacitación de los agentes implicados, evaluación y acceso a programas de tratamiento- suponen claros beneficios para empresarios y trabajadores.

De acuerdo con numerosos estudios, este tipo de intervenciones puede mejorar tanto los niveles de salud y seguridad de los trabajadores, como la productividad y competitividad de las empresas donde se desarrollan. Estas experiencias, evaluadas a lo largo de las últimas décadas, demuestran que una política eficaz en el ámbito que nos ocupa puede proporcionar beneficios que superan ampliamente los costes y las dificultades derivadas de su implantación.

### **Definir responsabilidades**

La puesta en marcha de un programa de prevención y asistencia requerirá la clarificación de responsabilidades para la adopción de diversas medidas a distintos niveles:

- Diseño de un programa global de intervención que cuente con un amplio consenso de las partes implicadas.
- Establecimiento de normas relativas al uso de tabaco, alcohol y otras drogas dentro de la empresa y en el lugar y horario de trabajo, en general.
- Campañas de información y sensibilización.
- Detección de casos que requieran asistencia.
- Definición del tipo de asistencia que se ofertará para cada tipo de problema.

En mayor o menor grado, todas estas actuaciones requerirán la colaboración del conjunto de los trabajadores de la empresa, sus representantes, directivos y empresarios y, con toda seguridad, distintas instituciones ajenas a la empresa. Sin embargo, la adopción de cualquier política orientada a la protección de la seguridad y la salud en el trabajo supone siempre que el tamaño de la empresa lo permita, la participación de:

- Los empresarios.
- El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- El Comité de Empresa, los Delegados de Personal y los representantes sindicales de los trabajadores.
- Los Delegados de Prevención.
- El Comité de Seguridad y Salud.

De acuerdo con lo que establece la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (BOE 10 noviembre 1995, núm. 269), todos ellos tienen importantes funciones y responsabilidades en el desarrollo de una política de drogas en la empresa, y será fundamental lograr su implicación y apoyo.



## Implicar a la dirección

Contar con el apoyo de la dirección de la empresa constituye un elemento clave inicial para el éxito de un programa de prevención y asistencia. Obviamente, no se espera que los directivos de la empresa realicen diagnósticos de los trabajadores que padecen problemas derivados del uso de tabaco, alcohol u otras drogas, pero los mandos pueden identificar signos de un deficiente rendimiento laboral, o de problemas de otro tipo relacionados con las drogas, y adoptar las medidas de abordaje necesarias.

Con la formación adecuada, el equipo directivo puede cumplir importantes funciones en la implantación del programa de prevención y asistencia:

- Conociendo la política de la empresa y comprendiendo el papel a jugar en su implantación y mantenimiento.
- Ayudando a que los trabajadores estén plenamente familiarizados con el programa y conozcan sus objetivos.
- Observando y registrando el rendimiento laboral insatisfactorio.
- Planteando a los trabajadores afectados las situaciones de rendimiento laboral poco satisfactorio de acuerdo con los criterios establecidos en el programa.
- Comprendiendo los efectos del uso de sustancias en el lugar de trabajo.
- Sabiendo cómo ayudar a un empleado que quizá tenga un problema relacionado con el uso de drogas a obtener la ayuda necesaria.

## Recabar apoyos

La implicación de directivos y empleados es una de las claves del éxito de la política de drogas de la empresa. El apoyo de algunas personas puede ayudar a lograr esa implicación, y será conveniente contar con ellas desde las primeras etapas de diseño de un nuevo programa.

Puede que algún Servicio o Departamento de la empresa (Servicio de Prevención, Departamento de Recursos Humanos, Dirección, etc.) conozca ya algunos casos en los que el uso de tabaco, alcohol u otras drogas está influyendo negativamente sobre la salud y la seguridad de algunos miembros de la plantilla, o sobre el clima de trabajo dentro de la empresa. Quienes tengan conciencia de estos problemas, probablemente se mostrarán receptivos a colaborar en el desarrollo del programa, especialmente si están convencidos de que sus actividades se verán facilitadas con ello.

La implantación del programa se verá notablemente facilitada si el **equipo directivo** y los **mandos intermedios** comprenden sus potenciales beneficios tanto en términos de mejora de la productividad y competitividad de la empresa como en una posible reducción de los conflictos con algunos trabajadores.

Los **representantes de los trabajadores** pueden influir muy positivamente en la aceptación de una nueva política de drogas si comprenden que sus objetivos se dirigen explícitamente a la mejora de la salud y la seguridad de la plantilla, además de ayudar a mejorar la productividad o la imagen de la empresa.

Es posible lograr que la empresa cuente también con la colaboración de

El apoyo de la dirección de la empresa es un elemento clave para el éxito de un programa de prevención y asistencia en relación a las drogas y a las drogodependencias.

El apoyo de personas clave dentro del equipo directivo, entre los mandos intermedios, y entre representantes de los trabajadores, facilitará sensiblemente el desarrollo del Programa.

La implicación de miembros de organizaciones de no fumadores o de alcohólicos rehabilitados y otras organizaciones afines, puede facilitar también el acercamiento a algunos de los miembros de la plantilla que padecen problemas derivados del uso de sustancias.

Es preciso que la información sobre la política de drogas de la empresa garantice explícitamente a los consumidores de estas sustancias que el objetivo de las intervenciones propuestas no es el de perseguir a los consumidores, sino contribuir a la mejora de las condiciones de salud y seguridad del conjunto de la plantilla.

**líderes de opinión** y **personas sensibilizadas** dentro o fuera de la empresa que pueden facilitar la implantación y el mantenimiento del programa. Así, los directivos y los servicios médicos pueden sentirse motivados al conocer las experiencias positivas de algunos colegas al implantar experiencias similares en otras empresas.

### **Anticipar problemas**

Ningún programa de intervención está libre del riesgo de que se presenten problemas imprevistos que dificulten su implantación. Sin embargo, si un programa de prevención ha sido adecuadamente diseñado y cuenta con el apoyo necesario, será menos probable que los problemas lleguen a comprometer seriamente su viabilidad.

Algunas de las principales dificultades que habrá de afrontar la nueva política de drogas de una empresa serán la existencia de intereses contrapuestos y las resistencias de una parte de los agentes implicados.

Si, como parte de la política de drogas de una empresa, se prohíbe el consumo de cigarrillos o la venta de bebidas alcohólicas en la cafetería, es posible que algunos trabajadores prefieran ir a otros establecimientos durante la pausa del almuerzo o la comida. Si ello ocurre, algunas de las medidas implantadas resultarán menos efectivas y, además, los responsables de la cafetería se opondrán activamente a la implantación del programa de prevención. Si se prevé que algunas de las medidas de control de la oferta y el consumo de tabaco y alcohol puedan tener un impacto negativo, es posible establecer mecanismos para prevenir este tipo de consecuencias (sustituyendo las máquinas expendedoras de tabaco por otras en las que se puedan adquirir chicles y tentempiés, estableciendo descuentos en el menú de la cafetería, etc.).

La percepción, por parte de los fumadores y de los consumidores de alcohol y otras drogas, de que los objetivos de la política de drogas de la empresa son contrarios a ellos o a su libertad, puede suponer también un notable obstáculo.

El hecho de que la embriaguez y el consumo de drogas puedan suponer un motivo de sanción o despido para los trabajadores puede favorecer cierta desconfianza inicial en los empleados y en sus representantes sindicales. Será preciso pues establecer garantías suficientes de que este tipo de medidas solamente se adoptarán cuando hayan fracasado todas las demás alternativas.

## ► Ocho pasos para el desarrollo de una política de empresa

La implantación de una política de empresa global y coherente para el abordaje preventivo y asistencial de los problemas derivados del alcohol, el tabaco y otras drogas, no se improvisa, y su éxito dependerá del enfoque que se siga para su implantación.

Un cambio efectivo empieza por el establecimiento de objetivos claros, factibles y expresados en términos medibles. Para obtener los objetivos fijados, es preciso planificar un programa sistemático, definiendo cada paso a seguir, así como el tiempo previsto para cada etapa. Además, esperar cambios positivos en la conducta de los trabajadores respecto a las drogas implica ciertas modificaciones consecuentes en la “cultura organizativa” de la empresa. Dicha “cultura” debe propiciar, reforzar y facilitar los cambios deseables en el ámbito individual.

Los cambios propuestos deben conseguirse a través de la participación activa en la planificación del programa de representantes de todos los sectores y niveles de los trabajadores, que serán quienes tendrán que convivir con tales cambios en el futuro.

Pero una política global de intervención no se detiene una vez conseguidos los cambios iniciales: tras un tiempo prudencial desde su inicio, debe ser evaluada para poder mejorar y mantener su adecuación en el tiempo.

Desde un punto de vista práctico, y teniendo en cuenta la experiencia acumulada en este sector, lo expuesto hasta aquí puede articularse a través de los siguientes pasos:

### **1. Conocer para actuar**

Es preciso analizar las distintas circunstancias de cada empresa y las diferencias entre sectores de producción, tamaño de la empresa, tipo de trabajadores, condiciones de trabajo, instalaciones laborales, actividad sindical, así como las características del entorno socio-económico donde se ubica. Por otro lado, es imposible pretender cambiar cualquier situación sin conocerla con exactitud, para ello es necesario empezar por recoger información directa sobre las características de dicha situación y la extensión de los problemas a ella vinculados.

Cualquier intento de intervención debe partir de:

- El conocimiento profundo de la situación de la empresa.
- La documentación básica previa de quienes vayan a coordinar la iniciativa (por ejemplo, leyendo este manual).

Ambos elementos aseguran que la planificación y el desarrollo del programa se realicen de forma eficaz.

#### ***Plan de evaluación inicial***

Antes de iniciar cualquier acción es esencial conocer:

- a. Cuáles son las actitudes y las conductas de los trabajadores respecto al

- abuso de alcohol y tabaco.
- b. Qué opinan los distintos sectores de la empresa respecto a los programas de prevención y tratamiento del alcoholismo y el tabaquismo en el medio laboral.

Estas informaciones permitirán adecuar al máximo el programa a las expectativas y necesidades existentes dentro de la empresa, y constituirán un conjunto de información básica de la situación de partida sobre la que posteriormente podrán evaluarse los progresos realizados.

La información se puede recoger a través de una encuesta anónima dirigida a todos los empleados, y debe completarse con entrevistas o reuniones con representantes de distintos sectores, pidiendo además opiniones a través de publicaciones interiores, buzones de sugerencias, etc. Encontrará una propuesta de cuestionario para realizar esta encuesta en el *Anexo III*.

#### **Valores de una encuesta anónima**

##### ***Ayuda a definir:***

- Las características del uso y abuso de alcohol y tabaco entre los trabajadores.
- El nivel de información existente referido a los problemas relacionados con el alcohol y el tabaco.
- Las actitudes de los empleados ante estos problemas.
- Áreas de dificultad.
- Respuestas adecuadas dentro del programa a desarrollar.

##### ***Además:***

- Induce a crear expectativas de cambio.
- Proporciona elementos para dar soporte al programa que se iniciará a continuación.
- Ayuda a incrementar la participación de los trabajadores en el programa.

#### **Precauciones respecto a la encuesta:**

Para obtener el máximo beneficio de la realización de una encuesta, es importante tener en cuenta que:

- Debe asegurarse el anonimato de las respuestas.
- Su aplicación no debe retrasar el inicio del programa.
- Sus resultados deben tomarse como guía general de la acción, no pueden dictar cada detalle del programa, ni modificar los objetivos generales.
- Estos resultados deben hacerse públicos y llegar a cada trabajador.

#### ***Desarrollo de un sistema de seguimiento y evaluación***

La evaluación, que –como acabamos de ver– comienza siendo un elemento indispensable para el diseño de un programa de prevención en la empresa, debe continuar durante el desarrollo de la intervención, pues sólo así será posible conocer si se están ejecutando las acciones previstas, si se alcanzan los resultados esperados y, no menos importante, cuáles son las actuaciones que resultan ineficaces (o incluso contraproducentes) y que deben ser revisadas.

Aunque algunos aspectos del programa (como la derivación de empleados con trastornos por uso de sustancias a programas de tratamiento) pueden ser evaluados de manera continua, es preciso evaluar el desarrollo y los efectos del programa por lo menos una vez al año.

Tal como se ha indicado anteriormente, la existencia de un sistema de seguimiento permitirá conocer los progresos derivados de la implantación de una política de drogas en la empresa y corregir posibles problemas.

Por lo menos una vez al año, se deberán evaluar los siguientes aspectos<sup>10</sup>:

- Cómo consideran el programa los trabajadores y los mandos de la empresa.
- El número de personas que utilizan el servicio y el resultado de las consultas.
- Los efectos del programa sobre el absentismo, producción, índices de accidentes, rotación del personal, etc.
- La eficacia de los servicios de apoyo externos.
- Las deficiencias o problemas en el desarrollo de las actuaciones previstas en el programa.

Solamente el seguimiento y la evaluación periódica de la implantación del programa permitirán alcanzar unos niveles adecuados de cumplimiento de los objetivos previstos.

## 2. Prever la coordinación

Cualquier intento de introducir un programa de prevención y asistencia sobre drogas requiere asegurar el liderazgo. Independientemente del tamaño de la empresa, el perfil de esta persona que tendrá que coordinar la puesta en marcha y desarrollo del programa debe incluir:

- Autoridad moral dentro de la empresa
- Facilidad de comunicación.
- Capacidad para aglutinar y dinamizar un grupo de trabajo.
- Flexibilidad y recursos para negociar.
- Capacidad para establecer y cumplir plazos.
- Conocer y disponer de información científica actualizada sobre los problemas sociales y de salud asociados al abuso de alcohol y tabaco.
- Tener claro que se trata de desarrollar un programa de ayuda a todos los trabajadores, y no de una cruzada en contra de algunos.

## 3. Asegurar apoyos

Por ideal que sea el perfil de la persona que vaya a coordinar el programa, tendrá poca capacidad de acción si no ocupa un nivel de responsabilidad importante dentro de la empresa, o bien se asegura el soporte absoluto de la iniciativa por parte de la dirección.

- Una forma de presentar la propuesta ante la dirección es introduciéndola como parte de las obligaciones de los empresarios en el contexto del programa de Seguridad e Higiene en el Trabajo, además de presentar en detalle los beneficios que una iniciativa de este tipo tiene para los trabajadores

<sup>10</sup> Oficina Internacional del Trabajo (1988) **Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas y de alcohol.** Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

y para la empresa.

- La implicación desde el principio de las fuerzas sindicales, así como de personas “clave” dentro de la empresa, puede ser definitiva para obtener el apoyo de la dirección.

#### **4. Formar un grupo de seguimiento**

En algunas empresas tal vez se pueda conducir el programa a través de comités ya existentes (por ejemplo, el Comité de Seguridad y Salud). Pero dada la delicada naturaleza de los temas vinculados al alcohol, al tabaco y otras drogas, es preferible crear un grupo de trabajo específico para este programa, debidamente conectado y coordinado con otros comités ya existentes.

##### ***Composición***

La puesta en marcha de un programa requiere la participación de todos los sectores de la empresa a través de un grupo de trabajo que coordine la iniciativa. Aunque la composición de este grupo dependerá en gran medida de las características y del tamaño de cada empresa, siempre que sea posible, en dicho grupo no deberían faltar representantes de los siguientes sectores:

- Dirección
- Departamento de Recursos Humanos o de Personal
- Sindicatos
- Colegios o agrupaciones profesionales (si procede)
- Categorías o sectores profesionales
- Equipo de Salud Laboral
- Equipo jurídico (si procede)
- Servicio de seguridad (si procede)

##### ***Tamaño***

Dependerá del tamaño y la complejidad de la empresa, así como del número de sectores que se interesen por temas de salud y seguridad en el trabajo. Sin embargo, el número de componentes deberá permitir agilidad y eficacia en la acción. Se recomienda que no supere el número de 10 personas.

##### ***Articulación***

La selección de los componentes del grupo debe hacerse respetando la dinámica interna de cada empresa. Este grupo requerirá una persona que lo presida y otra que asuma la secretaría técnica.

##### ***Nombre***

Es importante que el nombre que se atribuya a este grupo sea descriptivo, sin connotaciones culturales negativas dentro de la empresa. Cada entidad puede encontrar un nombre que no se identifique con instrumentos sancionadores o de control (grupo de apoyo, comisión de seguimiento, grupo de trabajo sobre prevención y asistencia, etc.).

#### **5. Definir objetivos**

La formulación de objetivos debe realizarse desde el grupo de seguimiento creado para el programa. Estos objetivos deben ser realistas, adaptados a las necesidades de cada empresa, acordes con la legislación vigente y cuantifi-

cables, para permitir su evaluación posterior.

Los objetivos generales de un programa de prevención y asistencia en alcoholismo, tabaquismo y otras drogas deben contemplar aspectos preventivos y asistenciales.

Para facilitar su formulación se enuncian a continuación cuales son estos objetivos generales:

### **Objetivos respecto a la empresa**

#### **Objetivos de carácter preventivo:**

1. Establecer procedimientos claros y concretos a fin de facilitar la aplicación del programa en lo referido a sus aspectos informativos, educativos, y aquellos referidos a cambios de normativa interna en relación al uso y venta de drogas dentro de la empresa.
2. Facilitar el no consumo de alcohol y tabaco dentro de la empresa (señalizaciones, supresión de venta interior, incentivos al no consumo, etc.).
3. Articular los mecanismos necesarios para reducir el estrés, mejorar las condiciones de trabajo y la calidad del entorno laboral en general.
4. Identificar recursos comunitarios que pueden ser utilizados como apoyo del programa preventivo (entidades que publican y distribuyen recursos de información y sensibilización).

#### **Objetivos de carácter asistencial:**

5. Establecer procedimientos claros y concretos a fin de facilitar la aplicación del programa en lo referido a sus aspectos asistenciales: detección precoz, asistencia o derivación y rehabilitación.
6. Identificar recursos comunitarios que pueden ser utilizados como apoyo del programa asistencial (centros de asistencia especializada en alcoholismo, tabaquismo y otras drogodependencias, etc.).

#### **Objetivos operacionales:**

7. Establecer indicadores de evaluación del programa (número de consultas nuevas relacionadas con el alcohol o el tabaco que se registran en el Servicio de Salud Laboral, folletos informativos solicitados por los trabajadores, reducción del número de accidentes laborales, reducción del absentismo laboral, incremento de la productividad, etc.), a corto, medio y largo plazo.
8. Establecer un calendario donde se describan las distintas fases del programa y las fechas para su inicio.

### **Objetivos respecto a las personas que integran la empresa**

#### **Objetivos de carácter preventivo:**

1. Cambiar actitudes, conocimientos y conductas respecto al alcohol y al tabaco (reducción de porcentajes de bebedores excesivos y de fumadores), proporcionando información realista y educación básica general, libre de sensacionalismos, sobre la naturaleza de los problemas relacionados con el alcohol, el tabaco y las otras drogas.
2. Proteger a los empleados no fumadores del consumo involuntario de humo de tabaco.

Los objetivos generales apuntados aquí, deberán traducirse en cada empresa, en objetivos concretos, adaptados a la situación y al contexto laboral y social existentes.

#### **Objetivos de carácter asistencial:**

3. Detectar de forma precoz, situaciones de riesgo relacionados con el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, a fin de intervenir antes de que se establezca un problema de alcoholismo, se desarrolle un problema de salud grave en relación al tabaquismo, o un problema de dependencia a otras drogas.
4. Asistir a todos los trabajadores que precisen reducir o suprimir el consumo de alcohol y de tabaco (en las fases de tratamiento y rehabilitación o seguimiento a largo plazo).
5. Derivar adecuadamente cualquier problema detectado en relación al consumo de drogas ilegales o abuso de medicamentos.

#### **Formulación de objetivos sensibles**

En la definición de los objetivos es importante considerar la información aportada por la encuesta inicial, ello permitirá adecuar al máximo el programa a las expectativas y necesidades existentes dentro de la empresa.

Sin embargo, la valoración de estos aspectos no debe modificar los objetivos generales, especialmente cuando se trata de asegurar la protección de los derechos de todos los empleados y facilitar el cumplimiento de la legislación vigente: objetivos básicos de la política de drogas de la empresa –como la protección del derecho de los no fumadores a trabajar en un ambiente libre de humo– pueden seguir siendo válidos y legítimos incluso en el caso de que supongan la adopción de medidas potencialmente impopulares.

### **6. Establecer un calendario**

Una vez formado el grupo de trabajo, y establecidos los objetivos, la realización de los pasos que se describen a continuación, debe conseguirse dentro de un calendario consensuado.

Mantenerse dentro de los plazos establecidos es importante en cada una de las etapas de la realización del programa. Aunque no será fácil, debe intentarse la combinación de dos factores contrapuestos:

- La necesidad de no dejar “enfriar” las expectativas que cada estamento o persona contactada ha puesto en el programa, y
- La necesidad de permitir un periodo realista para el desarrollo de cada parte del programa.

Para intentar mantener un equilibrio entre ambos factores, se recomienda contemplar un periodo de puesta en marcha de 6 meses distribuidos de la siguiente forma:

- **Tres meses para definir** y consensuar los detalles y las actividades que integrarán el programa, tanto en su **vertiente preventiva** (información, establecimiento del reglamento interno que regirá el tratamiento de todos los aspectos relacionados con el alcohol, el tabaco y otras drogas que tengan relación con la empresa), como en su **vertiente asistencial** (recursos de apoyo disponibles ante problemas de abuso de drogas que sufran los trabajadores).
- **Tres meses para informar a los trabajadores sobre el programa**, los cambios que aporta, y los servicios que ofrece.



## 7. Informar: un enfoque preventivo

Un requisito clave para conseguir los objetivos preventivos que se hayan formulado es incluir en el programa la promoción de información relevante en todo lo referido a los usos y abusos de drogas. Es decir se trata de incrementar la capacidad de todas las personas que integran la empresa para conocer los condicionantes que inciden de forma directa o indirecta en la salud y en la calidad de vida de todos los trabajadores.

A continuación se propone el tipo de informaciones básicas que deben difundirse en este paso:

### **Informar respecto a los problemas relacionados con el uso de drogas**

El grado de conocimiento respecto a la gravedad de los problemas vinculados al alcoholismo, al tabaquismo, al uso inadecuado de medicamentos, o al consumo de otras drogas, es variable entre los trabajadores de una misma empresa, y entre empresas.

Es posible que exista más conciencia de estos problemas cuando se hayan producido campañas nacionales, autonómicas o locales al respecto. En La Rioja, existe una cierta conciencia de los problemas vinculados al alcohol, se conocen bastante bien los riesgos de fumar, existe muy poca sensibilización con respecto a los peligros de fumar de forma pasiva o involuntaria, y una escasa preocupación con relación a los riesgos derivados del uso inadecuado de medicamentos o la auto-medicación.

Afortunadamente, cada vez son más los materiales de información y sensibilización editados por entidades públicas estatales, autonómicas o locales, y disponibles en nuestro país. En el *Anexo I* de este manual, encontrará además informaciones útiles y fácilmente utilizables en el marco de un programa de información y sensibilización.

Además, y tal como se ha comentado en la introducción de este manual, el Programa **Mano a mano**, dispone de diversos folletos a través de los cuales cada empresa o cada especialista en Medicina del Trabajo, puede hacer llegar información relevante sobre el impacto que el uso de las distintas drogas tiene para el trabajador, para su familia, y para su rendimiento laboral, así como claves para reconocer posibles problemas y aprovechar la oportunidad que brinda el Programa **Mano a mano** para superarlos.

La difusión de los materiales informativos del Programa **Mano a mano** contribuirá a mejorar de forma significativa la información de cada empleado sobre:

- Los riesgos personales y laborales asociados al uso de cada sustancia psicoactiva.
- Cómo reconocer un problema personal de abuso de alcohol, tabaco, medicamentos u otras drogas.
- Tipo de apoyo disponible para mejorar situaciones problemáticas de carácter personal y/o laboral con respecto las drogas.

**Informar respecto al programa de prevención y tratamiento que ofrece la empresa**

Cuanto más amplia, clara y ajustada a la realidad, sea la información que reciban los trabajadores en relación a las drogas y a las consecuencias derivadas de su abuso, más receptivos se mostrarán a participar en un programa de la empresa diseñado para prevenir y tratar problemas relacionados con las drogas.

Una política informativa respecto a las distintas drogas y su impacto personal y laboral, debe incluir información sobre:

- Los riesgos personales y laborales asociados al uso de cada droga.
- Cómo reconocer un problema personal de abuso.
- Tipo de apoyo que se ofrece desde la empresa.

El Programa **Mano a mano** dispone de materiales de difusión que facilitan la difusión de esta información.

Una política informativa eficaz respecto al inicio de un programa, debe incluir información sobre :

- Las razones que han llevado a la empresa al inicio del Programa de prevención y asistencia
- Los objetivos concretos que se plantean, tanto en el ámbito individual como colectivo.
- Las ventajas para los trabajadores y para la empresa.
- Las características del programa, enfatizando su carácter preventivo y asistencial.
- Los recursos asistenciales que ofrece el programa, tanto si se van a ofrecer desde dentro de la empresa como si se van a facilitar mediante la derivación hacia recursos externos.
- El calendario previsto de aplicación de las distintas fases del programa.
- El reglamento que se va adoptar, su fundamentación y el proceso seguido para su adopción.

Además de elementos de información para aumentar los conocimientos y la percepción de riesgos asociados a los usos de drogas, el Programa **Mano a mano** propone la articulación de una serie de recursos encaminados a la prevención y asistencia de los problemas relacionados con las drogas. Es importante que, dentro de una política informativa inicial, se divulguen también estos aspectos del Programa.

Por ello es recomendable utilizar las máximas oportunidades posibles para explicar a los trabajadores:

- Las razones que han llevado a la empresa al inicio del Programa. Se trata de transmitir que, de acuerdo con numerosos estudios, este tipo de intervenciones pueden mejorar tanto los niveles de salud y seguridad de los trabajadores, como la productividad y competitividad de las empresas donde se desarrollan. Enfatizando que una política eficaz en el ámbito que nos ocupa consiga:
  - mejorar la salud de los trabajadores.
  - mejorar la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias y entorno.
  - mejorar la atención individualizada que hasta ahora suelen recibir los trabajadores afectados por problemas de alcoholismo, tabaquismo u otras drogodependencias.
  - mejorar el clima de trabajo entre los trabajadores.
  - mejorar el medio ambiente de los locales donde conviven diariamente los empleados de la empresa.
  - reducir la prevalencia de accidentes laborales: tanto aquellos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, como reducir la incidencia de incendios producidos por el uso del tabaco.
  - reducir el absentismo laboral.
  - disminuir el riesgo de perder trabajadores “clave” por incapacidad o muerte prematura.
  - incrementar la competitividad de la empresa.
  - mejorar la imagen de directivos y sindicatos que apoyen tal iniciativa.
  - mejorar la imagen pública y corporativa de la empresa, especialmente en el entorno social inmediato donde se ubica.
- Los objetivos concretos que se plantean, tanto en el ámbito individual como colectivo.
- Las ventajas para los trabajadores y para la empresa.
- Las características del programa, enfatizando su carácter preventivo y asistencial.
- Los recursos asistenciales que ofrece el programa, tanto si se van a ofrecer desde dentro de la empresa como si se van a facilitar mediante la derivación hacia recursos externos.
- El calendario previsto de aplicación de las distintas fases del programa.
- El reglamento adoptado, incluyendo sanciones e incentivos.

#### ***Oportunidades, canales e instrumentos para la difusión de la información***

Tanto la distribución de los folletos informativos que proporciona el Programa **Mano a mano**, como la difusión de otros mensajes o actividades destinados

a reforzar la información relativa a los riesgos asociados al uso y/o abuso de drogas, puede vehiculizarse utilizando algunos de los siguientes canales:

- Charlas programadas con los trabajadores.
- Colocación de carteles y anuncios en lugares visibles.
- Publicación de artículos en revistas internas de la empresa.
- Emisión de cartas circulares dirigidas a los distintos sectores o estamentos que integran la empresa.
- Notas informativas adjuntas a la nómina.
- Exposiciones en vestíbulos, cantina, pasillos, etc.
- Invitación a expertos exteriores a la empresa para realizar coloquios informativos y de divulgación.

## 8. Elaborar y adoptar una normativa interna o reglamento

Además de informar sobre los riesgos asociados al uso de drogas un programa preventivo debe asegurar que incluye también aspectos normativos que garanticen la protección de todos los trabajadores, tanto consumidores como no consumidores. Para ello, es preciso definir un reglamento de empresa.

Un reglamento o normativa interna, es un documento formal donde se describen con claridad las iniciativas sobre prevención y asistencia relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que una empresa acuerda llevar a cabo, así como la forma en que se desarrollarán.

Algunas medidas a contemplar vienen determinadas por la legislación vigente, otras sin ser obligatorias, son recomendables. En todo caso, el reglamento tendrá que clarificar la posición de la empresa con relación a una serie de medidas, entre las cuales se deberían incluir las siguientes:

### ***Definición de la política de empresa con relación a las bebidas alcohólicas***

El carácter protector que debe inspirar el reglamento implica la adopción de las siguientes medidas preventivas:

- Supresión de la venta de alcohol dentro del recinto de la empresa.
- Detección precoz de bebedores excesivos o de riesgo (a través del Servicio de Personal, Recursos Humanos o Salud Laboral).
- Detección de problemas relacionados con el alcohol (a través del supervisor inmediato, o los Servicios de Personal, Recursos Humanos o Salud Laboral).
- Oferta a bebedores excesivos y a enfermos alcohólicos, de atención personalizada para reducir el consumo o para superar la enfermedad (desde la propia empresa o derivando la atención de la persona a un servicio especializado exterior, público o privado).
- En caso de aceptación de ayuda, asegurar la confidencialidad, y proteger la seguridad del puesto de trabajo.
- En caso de no aceptación de ayuda y de que el problema continúe o se agrave, aplicación de medidas disciplinarias escalonadas, evitando que éstas sean irreversibles.

### ***Definición de la política de empresa con relación al tabaco***

La elaboración de una normativa o reglamento interno aporta entre otras las siguientes ventajas:

- Describe claramente lo que significa la aplicación del programa de prevención y asistencia.
- Constituye un documento escrito que puede entregarse a los nuevos empleados que se incorporan a la empresa.
- Garantiza que todos los estamentos y sectores de la empresa puedan participar el diseño del programa.
- Estimula a quienes tienen algo que aportar, para que puedan proponerlo como parte del programa.
- Describe claramente cómo se reparten las responsabilidades para la puesta en marcha y ejecución del programa, cada cuándo debe ser revisado y en función de qué indicadores.

Continuando con la finalidad protectora que debe inspirar el reglamento, en lo referido al uso del tabaco, la política de empresa debe contemplar los siguientes elementos:

- Supresión de la venta de tabaco dentro del recinto de la empresa.
- Asegurar que los derechos de los fumadores y de los no fumadores se respetan, y en caso de conflicto –y de acuerdo a la legislación vigente– asegurar que prevalezca el derecho de los no fumadores.
- El efecto del punto anterior es hacer del “no-fumar” la norma, en lugar de la excepción. Es decir, clarificar la responsabilidad de los fumadores, y si es preciso, restringir su consumo de tabaco a momentos y lugares donde no puedan dañar la salud o producir molestias a las personas que no fuman. Si se opta por una restricción por zonas, es importante asegurar una correcta señalización de las zonas donde no se puede y donde se puede fumar.
- Cada empresa puede optar por un reglamento globalizador que contemple la prohibición de fumar en todas las zonas de trabajo, o permitir que se establezcan acuerdos parciales por áreas o departamentos. En la práctica, estos últimos suelen crear más dificultades de las que aparentemente resuelven.
- Respecto a las zonas comunes, fuera de las áreas de trabajo, como cantinas, cafeterías, comedores o áreas de descanso, deberán habilitarse –siempre que sea posible– áreas separadas para fumadores y no fumadores. Si ello no es posible, deberá optarse por prohibir fumar en todas estas zonas comunes.
- Además, fumar debería estar completamente prohibido en ascensores, cocinas, y todos los espacios señalados por la legislación vigente.
- Los equipos de ventilación disponibles actualmente en el mercado, no limpian el aire de sustancias carcinógenas, por tanto nunca deben considerarse como una alternativa válida.
- Oferta de apoyo terapéutico para dejar de fumar, para aquellos empleados que así lo soliciten.

#### ***Definición de la política de empresa con relación a otras drogas***

A excepción del uso médico de ansiolíticos y otros psicofármacos, nuestra legislación no permite el consumo de drogas tales como el cannabis, la cocaína, las drogas de síntesis, la heroína, o los inhalables. Por razones obvias esta prohibición debe hacerse extensiva al Medio Laboral.

#### ***Adopción del reglamento***

Una vez debatido y consensuado por el grupo de trabajo creado para el programa, se puede formular un reglamento interno de la empresa que sea firmado finalmente por la gerencia y los sindicatos.

La redacción y acuerdo de una política interna o reglamento, constituye una buena base para el desarrollo del programa. En este texto, deben incluirse los objetivos concretos, así como la postura de la empresa, su compromiso y acción futura.

En la información y aplicación de un reglamento interno hay que tener en cuenta que:

- a. En caso de accidente laboral producido por efecto del uso indebido de alcohol, embriaguez o abuso de otras drogas, las consecuencias de orden jurídico que se derivan, pueden afectar tanto al empleador como al empleado.
- b. Una empresa puede ser juzgada responsable de negligencia si no cumple su obligación de proteger la salud de sus trabajadores, y este es un punto relevante con relación al consumo involuntario de tabaco.

### **Sanciones**

El reglamento interno debe definir las consecuencias de las infracciones. Las sanciones deben ofrecer la posibilidad de establecer plazos para la corrección o mejora del problema.

### **Incentivos**

El texto del reglamento puede contemplar la inclusión de objetivos que ayuden a facilitar los cambios. Entre otros, pueden contemplarse:

- oferta de gratificaciones por buenos servicios
- oferta asistencial dentro de la empresa
- autorización de ausencias del trabajo para enfermos alcohólicos o toxicómanos que se comprometan a seguir un tratamiento en servicios especializados fuera de la empresa.
- garantía de confidencialidad y de conservación del puesto de trabajo, sin contemplar sanción alguna, siempre que la persona afectada manifieste interés y esfuerzo por la curación.

### **Restricción de la disponibilidad de alcohol y tabaco**

La disponibilidad es uno de los factores que en mayor medida contribuyen a la existencia de problemas relacionados con el alcohol y el tabaco. Las medidas destinadas a disminuir la disponibilidad de alcohol y tabaco dentro de la empresa son básicas para reducir estos problemas y reforzar el reglamento adoptado. Por ello, es necesario insistir en la necesidad de prohibir la venta de bebidas alcohólicas y tabaco dentro de todo el recinto de la empresa.

Como elemento complementario a esta medida, se puede estudiar la mejora en las condiciones del bar, cantina o restaurante de la empresa, con una buena oferta de bebidas no alcohólicas, instalación de máquinas automáticas de refrescos y zumos de frutas, y oferta de comida a precios módicos. Estas medidas estimulan la utilización del bar o cantina de la empresa en lugar de propiciar la salida al exterior durante las pausas para descanso, desayuno, comida, etc.

### **Difusión del reglamento**

El reglamento debe difundirse después que se haya dado suficiente información general respecto a los problemas asociados al uso de alcohol y tabaco, y respecto al programa de prevención y asistencia.

Antes de presentar el reglamento a todos los empleados, el coordinador y el grupo de trabajo del programa, deben asegurarse de que todas las personas que ocupan alguna posición de responsabilidad en la empresa:

- Entienden el reglamento y las razones por las que se ha adoptado.
- Conocen el proceso que ha llevado a su formulación.
- Saben cómo y en qué plazos se irá aplicando.
- Entienden cómo se supervisará su aplicación.

Una vez adoptado el reglamento deberá darse a conocer también en el momento de formalizar nuevos contratos.

El éxito de la aplicación del reglamento dependerá de:

- La forma en que se presente a los trabajadores
- La forma en que se aplique
- Cómo se supervise su desarrollo
- Cómo se resuelvan los problemas que surjan
- La forma en que se actúe ante los incumplimientos



### PROGRAMAS DE ASISTENCIA PERSONALIZADA

Sectores del Medio Laboral a quienes puede resultar especialmente útil este apartado del Programa *Mano a mano*:

- Profesionales y equipos de Salud Laboral
- Especialistas en Medicina de Empresa
- Profesionales y equipos de Mutuas del Trabajo
- Profesionales y equipos de Atención Primaria

El hecho de que la mayoría de empresas riojanas sean de tamaño pequeño y mediano, implica que la mayor parte de ellas no cuenten con recursos asistenciales propios, y por tanto funcionen utilizando los recursos y redes asistenciales existentes: fundamentalmente, el Sistema Riojano de Salud y las Mutuas del Trabajo.

Tanto si una empresa cuenta con recursos asistenciales propios, como si articula la atención sanitaria de sus empleados a través de las redes asistenciales comunitarias, la información contenida en este capítulo contribuirá a:

- Facilitar la detección precoz, en la empresa, de problemas vinculados al abuso de alcohol, y al uso de tabaco y otras drogas.
- Promover la actuación asistencial más adecuada, ya sea por parte de sus propios recursos asistenciales, o en coordinación con las redes externas disponibles y más adecuadas a cada caso.

### ► La asistencia personalizada a empleados: alcohol, tabaco y otras drogas

Para entender las conductas de abuso o adicción relacionadas con las drogas, así como para encauzar intervenciones asistenciales adecuadas, el Programa *Mano a mano* parte del *Modelo de los Estadios del Cambio*, propuesto por los doctores Prochaska y DiClemente a comienzos de la década de los años 80 y validado a lo largo de las dos últimas décadas.

Según el *Modelo de los Estadios del Cambio*, en las conductas de consumo de drogas (tanto legales como ilegales) se pueden diferenciar dos procesos principales:

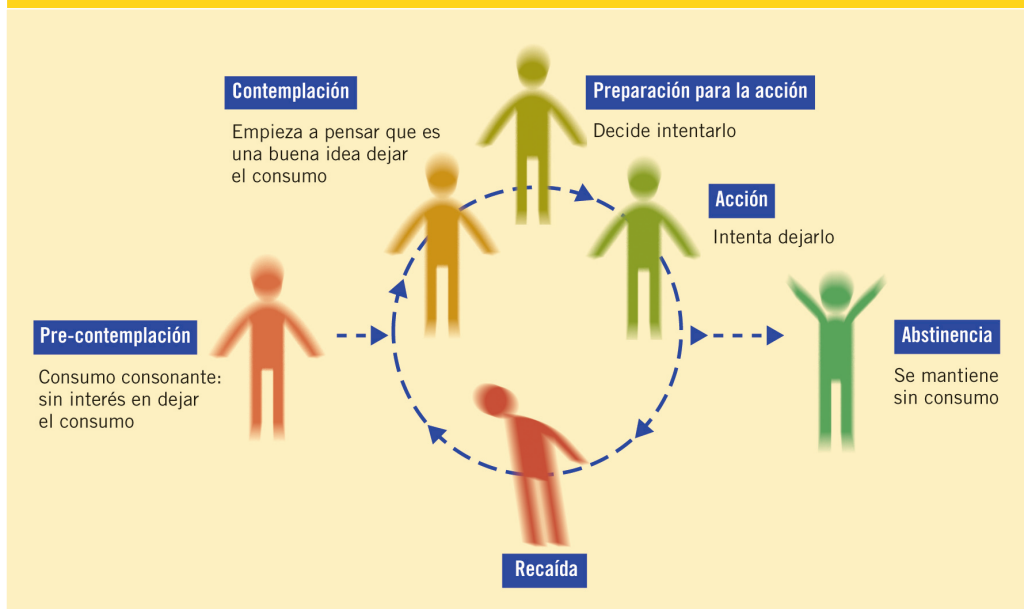
- **Inicio y consolidación** (etapa de **consonancia**).
- **Abandono** (etapa de **disonancia**), que puede incluir un periodo de abstinencia y recaída que puede prolongarse durante periodos más o menos largos de tiempo. Dentro de la etapa de disonancia pueden distinguirse diversas fases o estadios: **pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento** (Ver Fig 1).

Este análisis de las conductas adictivas es útil para desarrollar e interpretar encuestas sobre consumo de drogas; organizar programas de prevención y control; y resulta especialmente clarificador para desarrollar programas asistenciales ajustados a las necesidades de cada persona que mantiene alguna conducta problemática en relación con las drogas.

De acuerdo a este modelo, las intervenciones se pueden dirigir específicamente a las necesidades de las diferentes etapas y estadios que integran el proceso de mantenimiento y abandono de un problema de abuso de drogas.

La aplicación del modelo de los Estadios del Cambio en estudios e intervenciones asistenciales en el ámbito de las drogodependencias supone un avance conceptual significativo para promover intervenciones no sólo eficaces, si no además eficientes, ya que el centro de atención no es la acción (conseguir el abandono del abuso de drogas) sino la etapa o estadio en que el individuo se encuentra. Ese estadio deja así de ser un mero concepto teó-

**Figura 1**  
**Modelo del cambio de conductas adictivas** (Prochaska y DiClemente)



rico para convertirse en una variable importante tanto para la investigación como la práctica. Programas orientados a promover el cambio de conductas y estilos de vida, tendrán mayor probabilidad de éxito con sujetos que se encuentren en las etapas de preparación o acción. Por ello, el Programa **Mano a mano** promueve el avance hacia dichas etapas, mediante la difusión previa de los mensajes de sensibilización, información y orientación propuestos en el Capítulo II de este manual.

Reducir el consumo de alcohol, dejar de fumar, o dejar de consumir otro tipo de drogas implica iniciar un proceso de cambio del estilo de vida que requiere tiempo y esfuerzo. Debido a ello, es recomendable no intentar iniciar varios cambios simultáneamente.

Estos procesos suelen comenzar con un cambio de actitud. Vale la pena ofrecer consejos desde el ámbito de la Salud Laboral: aunque los empleados no parezcan receptivos, la palabra de los profesionales de Salud puede determinar el inicio del proceso o ayudar a madurarlo un poco más. Los profesionales sanitarios deben ser claros e inflexibles sobre la conveniencia de dejar el consumo de tabaco u otras drogas, y sobre la necesidad de beber adecuada y moderadamente.

Las consecuencias sociales, laborales y familiares relacionadas con las drogas son muy distintas, y por ello las intervenciones personalizadas para ayudar a superar cada uno de estos problemas deben ser también distintas.

Además, en lo referido al abuso de las drogas más comunes, no es lo mismo ayudar a un bebedor excesivo a reducir su consumo de alcohol hasta niveles seguros, que tratar a un alcohólico. Las personas que fuman también precisan intervenciones distintas según sea el grado de su dependencia al

La principal finalidad del modelo asistencial que propone el Programa **Mano a mano** consiste en motivar a los empleados con problemas relacionados con las drogas a progresar de una fase a la siguiente del Proceso de Cambio, así como prevenir y tratar las recidivas, de forma que las personas que presentan conductas problemáticas en relación con las drogas lleguen a las fases de **preparación, acción y mantenimiento** de nuevos estilos de vida libres de problemas vinculados a las drogas.



tabaco. En este manual se ofrece información y se proponen estrategias que no requieren más que una breve formación del equipo de Salud que atiende a los trabajadores, y que pueden ser desarrolladas por dicho equipo en intervenciones de corto tiempo de duración. También se proporcionan criterios de derivación para aquellos casos en que la asistencia requerida no se puede proporcionar desde la empresa.

Sobre la base de estas consideraciones previas, se presenta a continuación información sobre propuestas de intervención diferenciadas para abordar cada problema por separado. Las propuestas asistenciales aquí presentadas disponen de una sólida base científica y, por tanto, constituyen enfoques de probada eficacia.

### ► Cómo ayudar a los bebedores excesivos o de riesgo

Las bebidas alcohólicas resultan agradables y placenteras para millones de personas en todo el mundo. Tomadas con moderación y en el momento y lugar precisos, pueden ser compatibles con un estilo de vida saludable. Sin embargo, tomadas indebidamente o en exceso resultan una seria amenaza para la salud, el bienestar y hasta incluso la vida del consumidor.

Pocas de las personas que hacen un uso indebido o abusan del alcohol, son conscientes del riesgo en que se hallan, y el primer paso para una ayuda personalizada empieza por identificar a estas personas y ayudarles a reducir su consumo regular de alcohol.

#### DetECCIÓN PRECOZ

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, es importante la identificación de bebedores de riesgo y la detección precoz de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. La ayuda en una fase temprana puede prevenir el desarrollo de problemas graves en el futuro.

Estudios realizados en diversos países han demostrado que un consejo personalizado y unas pocas entrevistas breves de seguimiento posteriores, pueden ayudar a reducir como mínimo en un tercio el consumo total de alcohol en bebedores de riesgo.

Algunos de los criterios contenidos en la *Tabla 2* pueden ayudar a identificar a bebedores de riesgo.

Diferentes parámetros fisiológicos pueden proporcionar información sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Así, el consumo reciente de bebidas alcohólicas puede ser evaluado analizando la presencia de alcohol en el aire espirado (como hacen las fuerzas de seguridad en los controles de alcoholemia a conductores) o mediante análisis de muestras de sangre u orina. Además de estos instrumentos, se conocen diferentes marcadores biológicos que suelen reflejar el funcionamiento hepático y se han mostrado muy útiles como técnicas de cribado (*screening*) del abuso de alcohol.

Vencer una dependencia será probablemente la determinación singular más importante que una persona pueda tomar a lo largo de toda su vida para mejorar su salud.

La intervención de apoyo que reciba esta persona desde los recursos sanitarios de los que dispone su empresa, será probablemente la ayuda más importante que dichos recursos le pueden ofrecer a un empleado para contribuir a mejorar su calidad de vida.

En el caso de problemas relacionados con el alcohol, el Programa **Mano a mano** propone una intervención centrada en la detección precoz y apoyo asistencial para bebedores de riesgo. Se añaden además, indicadores de mal pronóstico ante los cuales, es mejor derivar la atención a centros especializados existentes en la red asistencial de La Rioja (*Ver Anexo V*).

**Tabla 2**  
**Algunos síntomas que pueden contribuir a la detección de bebedores de riesgo**

▪ **Síntomas físicos**

Hipertensión  
Accidentabilidad reiterada (*laboral, de tráfico o doméstica*)  
Consultas frecuentes por problemas de salud inespecíficos  
Aumento de peso  
Mal aliento (*especialmente matutino*)  
Problemas gastrointestinales recurrentes (*gastritis, diarrea, etc.*)  
Aparentes trastornos físicos (ojos y/o cara enrojecida, temblor de manos)

▪ **Síntomas psicológicos**

Ansiedad, insomnio y/o depresión  
Agresividad, irritabilidad o intolerancia crecientes  
Cambios bruscos del estado de ánimo  
Olvidos cada vez más frecuentes

▪ **Indicadores sociales**

Problemas de relación familiar o social  
Problemas financieros  
Eventual deterioro en la higiene personal y en el vestir  
Conducción temeraria

▪ **Indicadores laborales**

Absentismo  
Retrasos en el inicio del horario laboral y salidas anticipadas  
Recelo hacia compañeros de trabajo  
Evitar hablar con jefes y responsables superiores  
Trabajo de inferior calidad o errores de trabajo

Entre los marcadores más utilizados destacan la determinación del volumen corpuscular medio (VCM), la gamma glutamil transpeptidasa (GGT), aspartato aminotransferasa (ASAT), alanino aminotransferasa (ALAT) y, más recientemente, la transferrina deficiente en hidratos de carbono (CDT)<sup>11</sup>.

Algunos cuestionarios breves han demostrado también su utilidad en el cribado de la dependencia del alcohol. Entre ellos, destacan por su sencillez el cuestionario CAGE –consta únicamente de cuatro preguntas, y ha demostrado unos niveles satisfactorios de sensibilidad y especificidad para la detección del alcoholismo– y el AUDIT, desarrollado por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud. Ambos instrumentos pueden ser consultados en el *Anexo VI*.

<sup>11</sup> Fernández-Montalvo J, Echeburúa E (2001) El consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud laboral. *Salud y drogas*. 1 (1): 17-39

### Historia clínica referida al alcohol

Plantear el tema del consumo de alcohol y conseguir una historia clínica de calidad no es difícil si el tema se lleva con tacto y sensibilidad.

#### ▪ Confidencialidad

Durante la fase de presentación del programa de prevención y asistencia debe haber quedado claro para todos los trabajadores el hecho de que cualquier información clínica sobre consumo personal de alcohol será estrictamente confidencial y no implicará pérdidas de los derechos laborales generales.

#### ▪ Valoración del grado de riesgo

Es casi siempre un buen enfoque preguntar sobre el consumo de alcohol al mismo tiempo que se pregunta por hábitos alimentarios, ejercicio físico, consumo de tabaco, hábitos de descanso, etc.

Pero también se puede plantear el tema a raíz de algún comentario del paciente, o por la naturaleza de los problemas que describe. En ese caso es mejor no empezar a bocajarro con preguntas relacionadas con el alcohol, sino introducirlas en un contexto más amplio y en tono neutro y no de reproche. En este contexto, el uso de preguntas estandarizadas se ha demostrado útil para evaluar cuánto debe el paciente exactamente. Algunas preguntas concretas y no amenazantes ayudan al paciente a ser, en general, honesto en sus respuestas. A modo de ejemplo, algunas de estas preguntas pueden ser:

*En general ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma diariamente?*

Tipo de bebida	Nº de unidades
Carajillos	
Vasos pequeños de vino	
Vasos grandes de vino	
Cañas (o botellines) de cerveza	
Litronas de cerveza	
Copas de licor (anís, coñac, whisky, ginebra, ron, etc.)	
Combinados (cubalibres, gin-tonics, etc.)	
Copas de cava o champan	

*¿Cuántos días a la semana bebe de forma habitual?*

*¿Cuánto bebió la última vez que salió de copas? (anotar número y tipo de bebidas).*

*¿Se ha sentido alguna vez preocupado por su consumo de alcohol?*

*¿Le ha causado alguna vez problemas su consumo alcohólico?*

*¿Le ha mostrado alguien de su entorno (familia, amigos, etc.), algún tipo de preocupación por lo que bebe?*

Si alguna de las respuestas es ambigua, hay que intentar clarificarla y cuantificarla: (*¿Puede explicarme lo que entiende por...?*)

Las respuestas a estas preguntas deben permitir calcular y anotar el consumo diario y semanal de alcohol en la Historia Clínica, y de acuerdo a la tabla de equivalencias en contenido alcohólico (Ver Fig 2), se situará al paciente en distintos rangos de riesgo (Ver Tabla 3).

Además la valoración del grado de riesgo deberá tener en cuenta la forma en que el consumo se reparte a lo largo del tiempo (patrón de consumo).

Medidas complementarias para verificar la información verbal del paciente pueden ser: citar a un familiar allegado, o realizar alguna prueba fisiológica, aunque en general éstas suelen ser caras y nunca clarifican cuanto bebe realmente la persona.

**Tabla 3**  
Tipos de bebedores y grado de riesgo

▪ **Bebedor de bajo riesgo**

Hombres (de 0 a 21 unidades de alcohol a la semana)

Mujeres (de 0 a 14 unidades de alcohol a la semana)

▪ **Bebedor de riesgo**

Hombres (de 22 a 35 unidades de alcohol a la semana)

Mujeres (de 15 a 21 unidades de alcohol a la semana)

▪ **Bebedor de alto riesgo**

Hombres (36 o más unidades de alcohol a la semana)

Mujeres (22 o más unidades de alcohol a la semana)

**Figura 2**  
Equivalencias en contenido alcohólico



▪ **Valoración de la dependencia alcohólica**

Además de clasificar qué tipo de bebedor tiene ante Vd., si la persona pertenece a las dos últimas categorías de la Tabla 3, bebedor de riesgo o de alto riesgo, es importante determinar si dicha persona ha desarrollado una dependencia alcohólica o no.

En algunos casos es fácil que un paciente se halle en un estado de dependencia o enfermedad alcohólica, y estos casos Vd. puede ya tenerlos identificados desde hace tiempo. Sin embargo, para pacientes que se hallan en estados iniciales de dependencia, valorar en qué punto de riesgo se halla una persona, puede no ser fácil. Si Vd. tiene alguna duda, puede intentar clarificar la situación mediante los siguientes pasos:

**Empiece planteando algo así:**

“Algunas personas se sienten irritables o inquietas, en ciertos momentos del día si no beben. ¿Ha sentido esta sensación en algún momento durante los últimos tres meses?”

**En caso de contestación afirmativa, pregunte:**

1. “Esta inquietud: ¿Interfiere con las tareas que está haciendo?”
2. “¿Cree que quienes le rodean perciben su inquietud o irritabilidad?”
3. “¿Alguna vez no puede pensar en otra cosa que en la necesidad apremiante de beber?”

**Si estas tres preguntas se contestan afirmativamente, es un primer signo de que existe dependencia alcohólica.** El siguiente paso es comentar:

“Con frecuencia algunas personas, después de haber bebido el día ante-

rior, notan al despertar un leve temblor de manos. ¿Le ha sucedido a Vd. alguna vez, aunque sea de forma leve?”

**Si contesta “sí”, pregunte:**

¿Cuántas veces le ha sucedido en los últimos tres meses?”

**Si contesta “diaria o casi diariamente me sucede”, es un nuevo indicio de que la dependencia alcohólica se halla establecida.**

¿Ha sentido temblores en todo el cuerpo, alguna vez durante los últimos tres meses?”

**Si contesta “sí” es un dato más sobre la existencia de dependencia alcohólica.**

“En los tres últimos meses ¿Ha bebido por la mañana (en las tres primeras horas después de levantarse?, para sentirse mejor, más en forma o más relajado?”

**Si contesta “sí”, pregunte:**

¿Cuán a menudo ha bebido por la mañana en los últimos tres meses?”

**Si la respuesta es “casi cada día” o “muy a menudo”, es una característica más para confirmar la dependencia alcohólica.**

La “Clasificación Internacional de Enfermedades” en su décima revisión (CIE-10) propone las siguientes pautas para el diagnóstico sobre dependencia y consumo peligroso.

#### Síndrome de dependencia de alcohol (pautas CIE-10)

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, cuando se confirme por: la aparición del síndrome de abstinencia característico del alcohol; o el consumo de alcohol o de otra sustancia próxima con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para proseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo de alcohol pese a sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

#### Consumo perjudicial (pautas CIE-10)

Se ha afectado la salud mental o física del que consume alcohol. Con frecuencia la persona es criticada por terceros.

Suele dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos.

No reúne las características de dependencia.

## Intervención personalizada

### **Consejo**

El objetivo de la intervención precoz es ayudar al paciente a mantener su nivel de bebidas alcohólicas por debajo de los límites: no más de 14 unidades semanales para las mujeres, ni más de 21 unidades para los hombres.

Si se trata de un **bebedor de riesgo sin dependencia aparente**, la situación clínica abierta por la entrevista puede aprovecharse para personalizar informaciones referidas a:

- a. Los daños que puede producir el uso indebido o el abuso del alcohol, vinculándolos a los niveles de riesgo del paciente.
- b. Las ventajas de beber menos y beber adecuadamente, relacionándolas con su situación actual.

Si se trata de una **mujer embarazada** explíquese que debería abstenerse completamente de consumir bebidas alcohólicas, o como máximo, no tomar más de una o dos unidades a la semana.

Cantidades muy inferiores a los límites máximos deseables deben recomendarse a **algunos pacientes en particular** (por hipertensión, por enfermedad general, incompatibilidad con alguna medicación concreta, exceso de peso, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, gota, enfermedades cardíacas, hepáticas, trastornos psiquiátricos, etc.).

Si el paciente **muestra signos de dependencia** de los descritos anteriormente, el objetivo no será la moderación, sino la abstinencia total, y ello requerirá una intervención más especializada (ver el apartado “Bases para una correcta derivación”).

### **Pautas para la intervención precoz**

#### **Establecer un calendario de acción**

Es importante que el paciente participe activamente en el proceso de cambio de hábitos que Vd. le propone, para ello deberá:

- Entender la necesidad de reducir su ingesta actual.
- Estar de acuerdo en el grado de reducción propuesto. Si es un gran bebedor, la fórmula más realista es establecer un calendario de reducciones progresivas, hasta llegar al objetivo final. En cualquier caso el calendario de acción no puede alargarse infinitamente, un máximo de tres meses debe ser suficiente para la reducción esperada.
- Comprometerse a registrar diariamente las bebidas que toma, y facilitar así la medida de los avances conseguidos.

#### **Prever las dificultades iniciales**

Una vez establecido un calendario hay que explorar con el paciente los temores o dificultades que prevé ante su cambio de hábitos. Algunos de los temores más frecuentes son:

- cómo explicarlo a los amigos.
- cómo vivir sin ir al bar.
- qué hacer con las bebidas alcohólicas que hay en casa.

- sentimiento de incomodidad y timidez en relaciones sociales (fiestas, relaciones sexuales, etc.).
- sentimientos de marginación respecto al grupo de amigos (en discotecas, equipo deportivo habitual, etc.).
- sentir vergüenza al pedir un zumo cuando salga de copas.
- ser el hazmereir del grupo de amigos.

Una vez expresados estos temores, hay que ayudar al paciente a buscar sus propias soluciones. Por ejemplo:

- aprender a limitar el número de bebidas alcohólicas diarias, y saber cuándo hay que cambiar a refrescos.
- aprender a hablar de estos temores y sentimientos con otras persona.
- pensar en la utilización alternativa del tiempo libre (un deporte, un hobby, un libro, un curso, etc.).
- contar a los otros las razones para reducir el consumo (*“vuelvo a casa en coche”, “me siento mejor si bebo menos”,* y comprobar su reacción).
- evitar entrar en rondas y explicar las razones a los compañeros.
- beber más lentamente, para no necesitar otra copa en cada ronda.

#### **Compromiso de seguimiento**

La motivación del paciente se incrementa si Vd. le cita claramente para una visita de seguimiento.

Por ello, si es posible, es importante citarle para una consulta posterior, entre dos y cuatro semanas más tarde. Pídale que traiga su registro diario, para esta siguiente visita.

Si una visita de seguimiento no es viable de forma inmediata, insista en que se le preguntará por sus progresos en la próxima consulta regular.

Para facilitar el seguimiento, es útil señalar de forma visible la fecha de esta primera consulta en la que se le pide al paciente cambiar sus hábitos respecto al alcohol, señalar cuánto bebe ahora y cuál es el objetivo fijado para reducir su consumo.

#### **Bases para una correcta derivación**

Si después de la evaluación inicial, es evidente que el paciente presenta una **dependencia alcohólica**, o durante la primera visita de seguimiento Vd. detecta **serias dificultades por parte del paciente en reducir su consumo habitual de alcohol**, el objetivo para esta persona es la curación de su enfermedad alcohólica, es decir, ayudarle a conseguir la abstinencia absoluta de alcohol.

Sin embargo, los pacientes alcohólicos necesitan casi siempre un apoyo terapéutico intensivo que requiere especialización, tiempo y participación familiar. El tratamiento del alcoholismo no es fácil y puede prolongarse en el tiempo, hasta que el ex-alcohólico puede considerarse curado. Si el equipo de Salud Laboral puede o no, asumir este tipo de tratamiento, dependerá de su formación especializada en alcoholismo, y el tiempo y los recursos disponibles.

Normalmente los recursos y el tiempo son escasos y es recomendable derivar el caso a servicios especializados externos a la empresa, disponibles en el Sistema Riojano de Salud (ver Anexo V).

### **Prerrequisitos**

Existen situaciones en las que la derivación está claramente indicada. Sin embargo la derivación no puede abordarse como un simple trámite. Es un punto crucial para el inicio del tratamiento, y como tal requiere:

#### **Requisitos para una correcta derivación**

1. Que el paciente entienda su necesidad de tratamiento.
2. Que la familia entienda, apoye y esté dispuesta a participar en el tratamiento especializado.
3. Que el paciente y la familia entiendan que la derivación no es señal de desentendimiento por parte de Vd. sino todo lo contrario, y para ello, Vd. establecerá visitas periódicas de seguimiento del proceso terapéutico exterior.
4. Que el paciente y su familia se comprometan a seguir puntualmente el programa al cual se les deriva.
5. Que el equipo de Salud Laboral –o el especialista en Medicina del Trabajo– conozca la solvencia y calidad del Centro especializado al que se deriva el paciente.

### **Criterios de derivación**

Es recomendable derivar a los pacientes hacia centros de tratamiento especializados, cuando se presentan una o varias de las siguientes situaciones:

- Signos muy claros de dependencia alcohólica, incluido la existencia de síndrome de abstinencia, especialmente si se han dado episodios de *Delirium Tremens*.
- Pacientes que han fracasado de forma recurrente en intentos anteriores de reducción paulatina o radical planteados por Vd.
- Ausencia de apoyo familiar y/o social.
- Síntomas de deterioro fisiológico (*por ejemplo: daño cerebral, enfermedad hepática, neuropatía periférica, u otra complicación física grave*).
- Síntomas de patología psiquiátrica grave.
- Grave deterioro de relaciones familiares, sociales y /o laborales.

En caso de derivación a un centro especializado de tratamiento del alcoholismo, es recomendable mantener un seguimiento directo del proceso terapéutico, tanto con el paciente como con el terapeuta del centro que lo atiende.



## ► Cómo ayudar a los fumadores

En el caso de fumadores, en este manual se propone una estrategia de apoyo eficaz y adaptada a los distintos tipos de fumadores que existen.

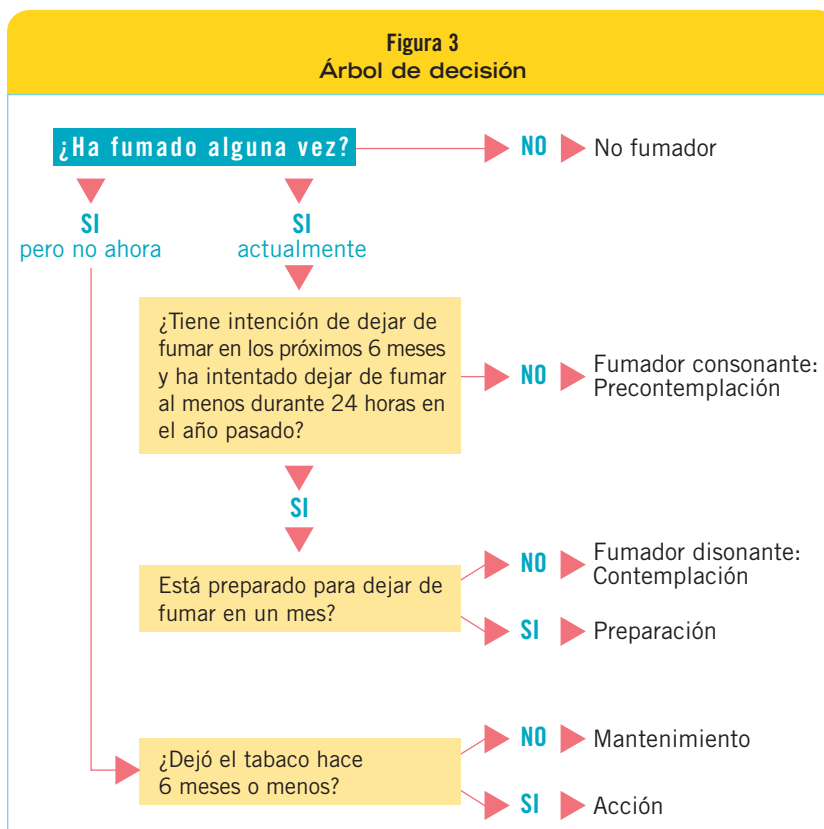
### Una actitud modélica

Difícilmente el profesional o el equipo de Salud Laboral de una empresa podrá convencer a sus pacientes fumadores de que dejen el tabaco, cuando por su parte se mantenga el consumo de tabaco. Por ello, antes de iniciar cualquier intervención de ayuda a fumadores para que dejen el tabaco es importante procurar mantener una actitud modélica.

### Protocolo de intervención

Partir del Modelo de los Estadios del Cambio de Conducta le ayudará a identificar en qué etapa del proceso de cambio se encuentra cada persona que fuma. En cualquier caso, es recomendable actuar con cada fumador de forma consistente y continuada a lo largo del tiempo.

El siguiente árbol de decisión (Figura 3) presenta, de forma resumida, la propuesta asistencial a seguir sistemáticamente con todos los fumadores, que le sugiere el programa *Mano a mano* en este capítulo:



### Actitud modélica por parte de los profesionales de la Medicina de Empresa

- No fumar.
- En caso de no poder dejar el tabaco, no fumar ante los trabajadores de la empresa.
- Asegurar que nadie del equipo fume en la sala de espera de la consulta.
- No aceptar regalos relacionados con el tabaco, explicando con amabilidad el porqué de esta actitud.
- Asegurar que el equipo de Salud Laboral asume un papel activo de sensibilización respecto al problema de los fumadores pasivos dentro de la empresa, y vela por el cumplimiento de la legislación vigente en esta materia.

### **Identificación de todos los fumadores**

Para ello es preciso que en cada revisión rutinaria o en cada actuación terapéutica, Vd. identifique a todos los fumadores de la empresa, y pregunte siempre a todo paciente si fuma o no.

**En caso afirmativo**, registre en la historia clínica los datos básicos con relación al tabaco: cuántos cigarrillos fuma diariamente y si ha intentado dejarlo (número de intentos previos).

**Si no lo ha intentado nunca**, debe preguntarle si desearía probarlo ahora.

### **Intervención sistemática y personalizada**

Una intervención efectiva para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco, empieza por:

- aconsejar a todos los fumadores que dejen el tabaco, presenten o no sintomatología asociada con el tabaquismo.
- Emplear un aviso serio y conciso, procurando que sea lo más personalizado posible.
- Utilizar diversas situaciones clínicas que son especialmente favorables para personalizar su recomendación, por ejemplo:

Síntomas	Patologías
Tos	Cardiopatía isquémica
Disnea	Arritmias
Cansancio	Vasculopatías periféricas
Gripe	Hipertensión
Otras condiciones	Bronquitis crónica
Embarazo	EPOC
	Trastornos digestivos
	Problemas dermatológicos
	Cuadros depresivos o ansiosos
	Alergias
	Diabetes

### **Sensibilización respecto a los riesgos del consumo de tabaco**

A pesar de las crecientes informaciones difundidas a través de los medios de comunicación, respecto a la nocividad del tabaco, muy pocos fumadores son conscientes de hasta qué punto es peligroso fumar.

Hay que insistir en que cualquiera que sea la dosis de tabaco consumida, ésta será siempre más peligrosa que no fumar en absoluto.

Toda explicación de los peligros a que está expuesto el fumador debe relacionarse tanto como sea posible con la situación y la salud del paciente, así como con los síntomas asociados con el consumo de tabaco que éste presenta.

Puede aprovechar la realización de alguna prueba fisiológica para enfatizar la necesidad de que el paciente deje de fumar (Tabla 4).

Puede utilizar alguna de las informaciones contenidas en el cuarto apartado de este manual (Ver Anexo I) adaptadas a cada caso, de forma didáctica y personalizada.

**Tabla 4**  
**Pruebas**

- Electroencefalograma
- Espirometría
- Toma de la T.A.
- Radiografía torácica
- Auscultación (*corazón o pulmón*)
- Test de embarazo

### **Insistencia en los beneficios de dejar el tabaco**

Muchos fumadores retrasan su decisión de dejar de fumar porque piensan que el daño está hecho y dejarlo ya no va a servir de nada. Esto no es cierto.

El deterioro producido por el tabaco es acumulativo. Cuanto antes se empieza a fumar, mayores son los riesgos. Cuanto antes se deja de fumar, mayores son los beneficios.

Los beneficios derivados de la supresión del tabaco se empiezan a notar inmediatamente. Puede explicarle al fumador cuales son los principales beneficios (ver Anexo I).

Es positivo relacionar al máximo las ventajas que cada paciente obtendrá, a partir de su situación física actual:

- No debe asumir que el paciente conoce la magnitud de los riesgos asociados al tabaquismo.
- Con frecuencia, algunos pacientes argumentan que les gustaría dejar el tabaco pero no pueden. Esto no es necesariamente un signo de falta de motivación, puede ser sólo la expresión del miedo al fracaso. Los posibles fracasos anteriores, pueden aportar información valiosa que facilite el actual intento.
- Si después de la información que Vd. le dé, el paciente no muestra interés por el tema, puede ofrecerle algún folleto e invitarle a volver a hablar de este asunto cuando se sienta preparado para hacerlo.
- Debe expresar, amable pero firmemente, la conveniencia de que consiga dejar totalmente el tabaco.

### **Sugerencias para reducir los miedos o reticencias**

Las personas que fuman suelen experimentar diversos miedos o reticencias que menoscaban su confianza y sus expectativas de conseguir dejar el consumo de tabaco con éxito. Entre los obstáculos más comunes encontra-

Miedos del fumador	Ideas a transmitir
<i>Lo he intentado muchas veces y siempre he fracasado.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cada vez que deja el tabaco, aprende algo que le ayudará en su próximo intento.</li> <li>▪ Dejar de fumar es un proceso. Recaer no es un fracaso si no una nueva etapa que le acerca un poco más al objetivo. El número de semanas, días y horas que ha estado sin fumar han sido beneficiosos e indican que puede conseguirlo.</li> </ul>
<i>No tengo apoyo ni de mi familia ni de mis amigos.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estamos aquí para ayudarle en este proceso.</li> <li>▪ Nosotros el apoyaremos durante el tiempo necesario.</li> <li>▪ Usted puede lograrlo, igual que ha conseguido otras cosas difíciles en su vida.</li> </ul>
<i>Sé que el tabaco es malo para mi salud pero me gusta fumar.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haga una lista de aspectos a favor y en contra de dejar de fumar.</li> <li>▪ Considerar seriamente dejar de fumar es un acto de coraje por su parte.</li> </ul>
<i>Me gustaría dejarlo pero nunca encuentro el momento adecuado.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acordemos una fecha, le indicaré la medicación más conveniente para su caso.</li> <li>▪ Dejar de fumar puede ser difícil, pero usted lo puede lograr con la ayuda que yo le proporciono.</li> </ul>
<i>Temo ganar peso.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En algunas personas se produce un aumento de peso al dejar de fumar. Sin embargo, los kilos que se ganan son menos dañinos para la salud que el consumo que realiza de tabaco.</li> <li>▪ Sustituir el tiempo de fumar por actividades que ayuden a mantener el control del peso, siempre que sea posible, puede contrarrestar esta posibilidad.</li> <li>▪ Además, se puede evitar la potencial ganancia de peso mediante una dieta equilibrada, rica en fibras y baja en calorías.</li> </ul>

### **Orientaciones prácticas para el fumador**

Puede animar al paciente diciéndole que, para muchos fumadores, dejar de fumar resulta mucho más fácil de lo que habían imaginado. Fácil o difícil, Vd. puede darle recomendaciones concretas a seguir. Por ejemplo:

#### Orientaciones prácticas

- *Escriba en una lista sus razones par dejar de fumar.*
- *Fije una fecha para poner en práctica su decisión dentro de las próximas cuatro semanas.*
- *Repase su lista de razones para dejar de fumar.*
- *Deje de fumar completamente en la fecha señalada.*
- *Busque el apoyo de su familia o amigos.*
- *Haga sus planes con antelación. Decida cómo va a enfrentarse con las situaciones difíciles, por ejemplo: el alcohol, los bares, las llamadas telefónicas, el primer cigarrillo.*
- *Intente cambiar de rutina, por ejemplo, si acostumbra a encender un cigarrillo en cuanto se despiertas, haga algo distinto (respiraciones profundas, una ducha, etc.). Si acostumbra a fumar después de comer, no se quede en la mesa, levántese inmediatamente y lávese los dientes. No importa lo que haga, la cuestión es romper la conexión entre su comportamiento habitual y el tabaco.*
- *Plantéese lo día a día (no se diga “no volveré a fumar nunca más”, sino “hoy no voy a fumar”). Las ansias de fumar no se acumulan.*

Como médico o profesional de la salud, Vd. no tiene que encontrar la solución a todos los problemas que se presentan al fumador, su papel es ayudarlo a que él mismo encuentre sus propias soluciones.

### **Seguimiento: prevención de recaídas**

El fumador que tropieza con dificultades necesitará apoyo en una fase muy temprana. La mera tranquilidad de saber que puede volver para una visita de seguimiento le proporcionará ánimo y quizá eso sea lo único que necesite.

Es recomendable citarle en el plazo aproximado de un mes desde la fecha que él establezca para dejar de fumar.

La siguiente vez que le vea, debe revisar sus progresos y brindarle todo el apoyo que pueda. Ello puede lograrse simplemente alentándole a que siga intentándolo.

Los objetivos de este seguimiento son, por un lado, monitorizar el mantenimiento de los logros y por otro, mantener el apoyo y ofrecer pautas para la prevención de recaídas y el aumento de peso (ver Anexo IX).

### **Apoyo farmacológico**

Si inicialmente considera que el paciente presenta una fuerte dependencia farmacológica (fuma más de diez cigarrillos al día), o si en la visita de se-

El seguimiento es necesario para la mayoría de las personas que emprenden un plan para dejar de fumar. La mera tranquilidad de saber que pueden volver para una visita de seguimiento les proporcionará ánimo y seguridad, las bases de todo el plan de intervención.

guimiento el paciente manifiesta dificultades para conseguir dejar de fumar, puede considerarse la prescripción de tratamiento farmacológico.

En la actualidad, se comercializan en nuestro país dos tipos de tratamientos probadamente eficaces para el tratamiento del tabaquismo.

Estos medicamentos han demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos experimentales de calidad, y pueden considerarse como fármacos de primera elección –excepto cuando existan contraindicaciones– para el tratamiento de la adicción, tanto si se realiza a través del consejo médico como si se desarrolla a través de servicios especializados para dejar de fumar.

Los medicamentos de primera línea se presentan, en este apartado, por orden alfabético de sus principios activos, ya que los meta-análisis disponibles no muestran diferencias en la eficacia relativa entre ellos. La disponibilidad de estas terapias farmacológicas es considerada unánimemente como un avance clave en el tratamiento de la adicción al tabaco.

### **Bupropión**

El hidrocloreuro de bupropión de liberación sostenida (bupropión SR), es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un antidepresivo con propiedades estimulantes, que inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina), incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminoxidasa. Por ello, bupropión actúa como un antidepresivo atípico con efectos a la vez dopaminérgicos y noradrenérgicos. Esta actividad puede simular los mismos efectos de la nicotina y así, disminuir los síntomas típicos de la abstinencia a la nicotina. Por otro lado, la eficacia del hidrocloreuro de bupropión en el tratamiento del tabaquismo no parece provenir de sus efectos antidepresivos ya que este fármaco presenta los mismos efectos de apoyo a la abstinencia del tabaco, tanto en pacientes sin diagnóstico de depresión como en pacientes con historia previa de depresión.

El bupropión constituye un tratamiento efectivo para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico y del tratamiento especializado. Puede valorarse su administración en pacientes que presenten un consumo superior a 10 cigarrillos/día y que no presenten contraindicaciones. El uso de bupropión bajo estricto control médico dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo.

Está contraindicado el uso de bupropión en pacientes con historia previa de trastornos convulsivos, diagnóstico previo o actual de bulimia o anorexia nerviosa, uso de inhibidores de la aminooxidasa (IMAO) en los últimos 14 días, o en pacientes en tratamiento con otros medicamentos que contengan bupropión.

En España la comercialización del bupropión como medicamento eficaz para dejar de fumar fue aprobada por la Dirección General de Farmacia en Julio del año 2000. Es el único fármaco de prescripción médica para dejar de fumar autorizado en nuestro país, y está disponible en el mercado bajo los

### **Fármacos de primera elección en el tratamiento del tabaquismo**

Se consideran fármacos de primera línea para el tratamiento del tabaquismo aquellos medicamentos que han demostrado ser seguros y eficaces para facilitar el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo:

- Bupropión
- Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)

Se trata además de fármacos aprobados por la Dirección General de Farmacia del MSC, como medicamentos adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco.

nombres comerciales de Quomem® y Zyntabac®, ambos en presentaciones de 150 mg. El primer país donde se comercializó fue EE.UU, donde la *Food and Drug Administration* (FDA), lo aprobó en 1997. Desde entonces se comercializa también en la mayoría de países de la Unión Europea.

### **Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)**

El uso apropiado de terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (TSN) en fumadores que desean dejar de fumar se ha demostrado eficaz, duplicando las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses, con respecto a la intervención placebo. Puede valorarse su administración en pacientes con un consumo superior a 10 cigarrillos/día y que no presenten contraindicaciones. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características del paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo (consejo médico y/o terapia de psicológica de apoyo que proporcionan los servicios especializados). En todo caso, y a pesar de ser fármacos de venta libre en farmacias, su administración debe atenerse estrictamente a las indicaciones de uso. El TSN puede utilizarse mediante la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar, o caramelos de nicotina), intranasal (spray nasal) o inhalatoria.

Se trata de una técnica segura con efectos secundarios menores (reacción cutánea circunscrita a la zona del parche aftas bucales y molestias digestivas leves por la goma de mascar). Se recomienda un uso cauteloso. Su empleo en embarazadas se considera limitado. En la enfermedad cardiovascular se recomienda analizar la relación riesgo beneficio en infartos recientes (4 semanas), angor grave o sujetos con arritmias.

Los efectos secundarios más comunes del TSN, según cada una de sus presentaciones son:

- Para los chicles: sequedad de boca, náuseas, trastornos intestinales, úlcera bucal, potencial riesgo de mantenimiento de la dependencia a la nicotina a largo plazo.
- Para los parches: irritación local, insomnio.
- Para el spray nasal: irritación boca y laringe, tos, rinitis.

Las principales contraindicaciones se centran en pacientes con enfermedades cardiovasculares, por lo que debe usarse con precaución con enfermos cardíacos, especialmente dentro de las dos semanas posteriores a un infarto de miocardio, con enfermos con arritmias severas, y con enfermos con angina de pecho severa. También debe limitarse su uso en mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia.

En España el TSN se comercializa a través de las oficinas de farmacia y su dispensación no precisa receta médica. El TSN está disponible en nuestro país mediante las siguientes presentaciones:

- Chicles de nicotina.
- Parches transdérmicos de nicotina.
- Spray nasal de nicotina.

- Comprimidos de nicotina.

### **Precauciones en la prescripción de fármacos**

Los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar deben ofrecerse con instrucciones detalladas y utilizando el tipo de fármaco más apropiado según el tipo de fumador y su receptividad al producto.

#### **Es importante:**

- Indicar al paciente que siga estrictamente las indicaciones médicas en cuanto a posología y formas de medicación.
- Avisar de que el fármaco elegido no es un remedio mágico y no hará por sí solo que la persona deje de fumar.
- Explicar que estos fármacos ayudan a reducir la necesidad compulsiva de fumar que se presenta durante las primeras semanas de dejarlo.
- Enfatizar que hay que utilizar el fármaco en lugar del cigarrillo, no “*además de*”.
- Estos productos no sirven para reducir el número de cigarrillos. El suministro alternativo de nicotina sólo debe permitirse para superar los problemas relacionados con la supresión total del tabaco, no para fumar menos.
- Si el medicamento no se utiliza de acuerdo con las instrucciones y en combinación con visitas de seguimiento, su efectividad puede disminuir y se pueden presentar efectos secundarios adversos.

### **Recursos de apoyo adicionales**

Además de las pautas de “intervención mínima” descritas hasta aquí, pueden utilizarse recursos que refuerzan el consejo médico, aunque su utilización requiere que el médico o el equipo asistencial dedique algo más de tiempo a apoyar a los pacientes fumadores a conseguir romper con su dependencia. Los más útiles son:

- **El cuestionario de tolerancia de Fargeström:** es un breve cuestionario que ayuda a valorar el grado de dependencia del fumador y por lo tanto le ayudará a orientarle de forma más personalizada (ver Anexo VII).
- **La cooximetría:** Existen en el mercado aparatos de medición de la concentración de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado. El fumador sopla en una boquilla e inmediatamente obtiene la concentración de CO existente en sus pulmones, expresada en partes por millón. Al dejar de fumar dicha concentración disminuye drásticamente, y ello refuerza al fumador en su esfuerzo. Además, medir el CO es una medida no agresiva y de fácil aplicación para comprobar objetivamente si el paciente ha dejado o no de fumar.
- **Apoyo grupal:** Para algunos fumadores, resulta útil obtener el apoyo de otros fumadores que quieren suprimir el tabaco integrándose a un grupo de personas que están dejando de fumar. Se puede valorar la posibilidad de crear un grupo de apoyo de este tipo en la empresa o en la mutua (según sea su situación concreta). Pero hay que tener en cuenta la disponibilidad de formación previa del equipo de Medicina de Empresa que vaya a emprender esta tarea, así como la disponibilidad de tiempo para ello.
- **Materiales de apoyo:** la entrega a los fumadores de materiales informativos así como guías para dejar de fumar, pueden reforzar la intervención per-

Además del bupropión o el TSN, y en caso de que existan contraindicaciones a ambos tipos de apoyo farmacológico, Vd. Puede considerar la posibilidad y adecuación de administrar los llamados fármacos de segunda línea para dejar de fumar. (Ver Anexo VIII).

sonalizada. En nuestro país, diversas instituciones, centros asistenciales o laboratorios farmacéuticos editan y distribuyen guías para dejar de fumar. La Dirección General de Drogodependencias del Gobierno de la Rioja, puede proporcionarle información sobre materiales disponibles en La Rioja.

### **Bases para una correcta derivación**

La mayoría de los fumadores realizan varios intentos para dejar de fumar hasta que finalmente logran la abstinencia prolongada. Como media, se suelen realizar entre 3 o 4 intentos serios antes de conseguir la abstinencia a largo plazo.

La recaída es, pues, una circunstancia normal del proceso de abandono. Sin embargo, si tras su intervención inicial y la prescripción del tratamiento farmacológico adecuado, deberá plantearse la derivación a un centro especializado cuando su paciente:

- Ha realizado más de tres intentos serios de dejar de fumar, y presenta fracasos reiterados.
- Experimenta intensos síntomas de abstinencia, que no remiten ante las pautas que Vd. le propone.
- Muestra dificultades serias relacionadas con el tratamiento farmacológico que Vd. le ha prescrito.

Si considera la conveniencia de derivarlo a algún servicio especializado, consulte el Anexo V, para saber qué centros de calidad funcionan en La Rioja.

## ► El tratamiento de otras drogodependencias

### **Enfoques terapéuticos con base científica**

Cada año, más de 70.000 usuarios de drogas ilegales inician tratamiento en alguno de los centros de tratamiento especializados situados en toda la geografía española. El tratamiento de las drogodependencias se desarrolla en diferentes tipos de centros y utiliza una gran variedad de intervenciones psicológicas y farmacológicas, muchas de las cuales han demostrado su efectividad en estudios de evaluación<sup>12</sup>.

El tratamiento de las drogodependencias puede plantear todos o una parte de los objetivos siguientes:

#### ***Estrategias motivacionales***

Aunque no constituyan una intervención terapéutica propiamente dicha, algunas intervenciones orientadas a aumentar la motivación para el cambio de conducta han demostrado ser enormemente efectivas en el tratamiento de las drogodependencias, ya que muchos pacientes se muestran ambivalentes con respecto a su participación en un programa de tratamiento o el abandono del uso problemático de drogas.

Entre estos enfoques, destaca la estrategia denominada entrevista motiva-

<sup>12</sup> National Institute on Drug Abuse (2001) **Principios de Tratamientos para la Drogadicción. Una Guía Basada en Investigaciones** National Institutes on Health Publication No 01-4180(S), documento disponible en internet en la dirección <http://165.112.78.61/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>



cional en la que, a partir de un número reducido de entrevistas, se presenta al paciente la información generada por una serie de pruebas de evaluación, se estimula estimular la conversación sobre su consumo de drogas y se obtienen declaraciones con respecto a la motivación hacia el tratamiento.

#### **Tratamiento ambulatorio libre de drogas**

Las características de esta modalidad de tratamiento pueden variar mucho de unos casos a otros, pero pueden incluir información y consejo en relación al uso de drogas, educación sanitaria, detección y control de las diversas problemas médicos (hepatitis víricas, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, infección por el virus del SIDA, etc.) y psiquiátricos asociados, tratamiento psicológico individual, psicoterapia de grupo, y el control de la abstinencia mediante la determinación de la presencia de drogas en la orina.

Los centros de atención ambulatoria acostumbra a ser también la vía de entrada a otras modalidades de tratamiento y pueden derivar temporalmente a sus pacientes a otros dispositivos especializados.

#### **Tratamiento ambulatorio de mantenimiento con antagonistas**

Es un complemento a los programas de tratamiento ambulatorio de personas adictas a los opiáceos orientados a la abstinencia. Esta modalidad de tratamiento se basa en la administración regular de naltrexona, un antagonista de los opiáceos que se administra por vía oral diariamente o varios días a la semana. Es importante que los pacientes a quienes se administra naltrexona han de estar correctamente desintoxicados y haber pasado varios días sin consumir opiáceos ya que, en caso contrario, la naltrexona provocaría la aparición brusca del síndrome de abstinencia.

La naltrexona carece de efectos subjetivos o de potencial de abuso, pero su acción antagonista bloquearía la acción gratificante de los opiáceos en el caso de que el paciente volviera a autoadministrárselos como consecuencia de una recaída.

El problema más frecuente que plantea esta modalidad de tratamiento es el incumplimiento por parte del paciente, por lo que el medicamento resulta más útil en el caso de pacientes altamente motivados que han sido desintoxicados recientemente y que desean abstenerse totalmente de consumir opiáceos.

#### **Tratamiento ambulatorio de mantenimiento con sustitutivos**

Es una modalidad de tratamiento dirigida específicamente a personas dependientes de la heroína u otras sustancias opiáceas. Estos programas se basan en la administración continuada de una sustancia opiácea, generalmente metadona, que se administra habitualmente por vía oral en una dosis suficiente para prevenir el síndrome de abstinencia, bloquear los efectos de la heroína y reducir el impulso por consumir drogas.

Muchos pacientes pueden, una vez estabilizados a dosis adecuadas, mantener una calidad de vida que les permite trabajar normalmente, evitar los comportamientos delictivos y reducir el riesgo de exposición al virus del sida y otros agentes infecciosos al abandonar o reducir el uso de drogas inyectadas.

### **Objetivos del tratamiento de las drogodependencias**

- El abandono del uso problemático de drogas.
- La mejora de la calidad de vida de los usuarios de drogas mediante la reducción de las complicaciones médicas, sociales y psicológicas del consumo de sustancias.
- La reducción de la mortalidad por problemas relacionados con el consumo de drogas.

En los enfoques motivacionales, el terapeuta utiliza los principios de la terapia motivacional para fortalecer la motivación del paciente y formular un plan de cambio de conducta.

Los programas de mantenimiento con sustitutivos logran una gran adherencia al tratamiento, lo que permite complementar el tratamiento farmacológico con otras intervenciones educativas, terapéuticas y rehabilitadoras.

La desintoxicación hospitalaria requiere una cuidadosa supervisión médica ya que puede precisar anestesia general y no se ha demostrado que produzca beneficios que justifiquen los riesgos y el mayor uso de recursos en relación a los programas de desintoxicación convencionales.

Dada la naturaleza residencial de las comunidades terapéuticas, el tratamiento en uno de estos centros no es compatible –al menos durante sus fases iniciales– con el desarrollo de un empleo en el exterior.

### ***Desintoxicación hospitalaria***

La desintoxicación es un procedimiento médico mediante el cual los drogodependientes pueden interrumpir el consumo regular de drogas con la ayuda de un tratamiento farmacológico que evita la aparición del síndrome de abstinencia.

Aunque en la mayoría de los casos, el tratamiento de desintoxicación puede efectuarse en régimen ambulatorio, hay casos en los que el entorno sociofamiliar del paciente, sus antecedentes de consumo, la existencia de algunas patologías, u otros factores, recomiendan que la desintoxicación se realice en régimen de ingreso hospitalario.

En realidad, la desintoxicación no constituye un tratamiento en sí misma, sino una parte importante de algunos programas globales de tratamiento. Sin embargo, el hecho de evitar el malestar –y en ocasiones los riesgos– que supone el síndrome de abstinencia, puede mejorar la relación del paciente con el equipo terapéutico.

La desintoxicación acostumbra a completarse en un período inferior a dos semanas, y suele ser incompatible con la actividad laboral. Sin embargo, en los últimos años se han ensayado combinaciones de fármacos que permiten realizar una desintoxicación rápida o ultrarápida en 24 horas o menos.

### ***Tratamiento residencial en comunidad terapéutica***

Las comunidades terapéuticas ofrecen un tratamiento prolongado (entre 6 y 12 meses) en régimen de ingreso, pero en un entorno bastante diferente a un hospital, ya que muchas comunidades terapéuticas se sitúan en áreas rurales e incorporan los pequeños trabajos agrícolas al programa de actividades del centro.

Las comunidades terapéuticas proporcionan un seguimiento médico y psicológico de sus pacientes, pero ponen un énfasis especial en las actividades socioeducativas, utilizando la propia comunidad –los demás pacientes, el personal y el entorno social– como un elemento fundamental del tratamiento.

### ***Programas de reducción de daños***

Los programas de reducción de daños incluyen un amplio abanico de intervenciones destinadas a reducir las consecuencias negativas (médicas, psicológicas, sociales, legales, laborales, etc.) del uso de drogas incluso entre los usuarios de drogas que no quieren o no pueden abandonar el consumo de esas sustancias.

Son ejemplos de intervenciones orientadas a la reducción de daños los programas de intercambio de jeringuillas, los programas de educación sanitaria que intentan enseñar al consumidor de drogas a utilizar un preservativo en las relaciones sexuales o a evitar la reutilización de jeringuillas, la vacunación contra la hepatitis B y otras enfermedades frecuentes entre los usuarios de drogas, etc.

### **Estrategias de detección precoz**

La detección precoz de personas de drogas ilegales plantea importantes dificultades ya que, con frecuencia, los consumidores de estas sustancias adoptan precauciones para evitar que su consumo sea fácilmente reconocido. Un diagnóstico preciso requiere por tanto la intervención de un profesional especializado, pero algunos signos pueden ayudar a la detección de personas drogodependientes en la empresa. Así, algunos cambios en el rendimiento la-

boral –como las ausencias por enfermedad después del fin de semana o después de abonar el salario– pueden guardar relación con el uso de drogas.

Otros signos que aconsejan considerar la posibilidad de un problema derivado del uso de drogas guardan relación con los cambios en el comportamiento y el aspecto físico del trabajador, e incluirían:

#### Signos que aconsejan considerar la posibilidad de un problema derivado del uso de drogas

- Adormecimiento
- Habla pastosa
- Movimientos inestables o temblor de las manos
- Manos frías y sudorosas
- Pupilas anormalmente dilatadas o anormalmente contraídas
- Ojos enrojecidos
- Deterioro de las relaciones familiares
- Petición frecuente de dinero a los compañeros de trabajo
- Hurtos a los compañeros de trabajo
- Falta de higiene personal
- Comportamiento violento
- Desconfianza excesiva hacia los demás (compañeros, familiares, etc.)

Cualquiera de estos signos puede estar relacionado con distintos factores, además del uso de drogas. Su presencia aconseja valorar con mayor detalle la posibilidad de un problema relacionado con el uso de drogas.

#### Los tests fisiológicos

Algunas pruebas biológicas pueden proporcionar información sobre el consumo de otras. Esas pruebas pueden resultar de gran ayuda tanto para facilitar la detección precoz de personas que abusan de esas sustancias como para evaluar los resultados del tratamiento.

Algunos tests sencillos –que se pueden adquirir en las oficinas de farmacia– permiten detectar la presencia de drogas (o de algunos de sus productos metabólicos) en muestras de orina. Estas pruebas ofrecen resultados cualitativos con unos niveles aceptables de sensibilidad o especificidad. Sin embargo, si se desea contrastar los resultados de estas pruebas u obtener resultados cuantitativos (que permitan establecer la concentración de drogas o sus metabolitos en la orina), es preciso enviar las muestras a un laboratorio especializado.

La interpretación de los resultados de estas pruebas biológicas debe realizarse con cautela: un resultado negativo no es siempre garantía de no consumo (es posible, por ejemplo, que el tiempo transcurrido entre la última administración de la sustancia y la realización de la prueba sea demasiado largo) y un resultado positivo puede reflejar un episodio aislado de consumo o incluso ser el resultado del consumo de fármacos de uso habitual.

La realización de controles rutinarios para la determinación del consumo de drogas debe realizarse siempre con las necesarias garantías jurídicas y éticas.

Ante los casos de uso no terapéutico y abuso de psicofármacos que no reúnan criterios de dependencia pueden resultar útiles las estrategias informativas y motivacionales.

Ante conductas de abuso de cannabis, la información y el aumento de la motivación serán condiciones previas a la indicación de un tratamiento. El uso de la entrevista motivacional puede resultar particularmente útil.

Las estrategias terapéuticas más adecuadas para el abordaje de problemas relacionados con la cocaína incluyen algunas modalidades de tratamiento psicológico, como la terapia cognitivo-conductual de prevención de recaídas, que ha demostrado su efectividad en diferentes estudios.

### **Tratamiento del abuso de psicofármacos**

Aunque se trata de sustancias muy útiles y seguras cuando se utilizan de acuerdo con las indicaciones de un médico, algunos psicofármacos –principalmente medicamentos con acción hipnótica y sedante como las benzodiazepinas– pueden ocasionar situaciones de abuso y dependencia.

El abuso de psicofármacos es especialmente frecuente entre personas con antecedentes de abuso de otras drogas como el alcohol o la heroína, por lo que la primera medida debería ser una cuidadosa evaluación del uso de otras. También es conveniente tener en cuenta que el síndrome de abstinencia a algunos psicofármacos puede revestir gravedad, por lo que el médico deberá valorar la necesidad de indicar un tratamiento de desintoxicación.

### **Tratamiento del abuso o dependencia de cannabis**

Aunque los derivados del cannabis son las sustancias ilegales más consumidas en España y muchos otros países desarrollados, la demanda de tratamiento por abuso o dependencia del cannabis es muy infrecuente en comparación con la demanda por otras sustancias de uso menos extendido, como la cocaína o la heroína. A menudo, los usuarios de cannabis –dependientes o no de la sustancia– tienen muy poca consciencia de los riesgos asociados al consumo y acuden a tratamiento principalmente resultado de la presión de la familia o de otras personas de su entorno.

### **Tratamiento del abuso o dependencia de cocaína**

Aunque algunas personas llegan a consumir cocaína durante largos períodos de tiempo sin experimentar consecuencias graves, la demanda de tratamiento especializado por la dependencia de esta sustancia y el tratamiento de las complicaciones agudas (principalmente episodios cardiovasculares y psiquiátricos) ha aumentado notablemente desde mediados de los años noventa en diferentes lugares de España. En los Estados Unidos, el consumo de cocaína –especialmente en forma de base libre o crack– ha venido ocasionando graves problemas sociales y sanitarios desde los años ochenta.

El abuso de alcohol aumenta la gravedad y empeora el pronóstico de los consumidores de cocaína. Además, muchas personas con antecedentes de abuso y dependencia de la heroína abusan también de la cocaína.

## Tratamiento del abuso o dependencia de otras drogas

De entre todas las drogas ilegales, la heroína continúa siendo la que genera una mayor demanda de tratamiento, tanto en España como en la mayoría de los países de la Unión Europea. Como la mayoría de los opiáceos, la heroína causa dependencia con relativa rapidez, y el tratamiento de la dependencia que ocasiona requiere generalmente un abordaje integral que incluya el seguimiento médico y psicológico de las personas afectadas.

A comienzos de los años noventa se extendió rápidamente el uso de las denominadas drogas sintéticas (o de diseño). Bajo esa denominación se presentan principalmente sustancias de estructura química y acción farmacológica próxima a las anfetaminas. La demanda de tratamiento por abuso o dependencia de estas drogas es muy limitada, especialmente teniendo en cuenta la elevada prevalencia de su consumo con fines recreativos. Las intervenciones asistenciales más habituales son las encaminadas a informar y motivar a usuarios ocasionales o que abusan de estas sustancias, aunque también es frecuente la demanda urgente de tratamiento por reacciones agudas (generalmente crisis de ansiedad) al consumo de anfetaminas y sustancias similares.

## Criterios de derivación

En general, la evaluación diagnóstica y el tratamiento de las personas susceptibles de un diagnóstico de dependencia de las drogas debería realizarse desde un equipo multidisciplinario especializado. Sin embargo, los servicios médicos de empresa pueden realizar importantes tareas en el cribado de estos usuarios y en la información, orientación y motivación de los casos que deban derivarse a otros servicios.

Es muy importante que la derivación a recursos especializados permita un seguimiento conjunto de los casos (idealmente, desde el centro especializado, la atención primaria de salud y los servicios médicos de empresa). Esta gestión conjunta del tratamiento puede proporcionar una mayor adherencia al tratamiento, que supone un valioso factor pronóstico.

Muchas de las personas que dependen de la heroína presentan importantes complicaciones médicas (incluyendo enfermedades infecciosas asociadas a la administración intravenosa) y psicológicas y un notable deterioro en las relaciones sociales. El abordaje de los casos de abuso o dependencia de la heroína requerirá, en la mayoría de los casos, la orientación o la derivación a recursos especializados.

Los servicios médicos de empresa, o los especialistas en Medicina del Trabajo pueden realizar importantes tareas en el cribado de usuarios de drogas, así como en tareas de sensibilización respecto al problema, motivación respecto a la necesidad de tratamiento, y orientación hacia otros servicios del Sistema Riojano de Salud.

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE DROGAS

Existen innumerables publicaciones que pueden servir como introducción y base para el abordaje preventivo y asistencial en relación a las drogas desde el ámbito laboral. Ver bibliografía básica al final del manual del Programa.

Además de recomendar la lectura de estos recursos de referencia, este anexo incluye a continuación un resumen de información básica, y a la vez relevante, sobre las distintas drogas, con especial énfasis en las drogas de mayor abuso en la población laboral: alcohol y tabaco.

Esta información, expuesta aquí en términos claros y didácticos le será a Ud. de utilidad para difundir en el marco de un programa de prevención y asistencia, ya sea como información general dirigida a la empresa en su conjunto, o como información específica dirigida –de forma personalizada– a los trabajadores con potenciales problemas.

### ► Alcohol

El alcohol etílico o etanol se produce de forma natural como resultado de la fermentación de los hidratos de carbono contenidos en preparaciones a base de frutas, cereales o tubérculos. De este modo se obtienen bebidas fermentadas como el vino o la cerveza.

En la Edad Media, el uso del alambique –que había sido inventado por los alquimistas árabes– hizo posible la elaboración de licores y aguardientes, con una mayor concentración de alcohol.

Después de ingerido, el alcohol que contienen las bebidas alcohólicas es absorbido principalmente en el estómago y en las porciones superiores del intestino delgado, aunque la velocidad de absorción varía en función del contenido gástrico (es más lenta con el estómago lleno –después de haber comido– y más rápida con el estómago vacío). Una vez absorbido, el alcohol se distribuye rápidamente por todos los tejidos del organismo, incluyendo el sistema nervioso y, en el caso de las mujeres embarazadas, el feto.

Una pequeña parte del alcohol ingerido se elimina sin alterar con el sudor y la respiración, pero la mayor parte de esta sustancia es metabolizada en el hígado

antes de ser eliminada del organismo.

El alcohol tiene un efecto depresor de la actividad del sistema nervioso central. Sus propiedades euforizantes tienen efectos gratificantes para el ser humano y para los animales de experimentación, confiriéndole una notable capacidad adictiva. Además, si el abuso de alcohol se mantiene durante suficiente tiempo, la interrupción repentina de su consumo desencadenará un síndrome de abstinencia característico que comienza generalmente con náuseas y temblores distales de las manos y que puede avanzar en gravedad hasta llegar –en ocasiones– a poner en peligro la vida del afectado.

Además de ocasionar numerosos casos de dependencia del alcohol, el consumo excesivo de alcohol ocasiona numerosas enfermedades digestivas, neurológicas, cardiovasculares, etc., que incrementan notablemente el absentismo laboral y el uso de servicios sanitarios de los consumidores excesivos de alcohol. Además, el uso excesivo de bebidas alcohólicas contribuye también al desarrollo de situaciones de agresividad, conflictos y malos tratos familiares, y marginación.

Los efectos inmediatos del consumo de alcohol incluyen un aumento del tiempo de reacción y un deterioro de la coordinación perceptivo-motora, lo que interfiere con el rendimiento en tareas motoras complejas y favorece la producción de accidentes de tráfico y laborales.

### ***Extensión del uso de alcohol en España***

España, junto con otros países de la Unión Europea, se halla en los primeros puestos del consumo mundial de alcohol puro por habitante y año (World Drink Trends, 2002).

Las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993, nos proporcionan información sobre el consumo de alcohol desagregada por Comunidades Autónomas, observándose importantes diferencias en la prevalencia de abstemios y de bebedores excesivos.

Comparando ambas encuestas podemos observar como prácticamente en todas las Comunidades Autónomas se ha producido un aumento en el porcentaje de población abstemia, siendo destacable el ocurrido en la Comunidad Autónoma de Madrid, Castilla y León y Baleares. Y paralelamente una disminución en el porcentaje de bebedores excesivos, siendo este descenso muy marcado en La Rioja, País Vasco, Cantabria y Extremadura (Ver Tablas 5.y 6).

Este mismo fenómeno de descenso de la prevalencia de consumo excesivo de alcohol a lo largo de la última década en nuestro país, se observa cuando se estudian los datos de los bebedores excesivos, según nivel de estudios y sexo.

Así mismo, en las últimas décadas se está produciendo un cambio importante en las tendencias de consumo de distintos tipos de bebidas alcohólicas. (Figura 4).

### ***Importancia del problema en España***

A pesar de observarse esta tendencia global a la disminución del abuso de alcohol, el consumo actual de alcohol y sus efectos negativos para la salud, ocupan el tercer lugar de la lista de los problemas sanitarios más frecuentes en España, después de los trastornos causados por el uso del tabaco, y las enfermedades cardíacas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estima que la mortalidad relacionada con el alcohol en España, estimándose que en 1997 fallecieron en nuestro país 12.032 personas por esta causa, lo que representó el 3,5% de todas las defunciones (Tabla 7).

Además de estas cifras de mortalidad, el abuso de alcohol genera graves problemas de salud, importantes costes sanitarios y laborales (absentismo, bajas por incapacidad...), malos tratos al cónyuge y a los niños, marginación, ruptura y abandono familiar.

<b>Tabla 5</b>				
<b>Población no consumidora de alcohol y bebedores excesivos, según comunidad autónoma.</b>				
Población de 16 y más años. España, 1987 y 1993				
	Población no consumidora		Bebedores excesivos	
	1987	1993	1987	1993
Andalucía	29,3	36,7	5,1	3,4
Aragón	38,3	33,7	4,7	3,7
Asturias	45,8	56,7	2,6	0,5
Baleares	27,6	34,3	4,7	1,1
Canarias	38,3	42,2	1,9	2,2
Cantabria	36,5	39,4	6,9	3,6
Castilla-La Mancha	33,6	37,1	3,8	3,2
Castilla y León	29,2	44,9	5,3	4,5
Cataluña	29,4	29,5	1,5	1,7
Comunidad Valenciana	34,6	38,9	2,5	1,3
Extremadura	38,1	45,4	6,9	4,4
Galicia	28,6	34,4	5,2	6,3
Madrid	20,9	40,9	3,5	2,4
Murcia	36,8	38,6	1,7	0,8
Navarra	33,6	27,8	4,3	2,2
Pais Vasco	28,1	39,2	7,3	2,1
La Rioja	34,9	46,2	6,6	1,0
Ceuta y Melilla		81,3		1,2

Fuente: **Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo de Salud para todos, 1995.**

Elaboración: **Subdirección General de la Salud y Epidemiología. MSC.**



**Tabla 6**  
**Bebedores excesivos, según nivel de estudios y sexo.**  
Tasa ajustada<sup>(1)</sup> por 100<sup>(2)</sup>. España, 1987, 1993 y 1997

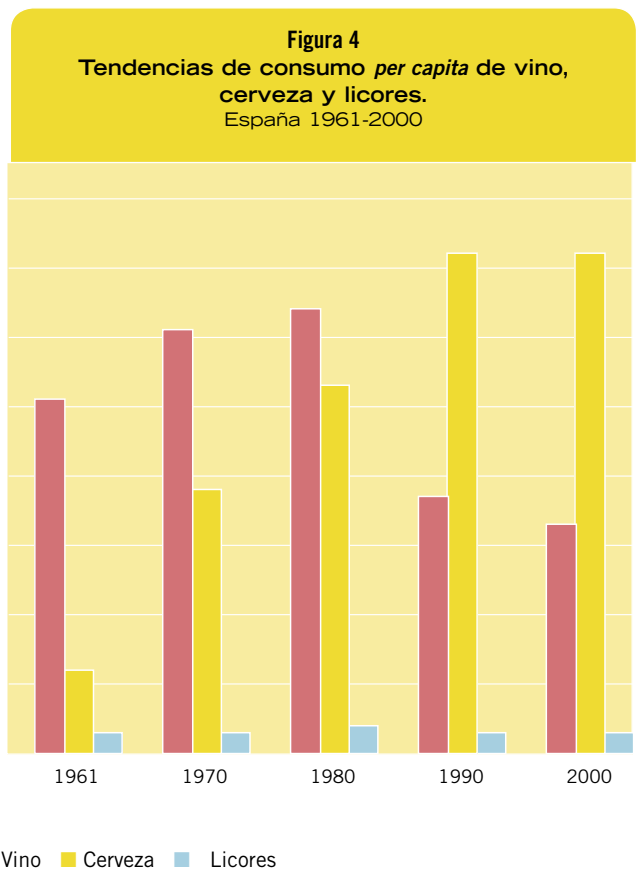
		1987	1993	1997
Ambos sexos	<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>2,7</b>	<b>2,5</b>
	Sin estudios	5,7	5,4	4,1
	Primer grado	3,6	2,9	4,2
	Segundo grado	4,1	2,6	2,8
	Tercer grado	2,2	1,9	1,4
Hombres	<b>Total</b>	<b>7,4</b>	<b>5,3</b>	<b>4,7</b>
	Sin estudios	12,4	10,4	8,1
	Primer grado	7,1	6,0	7,5
	Segundo grado	6,2	4,0	4,6
	Tercer grado	3,5	2,9	2,6
Mujeres	<b>Total</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>
	Sin estudios	0,6	1,7	0,0
	Primer grado	0,3	0,3	0,4
	Segundo grado	1,3	0,7	0,7
	Tercer grado	0,3	0,2	0,2

Fuente: E.N.S.: 1987, 1993 y 1997.

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSC.

<sup>(1)</sup>Tasa ajustada por edad. Población estándar, 1987.

<sup>(2)</sup>Solo se incluyen las respuestas válidas a "consumo de alcohol"



Fuente: World Drink Trends 2002 Edition. Oxfordshire: WARC

**Tabla 7**  
**Mortalidad atribuible al alcohol**  
España, 1997

	Cifras absolutas	Fración atribuible (%)	Nº de muertes atribuibles
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (E-571)	29,3	36,7	5,1
Accidentes de tráfico de vehículos de motor (E 810-819)	38,3	33,7	4,7
Pancreatitis aguda (E-577.0)	45,8	56,7	2,6
Psicosis alcohólica (E-291)	27,6	34,3	4,7
Síndrome de dependencia alcohólica (E-303)	38,3	42,2	1,9
Abuso de alcohol (E-305.0)	36,5	39,4	6,9
Envenenamiento accidental por alcohol, no clasificado en otra parte (E-860)	33,6	37,1	3,8
Suicidios y lesiones autoinfligidas (E-950-959)	29,2	44,9	5,3
Cardiomiopatía alcohólica (E-425.5)	29,4	29,5	1,5
Gastritis alcohólica (E-535.3)	34,6	38,9	2,5
Polineuropatía alcohólica (E-357.5)	38,1	45,4	6,9
Pancreatitis crónica (E-577.1)	28,6	34,4	5,2
Tumor maligno en labio, cavidad oral y faringe (E-140-149)	20,9	40,9	3,5
Tumor maligno en esófago (E-150)	36,8	38,6	1,7
Tumor maligno en laringe (E-161)	33,6	27,8	4,3
Homicidio (E-960-969)	28,1	39,2	7,3
<b>Total</b>	<b>23.337</b>		<b>12.032</b>

Fuente: Defunciones según la causa de muerte, 1997. INE 2000.

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección general de Salud Pública y Consumo. MSC.

### **Consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud**

Se pueden diferenciar las consecuencias inmediatas y a largo plazo del uso indebido del abuso de alcohol:

#### ▪ **Inmediatas:**

Incremento del riesgo de accidentalidad

Sensación de euforia y disminución de la inhibición

Pérdida del auto-control

Doble visión

Pérdida temporal de la memoria

Somnolencia

Muerte segura, si se ingieren 24 unidades de alcohol de una vez (245gr. de alcohol puro).

Hepatitis

Gastritis

Pancreatitis

Arritmias

Ataque aguda de gota

Impotencia

### ▪ **A largo plazo**

Beber por encima de los niveles de moderación, incrementa sensiblemente la posibilidad de sufrir diversas enfermedades. Para algunas enfermedades esta asociación está relacionada con la dosis tomada. Es decir, existe un riesgo creciente de daño a medida que se incrementa la dosis, pero todavía no existen evidencias científicas concluyentes que determinan si para este tipo de enfermedades existen niveles “seguros” de consumo.

#### **Las enfermedades mayormente asociadas con el consumo crónico y abusivo de alcohol son:**

- Dependencia
- Enfermedades hepáticas (*hepatomegalia, hepatitis, cirrosis y carcinoma hepático*).
- Gastritis.
- Anemia, deficiencia vitamínicas y déficits nutricionales.
- Daños cerebrales (demencia alcohólica y trastornos de los SNC y SNP).
- Trastornos sexuales (*atrofia testicular, impotencia y ginecomastia*).
- Pancreatitis.
- Diabetes.
- Obesidad.
- ACV.
- Miopatías.
- Infertilidad.
- Ginecomastia.
- Cáncer (*cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colón y recto*).
- Cáncer de mama (*posiblemente en asociación con otros factores de riesgo*).
- Enfermedades cardio-circulatorias (*cardiopatía alcohólica, hipertensión, incremento presión arterial, infarto*).
- Síndrome alcohólico fetal, asociado con abuso de alcohol durante el embarazo (*es una combinación de retraso en el desarrollo del feto, anomalías neurológicas y dismorfología facial*).
- Trastornos mentales (*ansiedad, fobias, depresión y otros trastornos emocionales*).
- Síndrome de abstinencia (*delirium tremens, desorientación, confusión, alucinaciones y temblores*).

### **Alcoholismo y actividad laboral**

Algunos tipos de trabajo suelen estar asociados a consumos de riesgo de alcohol. Sin embargo, al igual que otros índices sociométricos, resulta difícil saber si la elección de un trabajo es la causa o el efecto de un problema alcohólico. Parece claro que ciertas profesiones tienden a potenciar situaciones de riesgo alcohólico, mediante una o varias de las siguientes situaciones:

- **Disponibilidad del alcohol.** Cuando el alcohol está disponible durante las horas de trabajo. Esto se aplica a trabajadores de empresas dedicadas a la producción y distribución de alcohol, además de trabajos donde existe un elemento de “entretener” a otros.
- **Presión social.** En profesiones donde existe una fuerte presión por parte de los compañeros del trabajo a beber en exceso. Un ejemplo son los miembros de las fuerzas armadas y marineros, entre otros.
- **Obstaculización de relaciones sociales/sexuales normales.** Cuando el trabajo aleja al individuo de su hogar o amigos y compañeros durante períodos prolongados.
- **Falta de supervisión.** La ausencia de supervisión y el “factor de aislamiento” pueden ser elementos de presión y anomia que llevan a la vulnerabilidad. Las profesiones más vulnerables son médicos, directivos de empresa, jueces, abogados y representantes comerciales.
- **Grupo socio-económico: pobreza/riqueza.** El consumo regular de alcohol se asocia generalmente con niveles altos y bajos de ingresos. Es posible que una mayor capacidad adquisitiva de algunos profesionales, como directivos de empresa o diversos profesionales liberales, lleve a un exceso de consumo. En cambio, la pobreza causa la necesidad de consumir alcohol en un intento de escapar de la dura realidad de la vida.
- **Trabajos dependientes de la relación social** o fomentados por ella, tales como representantes comerciales, animadores sociales, relaciones públicas, etc.
- **Trabajo con altos requerimientos de rendimiento neuropsicológico.** Aquellos que implican riesgo por estrés elevado y por el peligro de consecuencias sobre otras personas, como trabajadores con maquinaria peligrosa, conductores, pilotos, etc.
- **Presión del entorno laboral.** En ciertas profesiones, el consumo de un individuo puede ser ocultado o, incluso, fomentado por sus propios compañeros, por ejemplo este fenómeno suele producirse entre médicos o militares.
- **Estrés.** Muchas profesiones tienen sus propias presiones y problemas característicos: la “invencibilidad” de los ejecutivos y de profesión médica, los peligros y las limitaciones de la vida militar, marinera, etc. El mundo del teatro y el espectáculo proporciona una considerable inseguridad laboral con largos períodos de “descanso” entre empleos.

A través de la incidencia de muertes por cirrosis en el Reino Unido, se realizó una aproximación a las actividades laborales con mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con el alcohol en aquel país<sup>13</sup>. La *Tabla 8* muestra las tasas de mortalidad según tipo de ocupación laboral.

Aunque no se pueden extrapolar estos datos a España, si es importante resaltar que existen asociaciones significativas entre tipo de ocupación y problemática alcohólica.

También se ha demostrado que existe una asociación entre problemas con el alcohol y los cambios frecuentes de trabajo, aunque de nuevo no está claro si uno de los dos fenómenos genera el otro o viceversa.

<sup>13</sup> Plant, M.A. (1987). *Drugs in Perspective*. London: Hodder and Stoughton.

**Tabla 8**  
**Mortalidad por cirrosis hepática entre hombres británicos con diferentes actividades laborales**  
 (1979-80, 1982-83)

Grupo	Tasa de mortalidad
Propietarios de bares	1.017
Marineros	873
Camareros	612
Oficiales marineros	417
Ingenieros electrónicos marineros	387
Directores de hoteles y clubes	342
Hosteleros	315
Pescadores	296
Cocineros	265
Propietarios de restaurantes	263
Autores, periodistas	261
Chóferes	225
Servicios doméstico o en colegios	141
Propietarios de garajes	140
Médicos	115
Trabajadores de granja	45
Trabajadores de imprentas	32
Supervisores de empresas de construcción	22

Fuente: M. A. Plant

### **Alcoholismo y accidentabilidad laboral**

Con el consumo de alcohol se da un aumento del riesgo de accidentes de todo tipo. Las lesiones laborales, accidentes de tráfico, accidentes con tra-seúntes, lesiones menores que requieren tratamiento (quemaduras, caídas, facturas óseas, etc.) son más probables en bebedores importantes.

En España distintos estudios sitúan entre el 15% y el 25% la siniestrabilidad laboral total debida a problemas relacionados con el alcohol.

El alcohol presenta también una correlación positiva con las lesiones laborales. Los bebedores tienen tres veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores y pierden una media de 86'1 días laborales cada año por enfermedad, comparado con 15 días para los demás empleados.

En el Reino Unido por ejemplo, se ha calculado que el coste en términos de pérdida de producción para la industria británica, es superior a 350 millones de libras esterlinas al año. Además de que el rendimiento laboral de una persona que bebe en exceso disminuye entre un 10 y un 60% con respecto a una persona abstemia o que bebe moderadamente.

### **Uso indebido del alcohol y accidentes de tráfico**

El 35% de los accidentes en las carreteras españolas tienen su origen en el

exceso de alcohol, superando la tasa de alcoholemia de 0'8 g/l.

Se considera que en nuestro país el alcohol está implicado en más del 40% de la mortalidad de los accidentes de tráfico.

Los fines de semana registran el mayor número de accidentes. Por ejemplo, en la Comunidad Autónoma Vasca, alrededor del 35% de los accidentes de tráfico ocurren las noches de los fines de semana entre las 0 horas del sábado y las 24 horas del domingo. En esta comunidad, el mayor número de conductores muertos o heridos se sitúa en una franja de edad entre los 18 y los 24 años.

Se calcula que en el 24% de los accidentes diurnos está presente el alcohol, mientras que esta proporción sube durante la noche –sobre todo las noches de los fines de semana– al 76% de los siniestros.

## ► Tabaco

Aunque el tabaco era utilizado en la América precolombina y su consumo se introdujo en Europa tras los primeros viajes de Colón, el tabaquismo no llegó a adquirir dimensiones epidémicas hasta el segundo cuarto del siglo XX. El uso de tabaco constituye actualmente la primera causa prevenible de enfermedad y fallecimiento prematuro en los países desarrollados, y amenaza ya la salud y el bienestar en numerosos países en vías de desarrollo.

La nicotina, una sustancia con una doble acción (estimulante y depresora, según la dosis ingerida), que actúa sobre el sistema nervioso central. Es además, el componente responsable de la dependencia que ocasiona el tabaco. Junto con la nicotina, otras sustancias contenidas en el humo del tabaco –como el monóxido de carbono y numerosos compuestos orgánicos– contribuyen a provocar en los fumadores numerosas patologías cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, etc.), diferentes formas de cáncer y enfermedades respiratorias.

La elevada morbilidad que ocasiona el tabaquismo conduce también a un aumento del absentismo y del uso de recursos sanitarios. Además, el consumo de cigarrillos puede ocasionar distracciones que aumenten el riesgo de accidentes y puede incrementar los efectos negativos de algunos contaminantes ambientales en el lugar de trabajo. Como se ha señalado, el uso de tabaco en el medio laboral no afecta únicamente a los empleados fumadores, sino también a los no fumadores.

### ***Prevalencia del tabaquismo en España***

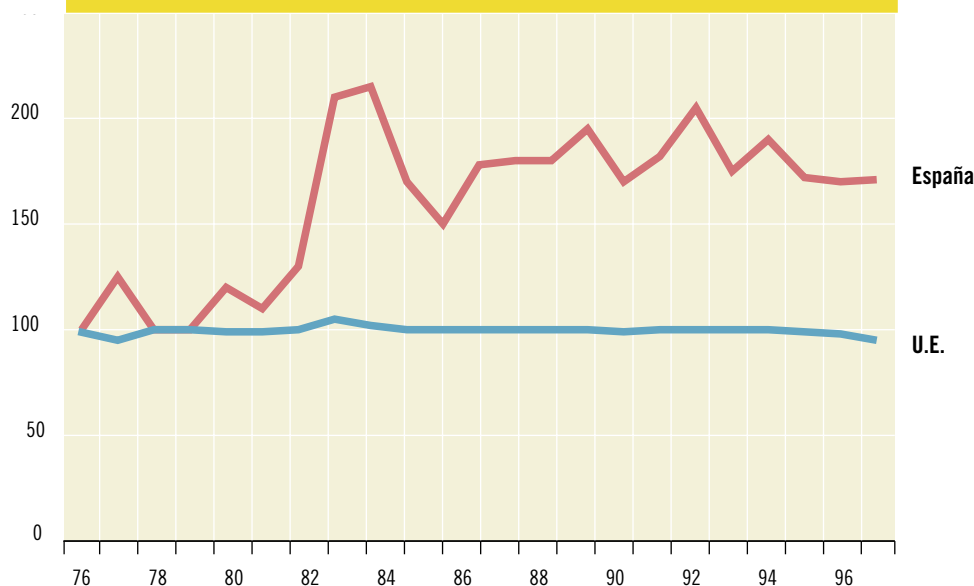
Al igual que en el resto de países industrializados, actualmente el tabaquismo es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible en España. En los países desarrollados se ha estimado que un 14,9% del total de muertes registradas en 1990 y un 11,7% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) son debidos al consumo de tabaco. En estos mismos países, la mitad de los fumadores mueren debido a su consumo de tabaco, y entre éstos, la mitad de las muertes se producen en una

edad media de la vida: 45-54 años.

En España, la nocividad del tabaco para la salud humana queda clara y explícitamente recogida en nuestra legislación desde finales de los años 80 (Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, BOE 9 marzo 1988, núm. 59).

Comparado con el resto de países de la Unión Europea (UE), el consumo anual per capita de cigarrillos en España se halla entre los más elevados de la Unión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Mientras en la UE el consumo medio de cigarrillos por persona y año ha venido descendiendo desde 1976 hasta 1997, último año disponible, en España la tendencia se mantiene estable, desde el importante incremento relativo que se produjo hace 20 años (Figura 5).

**Figura 5**  
**Índice de consumo per capita en España y la media de la U.E.**  
(1976-1997)



Fuente: **Ministerio de Sanidad y Consumo**

Si observamos los datos de prevalencia, en España se han mantenido niveles altos con una tendencia estabilizada durante los últimos 10 años. En la última década se ha producido un relevante descenso de la prevalencia del consumo de tabaco en los hombres, que ha pasado de 55% en 1987 al 44,8% en 1997, a la vez que se observaba un incremento en las mujeres (23% al 27,2%) en el mismo periodo. En la población general de 16 y más años se ha producido un moderado descenso en la prevalencia de consumo (38% a 35,7%). Es probable que el efecto de este descenso en la prevalencia no se haya trasladado al consumo medio de cigarrillos per capita debido al incremento medio de la intensidad de consumo en la población fumadora. Durante este mismo período se observa un incremento en la intensidad del consumo de cigarrillos de los fumadores. La proporción de grandes fumadores (más de 20 cigarrillos al día) se incrementa, tanto en hombres como en mujeres.

Como consecuencia de esta situación, mientras la mortalidad por cáncer de pulmón ha empezado a descender en la UE (un 3% entre 1988 y 1995), en España –a pesar de partir de una tasa menor- la mortalidad por cáncer de pulmón durante este periodo se incrementó en un 11%, superando en la actualidad la media de la UE (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Así mismo, mientras en el conjunto de la UE, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón descendió un 30% entre 1975 y 1995, en España el descenso en ese periodo fue del 22% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Además, según estimaciones conservadoras, el tabaquismo es el responsable de más de 50.000 muertes cada año en España. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco producen un impacto notable en la expectativa de vida de los fumadores, ya que una proporción importante de estas muertes se consideran prematuras y se producen en la edad media de la vida. Se ha estimado que en la población de fumadores se produce una pérdida media de 20 años en la expectativa de vida.

### ***Riesgos para la salud del consumo de tabaco***

Tres décadas de estudios han aportado evidencias incuestionables sobre el tabaquismo como factor de riesgo y primera causa de morbi-mortalidad en los países industrializados.

Entre las enfermedades más fuertemente asociadas con el tabaco, las más importantes son:

- **Cáncer de pulmón** (el 90% de este tipo de cánceres son debidos al tabaco)
- **Bronquitis crónica y enfisema pulmonar** (el 80% de las muertes en varones, por esta causa, son debidas al consumo de tabaco).
- El 75% de las **muertes por tumores de labio, boca, faringe, laringe y esófago**, son atribuibles al consumo de tabaco.
- **Enfermedades cardiovasculares** (el 20% de las muertes por cardiopatía isquémica son producidas por el tabaco, así como porcentajes menores de las muertes debidas a enfermedad cerebrovascular, hipertensiva y otras vasculares).

Los datos disponibles indican que una cuarta parte de las personas que fuman regularmente morirá precozmente a causa del tabaco. Algunas de estas personas podrían haber vivido 10, 20 o 30 años más, y disfrutado de una mayor calidad de vida.

Así, de cada 1.000 personas que mueren cada año en España, 150 mueren debido al consumo de tabaco, y esta cifra es muy superior a la de otras causas de muerte. Por ejemplo, el número de personas que muere prematuramente en nuestro país debido al tabaquismo equivale a que cada año desapareciera la mitad de los ciudadanos de Logroño.

Estas cifras significan, por ejemplo, que en una empresa donde trabajan 1.000 personas, de las cuales 400 sean fumadoras, 100 morirán prematuramente debido al consumo de tabaco, y otras muchas sufrirán distintas enfermedades crónicas, por la misma causa.



### ***El tabaco en el medio laboral: los fumadores involuntarios o pasivos***

La acción tóxica de los componentes del humo del tabaco no afecta únicamente a los fumadores: existen numerosas pruebas de que los fumadores involuntarios (o pasivos), que se ven obligados a respirar en un ambiente contaminado por el humo del tabaco, están sometidos a un mayor riesgo de enfermedades. Además, cuando una mujer gestante continúa fumando durante el embarazo, el feto se ve sometido también a los efectos negativos del tabaco, lo que conduce a una mayor incidencia de abortos espontáneos y a una disminución del peso y la talla al nacer que se mantendrá a largo plazo.

Se denomina “fumador pasivo” o “involuntario” a toda persona no fumadora que comparte con fumadores espacios cerrados y cargados de humo de tabaco (Aire Contaminado por Humo de Tabaco, ACHT). Circunstancia que se da con frecuencia en los lugares de trabajo. Según datos de la Unión Europea, el 55% de los ciudadanos europeos dicen estar expuestos al humo de tabaco en su lugar de trabajo.

El humo que inhala el fumador se denomina corriente principal. La corriente de humo que se produce cuando el cigarrillo se consume espontáneamente, se denomina corriente secundaria.

La corriente secundaria es el origen de una forma molesta y nociva de contaminación ambiental debido a la peligrosidad de los componentes químicos que la integran y al elevado número de locales públicos, empresas y espacios privados en los que se produce. Se sabe que las concentraciones de nicotina y alquitrán son tres veces superiores en la corriente secundaria que en la principal, y que la concentración de monóxido de carbono es alrededor de cinco veces superior.

Los fumadores involuntarios o pasivos, padecen una mayor número de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco que los no fumadores. Así:

- Se ha demostrado una **reducción significativa en los flujos mesoespiratorios** en fumadores pasivos similar a la encontrada en fumadores ligeros y en fumadores que no tragan el humo.
- El **riesgo de padecer cáncer de pulmón es dos veces superior** en personas no fumadoras que conviven con fumadores.
- Las **personas adultas asmáticas** que además respiran ACHT de forma involuntaria, ven incrementados sus problemas en más de un 20%.
- **El ACHT, afecta tanto a las personas que no fuman como las que sí consumen tabaco**, ambos grupos ven incrementada la frecuencia de problemas respiratorios y de garganta (tos, expectoración y reducción de la función pulmonar).

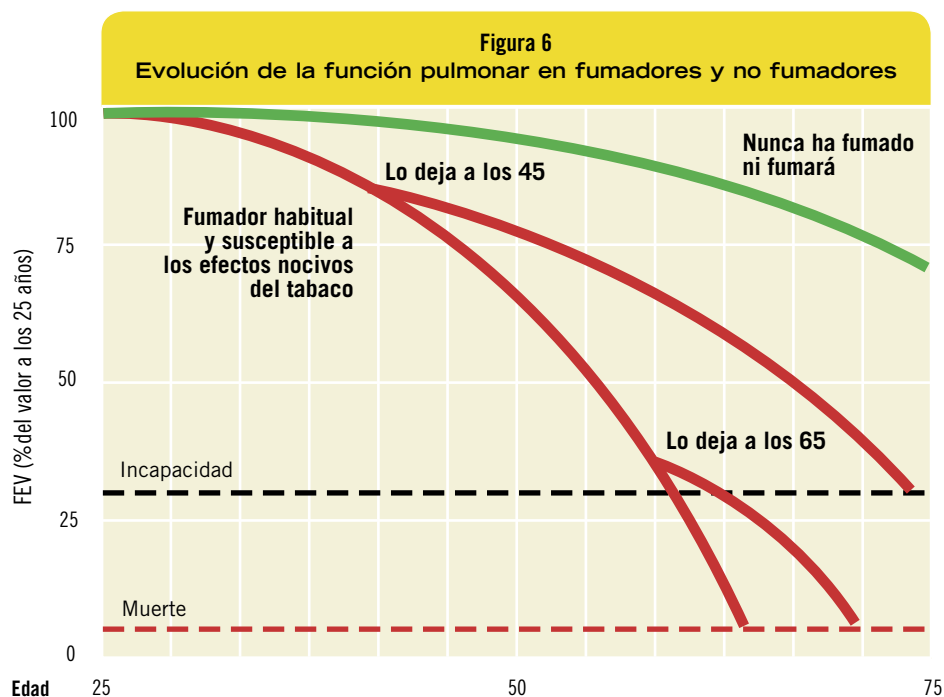
### ***Beneficios de dejar de fumar***

Una persona que deja de fumar notará los beneficios derivados de la suspensión del tabaco inmediatamente:

- Los riesgos de contraer enfermedades importantes empiezan a reducirse de inmediato.
- Su respiración mejorará rápidamente y se cansará menos.
- Disminuirá su predisposición a toser y a contraer infecciones.

- Será un ejemplo positivo para las jóvenes generaciones en general y para sus hijos, si los tiene.
- Olerá mejor, tanto la propia persona como su ropa.
- Rejuvenecerá la piel de su rostro.
- Recuperará el sentido del gusto y del olfato.
- Ahorrará dinero.

La *Figura 6* muestra la evolución de la función pulmonar (FEV<sub>1</sub>), en los no fumadores y en los fumadores que siguen fumando, dejan de fumar a los 45 años o lo dejan a los 65. En toda las personas, esta función disminuye con la edad, pero lo hace mucho más rápidamente en los fumadores. Aunque el riesgo de los ex-fumadores nunca será tan bajo como el de los no fumadores, la disminución es más lenta en los ex-fumadores que en los fumadores que continúan fumando. El diagrama muestra los efectos de dicha disminución. Un fumador que deja de fumar a los 45 años tarda unos 10-20 años más en encontrarse incapacitado que un fumador que continúa fumando, lo que en realidad viene a ser una parte importante del resto de su vida.



## ► Medicamentos de abuso

Desde comienzos del siglo XX, la industria farmacéutica ha venido desarrollando nuevos fármacos de gran utilidad en el tratamiento de diferentes trastornos psiquiátricos. Estos medicamentos, junto con otras sustancias utilizadas en el tratamiento del dolor, han producido notables beneficios terapéuticos e importantes mejoras en la calidad de vida de numerosos enfermos, pero algunos de ellos han demostrado riesgos notables en términos de su potencial de abuso y dependencia, especialmente cuando son utilizados al margen de un tratamiento médico.

El abuso y la dependencia de analgésicos opiáceos y de hipnosedantes puede ser –en unos pocos casos– el resultado de un tratamiento médico inadecuadamente supervisado o, más frecuentemente, un problema concomitante al abuso de alcohol u otras drogas. Muchos de estos medicamentos tienen un efecto que se añade o que potencia algunos de los efectos negativos del alcohol y otras drogas, incrementando el riesgo de intoxicación y diferentes alteraciones cognitivas, mnésicas, perceptivas y psicomotoras contribuyen a una disminución del rendimiento laboral y un mayor riesgo de accidentes.

En España, la Encuesta Domiciliaria sobre uso de Drogas (EED) proporciona información sobre el uso no médico de tranquilizantes y somníferos entre la población general de 15 años ó más. Los datos disponibles indican una prevalencia del uso no médico de estas sustancias relativamente limitada, que se ha venido manteniendo estable durante los últimos años.

También se han realizado estudios sobre el uso de estas sustancias entre la población trabajadora que sugieren unos mayores niveles de consumo.

**Tabla 9**  
Evolución del uso no médico de hipnosedantes durante los 12 meses previos según la edad entre la población general española  
1997-1999

	1997			1999		
	15-18 años	15-29 años	Todas las edades	15-18 años	15-29 años	Todas las edades
Tranquilizantes	1,3	1,9	2,0	1,2	1,8	2,0
Somníferos	0,4	0,9	1,2	0,5	1,1	1,3

Fuente: **Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001**

**Tabla 10**  
Evolución del uso no médico de hipnosedantes durante el último mes entre los trabajadores españoles  
1987-2001

	1987	1996	2001
Tranquilizantes	3,1	5,7	4,0
Somníferos	1,0	1,4	1,7

Fuente: **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.**

## ► Cannabis

Los derivados de la *Cannabis sativa* representan el grupo de drogas ilegales de uso más frecuente en la población española y de numerosos países desarrollados. En Europa, el preparado de mayor consumo es el hachís (*costo, chocolate, mierda...*) una resina que se obtiene al prensar la planta y que suele consumirse en forma de cigarrillos o porros en los que se ha mezclado con tabaco. Aunque menos frecuente, también está bastante extendido en España el uso de hojas y tallos secos de la planta (*marihuana, maría, hierba...*).

El reducido número de casos de dependencia de derivados del Cannabis en comparación con el gran número de consumidores, su limitado impacto sanitario, la idea de que se trata de un producto *natural* de uso tradicional en muchos países y, más recientemente, la discusión sobre las potenciales aplicaciones terapéuticas de alguno de sus principios activos, han contribuido a banalizar las posibles consecuencias negativas del uso de derivados del Cannabis.

El uso habitual de derivados del Cannabis puede causar dependencia y desencadenar diversas complicaciones psiquiátricas o exacerbar las ya existentes. Los principios activos del Cannabis tienen una acción depresora del sistema nervioso central y, por consiguiente, pueden afectar negativamente la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, aumentando el riesgo de accidentes laborales. Además, el humo procedente de los derivados del Cannabis contiene más sustancias cancerígenas que el humo de tabaco, y puede provocar también patologías respiratorias.

En España, como en muchos otros países desarrollados, los derivados del cannabis son las drogas ilegales de consumo más frecuente, tanto entre la población general como entre los trabajadores.

**Tabla 11**  
**Evolución del uso de cannabis entre la población general española**  
1995-1999

	1995	1997	1999
Alguna vez	13,5	21,7	19,5
Últimos 12 meses	6,8	7,5	6,8
Últimos 30 días	3,1	4,0	4,2

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001

**Tabla 12**  
**Evolución del uso de cannabis durante el último mes entre los**  
**trabajadores españoles**  
1987-2001

	1987	1996	2001
Últimos 30 días	11,5	9,1	8,3

Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.

## ► Cocaína

El uso de las hojas de coca con finalidades religiosas o para obtener un efecto estimulante se conocía en América muchos siglos antes de la llegada de Colón. Sin embargo, no fue hasta finales del siglo XIX cuando se aisló el principal ingrediente activo de la planta –la cocaína– y se comenzaron a investigar sus propiedades estimulantes y anestésicas.

La presentación más habitual de la cocaína es la de un polvo cristalino de clorhidrato de cocaína que se suele consumir aspirándolo por la nariz (*esnifándolo*) o inyectado. La cocaína tiene una poderosa acción estimulante de la que se deriva su enorme potencial adictivo tanto en el hombre como en animales de experimentación. Esta acción estimulante se traduce también en un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el ritmo respiratorio y la temperatura corporal, así como una dilatación de las pupilas.

En algunos lugares de los EEUU, otra presentación de cocaína comenzó ocasionando graves problemas sociales y sanitarios: se trata del crack, base libre de cocaína apta para ser fumada y con un potencial adictivo y unos efectos sobre el comportamiento más intensos aún que los del clorhidrato de cocaína. El uso de crack, que en España se conoce con otros nombres como el de basuco, es hasta el momento poco frecuente en Europa, aunque no puede descartarse una extensión del uso de crack en los próximos años.

En nuestro país, el consumo de cocaína ha ocasionado menos problemas que el uso de otras drogas como la heroína, a pesar de la existencia de un mayor número de usuarios recreativos. Sin embargo, desde mediados de los años 1990 se viene observando un notable incremento de la demanda de tratamiento especializado por abuso y dependencia de la cocaína, un incremen-

**Tabla 13**  
Evolución del uso de la cocaína entre la población general española  
1995-1999

	1995	1997	1999
Alguna vez	3,2	3,2	3,1
Últimos 12 meses	1,8	1,5	1,5
Últimos 30 días	0,4	0,5	0,6

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001

**Tabla 14**  
Evolución del uso de la cocaína durante el último mes entre los  
trabajadores españoles  
1987-2001

	1987	1996	2001
Últimos 30 días	2,4	3,1	1,6

Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid: FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.

to de la demanda de atención sanitaria urgente por alteraciones psiquiátricas y episodios cardiovasculares y respiratorios ocasionados por la cocaína, y una mayor presencia de esta sustancia en las defunciones por sobredosis de drogas. Este aumento de los problemas asociados al uso de cocaína no traduce, sin embargo, un crecimiento apreciable de la prevalencia de consumo de esta sustancia tal como se refleja en las encuestas poblacionales.

Aunque la relativa ausencia de una sintomatología de abstinencia tras la interrupción del uso habitual de cocaína supuso, durante algunos años, una cierta banalización de las complicaciones derivadas del uso de esta sustancia, existen abundantes pruebas del elevado potencial adictivo de la cocaína y del notable riesgo de complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral...) y psiquiátricas (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, alucinaciones, ideas paranoides, psicosis...) derivadas del consumo de esta sustancia.

Existen también pruebas de que el consumo simultáneo de cocaína y alcohol puede potenciar los efectos adictivos y tóxicos de ambas sustancias, superando incluso las complicaciones derivadas del uso de cada una de ellas por separado.

Muchos consumidores de cocaína pueden dar también muestras de depresión y otros problemas psicológicos durante los períodos en los que no consumen la sustancia (por ejemplo, **durante la jornada de trabajo**), lo que puede llegar a influir negativamente en su atención y concentración.

## ► Heroína

La heroína fue sintetizada hace más de un siglo con el objetivo de disponer de un medicamento eficaz como la morfina en el tratamiento del dolor pero que no provocara adicción. Lamentablemente pronto se pudo comprobar el potencial adictivo de esta nueva sustancia que, como la mayoría de las sustancias opiáceas, ocasiona dependencia tras el uso continuado. Aunque la morfina y numerosas sustancias opiáceas continúan siendo fármacos indispensables por sus propiedades analgésicas, antitusígenas y antidiarréicas, muy pocos países autorizan el uso de heroína con fines médicos.

En España el consumo de heroína se desarrolló notablemente desde finales de los años 1970 a mediados de los 1980. Desde entonces, la población de usuarios problemáticos de heroína parece haberse estabilizado, aunque seguirá originando importantes necesidades sanitarias y sociales.

Los consumidores de heroína suelen ser personas con una historia prolongada de abuso de otras drogas y, frecuentemente, utilizan o han utilizado la

inyección como forma habitual para administrarse esta sustancia. Pese a ello, durante la última década se han observado nuevas vías de administración de heroína que tienden a sustituir el uso de la inyección intravenosa: muchos consumidores de heroína de España y algunos otros países europeos inhalan vapores de heroína después de calentar la droga distribuida sobre un papel de aluminio en lo que se conoce como *chinos*.

Sin embargo, la amplia utilización de la inyección entre los consumidores de heroína ha propiciado la transmisión de muchas enfermedades infecciosas, como las hepatitis víricas o la infección por el VIH. Como consecuencia de ello, España se ha convertido en uno de los países del mundo con una mayor prevalencia de casos de SIDA entre usuarios de drogas por vía parenteral.

La introducción de diversas modalidades de tratamiento y, en particular, de los programas de mantenimiento con metadona, ha favorecido un mayor acercamiento de los heroinómanos a los dispositivos sociales y sanitarios, y a contribuido a mejorar la calidad y la esperanza de vida de esta población. Muchos heroinómanos en tratamiento pueden iniciar un proceso de incorporación al mundo laboral, un elemento muy importante para su integración social.

A pesar de su notable impacto sanitario, el consumo de heroína afecta solamente a una parte muy pequeña de la población española.

**Tabla 15**  
**Evolución del uso de la heroína entre la población general española**  
1995-1999

	1995	1997	1999
Alguna vez	1,0	0,5	0,4
Últimos 12 meses	0,5	0,2	0,1
Últimos 30 días	0,3	0,2	0,1

Fuente: **Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001**

**Tabla 16**  
**Evolución del uso de la heroína durante el último mes entre los**  
**trabajadores españoles**  
1987-2001

	1987	1996	2001
Últimos 30 días	0,6	0,3	0,1

Fuente: **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.**

## ► Anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis

Desde comienzos de los años 1990 se viene registrando en España un importante aumento del consumo de las denominadas drogas de diseño o drogas de síntesis. Aunque esta denominación genérica trata de describir un amplio conjunto de sustancias sintetizadas en laboratorios clandestinos, todo parece indicar que diferentes sustancias anfetamínicas, otros principios activos relacionados con las anfetaminas como el MDMA o éxtasis y, en menor medida, sustancias alucinógenas como el LSD, son las más presentes en el mercado ilegal.

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

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



**Tabla 17**  
Evolución del uso de anfetaminas, alucinógenos y éxtasis entre la población general española  
1997-1999

		1997	1999
<b>Anfetaminas</b>	Alguna vez	2,5	2,2
	Últimos 12 meses	0,9	0,7
	Últimos 30 días	0,3	0,2
<b>Alucinógenos</b>	Alguna vez	2,6	1,9
	Últimos 12 meses	0,9	0,6
	Últimos 30 días	0,2	0,2
<b>Éxtasis</b>	Alguna vez	2,5	2,4
	Últimos 12 meses	1,0	0,8
	Últimos 30 días	0,2	0,2

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001

**Tabla 18**  
Evolución del uso de anfetaminas, alucinógenos y drogas sintéticas durante el último mes entre los trabajadores españoles  
1987-2001

	1987	1997	2001
Anfetaminas	1,5	1,6	0,6
Alucinógenos	0,7	0,6	0,4
Drogas sintéticas	-	1,5	0,8

Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.

## **EL HUMO DE TABACO EN LA EMPRESA: IMPACTO EN LOS TRABAJADORES Y REGULACIONES A TENER EN CUENTA**

### **¿Qué es el Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT)?**

El humo de tabaco respirado por las personas que no fuman constituye una mezcla formada por diversos componentes con cuatro orígenes diferentes: 1) el humo exhalado por el fumador; 2) el humo emitido por el cigarrillo en su combustión espontánea; 3) los contaminantes emitidos por el cigarrillo en el momento de fumar; y 4) los contaminantes que se difunden a través del papel del cigarrillo entre las caladas.

La diferencia sustancial en las características del humo de tabaco según la fuente de origen, es el grado de combustión de la materia orgánica que tiene lugar en cada caso. Al fumar se hace pasar aire a través de la zona incandescente del cigarrillo, el humo procede de una combustión con presencia de oxígeno, y al propio tiempo filtrada en su recorrido a lo largo del cigarrillo. Este humo inhalado por el fumador se deriva de la llamada **corriente principal**. Por el contrario, el humo que se desprende del extremo incandescente del cigarrillo (la **corriente secundaria**) se produce a partir de una combustión espontánea, a menor temperatura y con menos oxígeno, y tiene por ello un mayor contenido de productos de desecho, contenido de monóxido de carbono, amoníaco, nitrosaminas y acroleína.

Esto, unido al hecho de que el tamaño de sus partículas es menor, por lo que alcanzan porciones más profundas del sistema broncopulmonar, hace que obligadamente tenga que considerarse más nociva la corriente secundaria. Algunos de estos componentes como el cadmio, un agente reconocido como productor de cáncer de pulmón en personas y animales, se encuentra en concentración seis veces superior en la corriente secundaria.

Del mismo modo, estas diferencias de origen hacen que muchos de los componentes que en la corriente principal se presentan mayoritariamente en forma de partículas, lo hagan en forma de gases en la corriente secundaria (por ejemplo la nicotina). De esta forma, **los modernos sistemas de limpieza del aire utilizados en las empresas, pueden considerarse ineficaces frente a**

**muchos componentes del aire contaminado por humo de tabaco (AHT), dado que tales sistemas son efectivos para retirar las partículas del aire, pero no los son tanto para eliminar los gases.**

### **El humo de tabaco en la empresa ¿constituye un riesgo real para las personas que no fuman?**

Trabajar en un ambiente cargado de humo de tabaco incrementa sensiblemente los riesgos para la salud, tanto de las personas que fuman como de quienes no consumen tabaco.

La investigación disponible actualmente, fruto de más de 30 años de estudios en todo el mundo, confirma que las personas que no fuman pero están expuestas a (AHT), tienen elevados niveles en sangre de:

- Nicotina
- Monóxido de carbono
- Más de 400 sustancias tóxicas diversas, entre ellas, diversos agentes carcinógenos.

#### **Los principales riesgos para la salud del AHT, para quienes no fuman son:**

- Cáncer de pulmón
- Enfermedades respiratorias
- Riesgos de complicaciones perinatales en madres fumadoras.
- Bajo peso al nacer de los hijos de madres que fuman durante el embarazo

#### **Además, los no fumadores expuestos al AHT pueden sufrir molestias como:**

- Irritación ocular
- Irritación de garganta
- Incremento de resfriados
- Tos
- Dolor de cabeza
- Náuseas

Las personas mayores, las que padecen problemas cardiovasculares y las personas asmáticas, sufren este tipo de molestias con mayor intensidad y gravedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó hace casi 20 años una resolución<sup>14</sup> en la que instaba a todos los gobiernos a *“tomar las medidas necesarias para asegurar que se respetan los derechos de las personas que no fuman, se garantice su protección frente al AHT, en lugares públicos, restaurantes, medios de transporte público y lugares de trabajo”*.

La misma resolución de la OMS añade que: *“obligar a respirar AHT viola el derecho a la salud de los no fumadores, quienes tienen el derecho a ser protegidos de este nocivo factor de contaminación ambiental”*.

#### **Respirar AHT implica:**

- Un riesgo de padecer cáncer de pulmón 57 veces superior al estimado para la contaminación por asbesto, arsénico, benceno, cloruro de vinilo y radiaciones, todos ellos riesgos laborales, cuya capacidad para provocar la aparición de cáncer es sobradamente conocida, lo que convierte al humo de tabaco en el contaminante ambiental con mayor poder carcinogénico.

<sup>14</sup> XXXIX Asamblea Mundial de la Salud de 1986

- la dosis media de nicotina recibida por un no fumador expuesto al ACHT oscilaría entre el 0.5% de la dosis que absorbe un gran fumador (fumador de 20 o más cigarrillos al día), y el 2% alcanzado en las personas más intensamente expuestas.
- Incrementar el riesgo de sufrir enfermedades respiratorias, agravar problemas como el asma o, en el caso de las mujeres embarazadas, causar problemas al bebé.

Todos estos riesgos afectan a las personas que fuman y también a quienes han decidido no consumir cigarrillos.

El riesgo se incrementa con el grado de concentración de humo en el aire, y el número de horas de exposición al ACHT.

### **¿Qué dice la Ley?**

El uso de tabaco en el medio laboral está regulado por diversas leyes (Reales Decretos 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, BOE 9 marzo 1988, núm. 59; y 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, BOE 7 agosto 1999, núm. 188; y la Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud, BO de La Rioja, 23 de abril de 2002, núm. 1763).

Estas leyes indican donde está prohibido el consumo de tabaco:

- Lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar el tabaco con el perjuicio ocasionado por otros contaminantes industriales o ambientales.
- Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.
- Guarderías infantiles y centros de atención social destinados a menores de 18 años.
- Centros, servicios y establecimiento sanitarios.
- Centros de servicios sociales.
- Centros docentes.
- Dependencias de las Administraciones Públicas, salvo las que se encuentren al aire libre.
- Locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos.
- Salas de uso público general, de lectura, de conferencias y de exposiciones tales como museos y bibliotecas.
- Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.
- Teatros, cines, y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.
- Ascensores y elevadores.
- Vehículos o medios de transporte colectivos, urbanos o interurbanos.
- Vehículos de transporte escolar y los destinados total o parcialmente al transporte de menores de 18 años y enfermos.

En algunos de estos lugares, deberán establecerse zonas diferenciadas para fumadores.

En caso de conflicto, el derecho de los no fumadores deberá prevalecer sobre el derecho a fumar.

### **Programa Riojano *Espacios sin Humo***

“Espacios sin Humo” es un programa de actuación al servicio de las empresas, tanto públicas como privadas.

Es el resultado del convenio firmado el 10 de octubre de 2000 entre la Consejería de Salud, el Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones y la Asociación Española contra el Cáncer de La Rioja.

Se trata de un conjunto de acciones, coordinadas por un equipo de gestión, cuyos objetivos principales son:

1. Promover el cumplimiento de la normativa vigente relacionada con el tabaco, y
2. Favorecer la convivencia entre fumadores y no fumadores en el lugar de trabajo.

El programa desarrolla una serie de actividades, entre las que destacan:

- Estudio de las características y opinión de los trabajadores respecto al tabaco y el tabaquismo en su lugar de trabajo, a partir del cual derivar actuaciones para una política de empresa.
- Delimitación y señalización de áreas para fumadores y no fumadores, previa participación y sondeo de los empleados.

Cualquier empresa interesada en desarrollar un programa de actuación sobre tabaquismo, encontrará amplia información en el siguiente espacio web:

**[www.larioja.org/espaciosinhumo](http://www.larioja.org/espaciosinhumo)**

Además de la descripción del programa “Espacio sin Humo”, en esta web se puede encontrar información sobre el tabaco y el tabaquismo, la legislación vigente, además de otras herramientas de apoyo para poner en marcha el programa en cualquier empresa interesada.



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN:  
SITUACIÓN INICIAL EN LA EMPRESA Y  
EVALUACIÓN DE RESULTADOS  
(SEGUIMIENTO)**

Este cuestionario tiene como objetivo conocer sus opiniones con respecto al uso de tabaco, alcohol y drogas en el lugar de trabajo.

Sus respuestas, junto con las de sus compañeros, ayudarán a diseñar un programa de información, prevención y apoyo en relación con las drogas en la empresa.

Recuerde que **sus respuestas son totalmente anónimas**, y serán tratadas confidencialmente.

**Por favor, marque la respuesta que considere apropiada.**

1. *¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su opinión sobre el uso de tabaco en el área donde Vd. trabaja?*

**Marque una sola respuesta**

- El uso de tabaco debería estar prohibido
- Debería haber áreas separadas en las que estuviera permitido fumar
- El uso de tabaco tendría que estar permitido en todas las áreas
- No sé

2. *¿Cuál de las siguientes frases le describe mejor?*

**Marque una sola respuesta**

- No fumador
- Ex fumador
- Fumador, pero me gustaría dejarlo
- Fumador, pero me gustaría fumar menos
- Fumador, y no quiero dejarlo

3. *¿Fuma la gente actualmente en el lugar donde Vd. suele trabajar?*

- Sí  No

4. *¿Le molesta el humo del tabaco en el trabajo?*

- Sí  No

5. *Si piensa que le molesta el humo del tabaco en el trabajo, indique de qué modo le afecta*

**Marque tantas respuestas como desee**

- Preocupación sobre los efectos a largo plazo sobre la salud
- Crisis asmáticas
- Alergias
- Problemas respiratorios
- Malestar
- Ojos irritados
- Dolores de cabeza
- Tos
- Goteo nasal
- Problemas de concentración
- Mal olor en la ropa o el pelo



6. *En qué lugares cree que ocasiona problemas el tabaco*

Marque una respuesta en cada línea

	Ningún problema	Algunos problemas	Muchos problemas	No lo sé
Pasillos				
Ascensores				
Salas de reunión				
Salas de trabajo				
Despachos individuales				
Recepción				
Cafetería / restaurante				
Salas de descanso				
Despachos compartidos				
Escaleras				
Lavabos				
Vehículos				

7. *¿Ha tenido alguna vez que cambiar de área de trabajo porque otras personas fumaban, o ha deseado hacerlo?*

- Varias veces  
 alguna vez  
 Nunca

8. *¿Cuál de las medidas siguientes en relación al uso de tabaco habría que implantar en su empresa?*

Marque solamente una respuesta

- El uso de tabaco debe estar permitido en todas partes  
 El uso de tabaco ha de permitirse en áreas de fumadores separadas  
 El uso de tabaco no debe permitirse en ningún lugar  
 Otras medidas (indique cuáles):

.....  
 .....  
 .....

Las preguntas 9 a13 son solamente para fumadores. Si Vd. no fuma, pase a la pregunta 14

9. *¿Fuma Vd. en su lugar de trabajo?*

- Sí  No

10. *¿Fumaría Vd. menos, o intentaría dejarlo, si no pudiera fumar en el lugar de trabajo?*

- Fumaría menos  
 Intentaría dejar de fumar  
 No sé

11. *¿Qué dificultad supondría para Vd. no poder fumar nada durante las horas de trabajo?*

**Marque solamente una respuesta**

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

12. *¿Qué dificultad supondría para Vd. el hecho de poder fumar solamente en algunos momentos y en áreas de fumadores separadas?*

**Marque solamente una respuesta**

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

13. *¿Aprovecharía Vd. para dejar de fumar si le ofrecieran ayuda para ello en el trabajo?*

- Sí    No

14. *¿Piensa Vd. que el consumo de bebidas alcohólicas (como la cerveza, el vino, el cava o champán, los licores, etc.) causa algún problema en su empresa? Indique cuáles.*

**Marque todas las respuestas que le parezcan apropiadas**

- Accidentes laborales
- Bajas por enfermedad
- Disminución del rendimiento laboral
- Sanciones o despidos
- Disputas o discusiones entre los empleados
- Otros problemas (indique cuáles):  
.....  
.....  
.....
- El uso de alcohol no causa ningún problema en mi empresa

15. *¿Cuál de las medidas siguientes en relación al uso de bebidas alcohólicas habría que implantar en su empresa?*

**Marque todas las respuestas que le parezcan apropiadas**

- Distribución de folletos con información sobre el alcohol
- Atención médica de los trabajadores con problemas relacionados con el alcohol
- Prohibición de la venta de bebidas alcohólicas en todos los recintos de la empresa (incluyendo la cafetería o restaurante)
- Otras medidas (indique cuáles):  
.....  
.....  
.....

16. *¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su experiencia con las bebidas alcohólicas (recuerde que son bebidas alcohólicas la cerveza, el vino, el cava o champán, los licores, etc.)*

- Nunca he tomado bebidas alcohólicas, ni una sola vez
- Tomaba bebidas alcohólicas de vez en cuando, pero ahora ya no bebo
- Tomaba bebidas alcohólicas habitualmente, pero ahora ya no bebo
- Tomo bebidas alcohólicas esporádicamente, en fiestas o celebraciones, pero hace más de 30 días que no bebo
- Durante los últimos 30 días, he tomado alguna vez bebidas alcohólicas

Si ha consumido alguna bebida alcohólica durante los últimos 30 días, responda a las preguntas 17 a 21

Si no ha consumido bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días, pase a la pregunta 22

17. *¿Con qué frecuencia toma alguna “bebida alcohólica”? Considere que una caña de cerveza, o una copa de vino, o un vermut, o una copa de licor de frutas, equivalen a una “bebida alcohólica”. Un cubalibre o un whisky equivalen a dos “bebidas alcohólicas”.*

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- 2 ó 3 veces al mes
- 2 ó 3 veces por semana
- 4 ó más veces por semana

18. *¿Cuántas “bebidas alcohólicas” suele tomar durante un día de consumo normal?*

- 1 a 2
- 3 a 4
- 5 a 6
- 7 a 9
- 10 ó más

19. *¿Con qué frecuencia toma seis o más “bebidas” en una sola ocasión?*

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Diariamente o casi

20. *¿Qué dificultad supondría para Vd no poder consumir ninguna bebida alcohólica durante las horas de trabajo?*

**Marque solamente una respuesta**

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

21. Su consumo de bebidas alcohólicas, ¿le ha producido alguno de los siguientes problemas?

**Marque todas las respuestas que le parezcan apropiadas**

- Problemas de salud
- Disputas o conflictos con los compañeros de trabajo
- Accidentes laborales
- Faltar algún día al trabajo
- Disminución del rendimiento laboral
- Sanciones en la empresa
- Conflictos en la familia
- Dificultades económicas
- Otros problemas (indique cuáles):  
.....  
.....  
.....
- Ningún problema

Las preguntas siguientes se refieren a su experiencia con las drogas.

Lea detenidamente y responda a cada una de las preguntas.

Recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y que todas las respuestas se tratarán **confidencialmente**.

22. *Escoja la respuesta que describa mejor su experiencia con los **porros** (Recuerde que los porros contienen hachís o marihuana, y que también se conocen con el nombre de cannabis, hierba, chocolate, canutos, etc)*

- Nunca he fumado porros, ni una sola vez
- Fumé porros una o dos veces, pero no he vuelto a hacerlo
- Fumaba porros de vez en cuando, pero ahora ya no lo hago
- Fumaba porros habitualmente, pero ahora ya no lo hago
- Fumo porros esporádicamente, en fiestas o celebraciones, pero llevo más de 30 días sin fumar
- Durante los últimos 30 días he fumado porros alguna vez, pero no todas las semanas
- Fumo porros al menos una vez a la semana
- Fumo porros al menos una vez al día

23. *Escoja la respuesta que describa mejor su experiencia con las **drogas sintéticas** (recuerde que las drogas sintéticas se conocen también con muchos otros nombres, como éxtasis, drogas de diseño, pastillas o pastis, tripis, speed, etc.)*

- Nunca he tomado drogas sintéticas, ni una sola vez
- Tomé drogas sintéticas una o dos veces, pero no he vuelto a hacerlo
- Tomaba drogas sintéticas de vez en cuando, pero ahora ya no lo hago
- Tomaba drogas sintéticas habitualmente, pero ahora ya no lo hago
- Tomo drogas sintéticas esporádicamente, en fiestas o celebraciones, pero llevo más de 30 días sin tomar
- Durante los últimos 30 días he tomado drogas sintéticas alguna vez, pero no todas las semanas

- Tomo drogas sintéticas al menos una vez a la semana
  - Tomo drogas sintéticas al menos una vez al día
- 24.** *Escoja la respuesta que describa mejor su experiencia con la **cocaína** (recuerde que la cocaína se conoce también con otros nombres, como coca, perico, farlopa, base, basuco, crack, etc.)*
- Nunca he tomado cocaína, ni una sola vez
  - Tomé cocaína una o dos veces, pero no he vuelto a hacerlo
  - Tomaba cocaína de vez en cuando, pero ahora ya no lo hago
  - Tomaba cocaína habitualmente, pero ahora ya no lo hago
  - Tomo cocaína esporádicamente, en fiestas o celebraciones, pero llevo más de 30 días sin tomar
  - Durante los últimos 30 días he tomado cocaína alguna vez, pero no todas las semanas
  - Tomo cocaína al menos una vez a la semana
  - Tomo cocaína al menos una vez al día
- 25.** *Escoja la respuesta que explique mejor su experiencia con la **heroína** (recuerde que la heroína se conoce también con otros nombres, como caballo, jaco, etc.)*
- Nunca he tomado heroína, ni una sola vez
  - Tomé heroína una o dos veces, pero no he vuelto a hacerlo
  - Tomaba heroína de vez en cuando, pero ahora ya no lo hago
  - Tomaba heroína habitualmente, pero ahora ya no lo hago
  - Tomo heroína esporádicamente, en fiestas o celebraciones, pero llevo más de 30 días sin tomar
  - Durante los últimos 30 días he tomado heroína alguna vez, pero no todas las semanas
  - Tomo heroína al menos una vez a la semana
  - Tomo heroína al menos una vez al día

Por favor, devuelva este cuestionario a:

*Muchas gracias por su participación*

## MODELOS DE MENSAJES DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A DIRECTIVOS Y EMPLEADOS

### **Carta a los directivos**

Estimado señor,  
Estimada señora,

En el marco de colaboración entre las organizaciones laborales y el Plan de Drogodependencias de La Rioja, diferentes empresas de nuestra Comunidad, están desarrollando programas de prevención y asistencia de drogodependencias en el Medio Laboral.

Como sabe, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas contribuye a causar numerosos problemas en el conjunto de la sociedad. El mundo de la empresa no es, lógicamente, ajeno a estos problemas que tienen importantes repercusiones:

- Incremento del absentismo laboral
- Disminución de la productividad
- Costes adicionales por sustitución temporal o pérdida de empleados
- Mayor incidencia de conflictos en las relaciones entre los empleados y entre éstos y los directivos
- Incremento de la accidentabilidad laboral
- Costes sanitarios
- Deterioro de la imagen corporativa de la empresa en la comunidad donde se asienta

Muchos de estos problemas pueden abordarse adecuadamente mediante intervenciones pautadas y probadamente eficaces, para mejorar el rendimiento y la calidad de vida en la empresa. Pero para poder desarrollarlas con éxito, resulta necesaria la implicación de todas las fuerzas del mundo del trabajo (dirección, mandos, trabajadores, representantes sindicales, equipo de prevención, etc.), pero muy especialmente su apoyo decidido desde la dirección de la empresa.

En este sentido, el/los ..... de su empresa considera/mos necesario y beneficioso para la empresa, poner en marcha un programa de prevención y asistencia capaz de afrontar estos problemas que abuso de drogas detectados en los últimos años (recientemente.....).

Deseamos poder fijar una reunión con Ud. con el fin de informarle del proyecto y solicitar su colaboración en aspectos relacionados con supuesta en marcha.

Gracias de antemano por su inestimable ayuda y comprensión.

Atentamente,

### **Carta a los empleados**

Estimado señor,  
Estimada señora,

En el marco de colaboración entre las organizaciones laborales y el Plan de Drogodependencias de La Rioja, diferentes empresas de nuestra Comunidad están desarrollando programas de prevención y asistencia de drogodependencias en el Medio Laboral.

El objetivo de estos programas es mejorar la situación de todos los que integramos la empresa con relación a diversos problemas que pueden estar afectando nuestra salud y calidad de vida.

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas contribuye a causar numerosos problemas en el conjunto de la sociedad. El mundo de la empresa no es, lógicamente, ajeno a estos problemas que tienen graves repercusiones para empresarios y trabajadores:

- Enfermedades
- Conflictos en las relaciones entre los empleados
- Aumento del riesgo de sufrir accidentes
- Deterioro de la calidad de vida
- Deterioro de las relaciones familiares

Con el fin de prevenir estos importantes problemas, el/los ..... de la empresa ha/hemos diseñado un programa específico adaptado a las características y situación de nuestra empresa. En este programa participan, además de la dirección de la empresa, los representantes de los trabajadores, los servicios médicos y otras unidades implicadas en la prevención de riesgos laborales.

Durante las próximas semanas usted recibirá nuevas informaciones sobre los contenidos y las prestaciones este programa de prevención y asistencia. Le ruego que dedique un poco de su tiempo a estudiar las propuestas contempladas en esta iniciativa y no dude en solicitar cualquier información que considere necesaria.

Muchas gracias por su interés y colaboración,

Atentamente,

## RECURSOS DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN

- **Comisionado Regional para la Droga**  
C/ Vara de Rey, 42 - 3ª planta  
26071 Logroño, La Rioja  
**Tels.** 900 714 110  
**e-mail:** comisionado.drogas@larioja.org
- **Oficina de Información del Comisionado Regional para la Droga**  
C/ Vara de Rey, 42 - 3ª planta  
26071 Logroño, La Rioja  
**Tels.** 900 714 110  
**www.**larioja.org/infodrogas  
**e-mail:** oficina.drogas@larioja.org

## RECURSOS DE APOYO Y DERIVACIÓN EN LA RIOJA

### ► Equipos especializados en Salud Mental y Drogodependencias

- **Centro de Prevención y Tratamiento del Alcoholismo**  
C/ Gran Vía, 34 –entreplanta izda.  
26002 Logroño. La Rioja  
**Tels.** 941 28 78 28 / 900 70 70 40
- **Centro de Salud Mental y Toxicomanías**  
C/ San Francisco, 1  
26001 Logroño, La Rioja  
**Tel.** 941 29 11 60
- **Equipo de Salud Mental Logroño Este**  
C/ Rodríguez Paterna, 23  
26001 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 23 69 22
- **Equipo de Salud Mental Logroño Sur**  
Avda. Pío XII, 12 bis  
26003 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 23 22 77
- **Equipo de Salud Mental Logroño Oeste**  
Avda. Pío XII, 12 bis  
26003 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 22 14 08



- **Equipo de Salud Mental Rioja Baja**

Avda. Numancia, s/n  
26500 Calahorra. La Rioja  
**Tel.** 941 13 14 29

- **Equipo de Salud Mental Rioja Alta**

C/ Bartolomé Cossío, 10  
26200 Haro. La Rioja  
**Tel.** 941 31 05 39

- ▶ **Servicios de urgencias**

- **Hospital San Millán**

Avda. de la Autonomía de La Rioja, 3  
26004 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 29 45 00

- ▶ **Unidades hospitalarias**

- **Hospital General de La Rioja de Hospitalización Psiquiátrica**

Avda. Viana, 1  
26001 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 29 11 94

- ▶ **Centros de Tratamiento del Tabaquismo**

- **Asociación Española Contra el Cáncer**

**AECC Junta Provincial de la Rioja**  
C/ García Morato, 17 –1º  
26002 Logroño. La Rioja  
**Tels.** 941 24 44 12  
**Fax.** 941 25 50 71

- **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad Autónoma de la Rioja**

(Sólo para personal de la Administración Regional)  
C/ Villamediana, 17  
26003 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 29 13 45

- ▶ **Asociaciones**

- **Asociación Riojana de Ayuda al Drogadicto (A.R.A.D)**

C/ Madre de Dios, 3  
26004 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 24 18 89

- **Proyecto Hombre**

C/ Madre de Dios, 15 –interior bajo  
26004 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 24 88 77

- **Comisión Ciudadana ANTI-SIDA de La Rioja (C.C.A.S.R.)**

C/ Doce Ligeros, 37 –1º F  
26004 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 25 55 50

- **Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados (A.R.A.R.)**

C/ Huesca, 61 B –bajo  
26001 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 22 67 46

- **Alcohólicos Anónimos. Agrupación Riojana de A.A.**

Apdo. de Correos 1301  
C/ Mercaderes, 6 –1º dcha.  
**Tels.** 941 25 13 39 / 639 03 05 42 (24 horas)

- **Asociación Riojana de Jugadores de Azar (A.R.J.A.)**

C/ Barriocepo, 7 –bajo  
26001 Logroño. La Rioja  
**Tel.** 941 20 88 33

- **Grupo de Alcohólicos en Rehabilitación de Valvanera (GARVA)**

C/ Vélez de Guevara, 2-4 –bajo  
26005 Logroño. La Rioja  
**Tels.** 627 53 58 27 / 696 24 79 06

## ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DE BEBEDORES EN SITUACIÓN DE RIESGO

### Questionario Cage

1. *¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?*  
 Sí  No
2. *¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?*  
 Sí  No
3. *¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?*  
 Sí  No
4. *¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?*  
 Sí  No

Valoración del test: se considera positivo a partir de dos respuestas afirmativas.

## Cuestionario Audit

*(Alcohol Use Disorders Identification Test)*

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Me refiero a bebidas como la sidra, cerveza, la cerveza llamada sin alcohol, vino, licores, coñac, ginebra y otros. Para entendernos, a partir de ahora cuando nos refiramos a una “bebida alcohólica” será el equivalente a : una caña de cerveza, o una copa de vino, o 1 vermut, o una copa de licor de frutas, o 1/2 cubalibre o 1/2 whisky.

1. *¿Con qué frecuencia toma alguna “bebida alcohólica”?*
  - Nunca
  - Menos de una vez al mes
  - 2 ó 3 veces al mes
  - 2 ó 3 veces por semana
  - 4 ó más veces por semana
2. *¿Cuántas “bebidas alcohólicas” suele tomar durante un día de consumo normal?*
  - 1 ó 2    3 ó 4    5 ó 6    7 ó 9    10 ó más
3. *¿Con qué frecuencia toma seis o más “bebidas” en una sola ocasión?*
  - Nunca
  - Menos de una vez al mes
  - Una vez al mes
  - Una vez a la semana
  - Diariamente o casi
4. *¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?*
  - Nunca
  - Menos de una vez al mes
  - Una vez al mes
  - Una vez a la semana
  - Diariamente o casi
5. *¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?*
  - Nunca
  - Menos de una vez al mes
  - Una vez al mes
  - Una vez a la semana
  - Diariamente o casi

6. *¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?*

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Diariamente o casi

7. *¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?*

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Diariamente o casi

8. *¿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
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Diariamente o casi

9. *¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?*

- No
- Sí, pero no en el último año
- Sí durante el último año

10. *¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?*

- No
- Sí, pero no en el último año
- Sí durante el último año

Valoración del test: Las 8 primeras preguntas se puntuarán del 0, 1, 2, 3 ó 4, y las dos últimas se puntuarán con 0, 2 ó 4 puntos. Las puntuaciones superiores a 12 puntos indican dependencia del alcohol. Las puntuaciones superiores a 5 puntos en la mujer y 8 puntos en el hombre, indican un consumo de riesgo.

---

Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la detección de problemas por el alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Rev Clín Esp 1998; 198:11-14.

## VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA TABÁQUICA

### Cuestionario de Tolerancia de Fagerström

1. *¿Cuánto tarda habitualmente en fumar su primer cigarrillo después de levantarse?*  
De 0 a 5 minutos  (3)  
De 6 a 30 minutos  (2)  
De 31 a 60 minutos  (1)  
Más de 60 minutos  (0)
2. *¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido (cines, centros sanitarios, transportes, etc)?*  
Si  (1) No  (0)
3. *¿Durante el día, a qué cigarrillo le costaría más renunciar?*  
El primero de la mañana  (1) Cualquier otro  (0)
4. *¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?*  
10 o menos  (0) De 11 a 20  (1) De 21 a 30  (2) 31 o más  (3)
5. *¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?*  
Si  (1) No  (0)
6. *¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?*  
Si  (1) No  (0)

Valoración del test: suma de puntuaciones: ..... puntos

**Categorización de los niveles de dependencia:**

**0-2= Muy bajo; 3-4= Bajo; 5= Medio; 6-7= Alto; 8-10= Muy alto**

Nivel de dependencia:  Muy bajo  Bajo  Medio  Alto  Muy alto

## TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DE SEGUNDA ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Se consideran fármacos de segunda línea aquellos medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo, pero tienen un papel más limitado que los fármacos de primera línea, especialmente por que existe un mayor consenso en relación a sus efectos secundarios al compararlos con los fármacos de primera elección. Se trata además de fármacos que no han sido aprobados por la Dirección General de Farmacia del MSC, como medicamentos específicos para tratar la dependencia al tabaco.

En este apartado no se incluyen aquellos fármacos (antidepresivos, ansiolíticos/benzodiacepinas/beta-bloqueantes, u otros) que, mediante ensayos experimentales, no han demostrado mayor eficacia que un placebo para facilitar la abstinencia al tabaco, o que han sido evaluados mediante ensayos experimentales pero en estos ensayos no se ha realizado una validación fisiológica de los resultados (por ejemplo, acetato de plata, diacepan, doxepina, lobelina, fluoxetina, mecamilamina, moclobemida, naltrexona, nortriptilina, imipramine, etc.).

Los medicamentos de segunda línea que se presentan en este Anexo, se han listado por orden alfabético, ya que los meta-análisis disponibles no muestran diferencias en la eficacia relativa entre ellos:

### ▪ Clonidina

La clonidina es un agonista noradrenérgico que suprime la actividad simpática y se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina, doblando los efectos respecto al tratamiento placebo. No existe consenso sobre la dosis más apropiada para el tratamiento del tabaquismo, pero en los estudios experimentales, se han utilizado dosis entre 0,1 y 0,75 mg/día, mientras las dosis más habituales en la práctica clínica parecen estar entre 0,2 y 0,4 mg/día (por vía oral o transdérmica).

El principal inconveniente en relación a los fármacos de primera línea está en que presenta mayores tasas de abandono del tratamiento debido a

los efectos secundarios (nerviosismo, agitación, cefaleas, temblores, rápido incremento paralelo de la tensión arterial e incremento de los niveles de catecolaminas). En todo caso debe prescribirse bajo supervisión médica, en aquellos pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección, o bien por presentar contraindicaciones, o bien por haber fracasado utilizando los medicamentos de primera elección.

▪ **Nortriptilina**

Se trata de un antidepresivo tricíclico, útil para el tratamiento del tabaquismo, con propiedades básicamente noradrenérgicas, y en menor medida dopaminérgicas. También dobla la tasa de abstinencia con respecto al placebo. Parece que su actividad en el tratamiento de la adicción al tabaco no está asociada con la existencia de síntomas antidepresivos. Los efectos secundarios de este medicamento incluyen efectos anticolinérgicos, náuseas, y sedación.

En todo caso debe prescribirse bajo supervisión médica, en aquellos pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección, o bien por presentar contraindicaciones, o bien por haber fracasado utilizando los medicamentos de primera elección.

#### Situaciones habituales asociadas al riesgo de recaída

- Consumo de café y bebidas alcohólicas
- Después de comer
- Ver la televisión
- Conduciendo el coche
- Cuando fuman otros
- Cuando le ofrecen tabaco
- Hablar por teléfono
- Al leer el periódico o un libro
- Cuando espera a alguien
- Al despertarse por la mañana
- Cuando está tenso o ansioso
- Cuando se aburre
- Cuando intenta concentrarse
- Cuando está alegre
- Cuando tiene hambre
- Si está cansado
- Cuando está enfadado o irritable

## PREVENCIÓN DE RECAÍDAS: SUGERENCIAS PARA REFORZAR EL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA DE TABACO

### Situaciones de riesgo que amenazan la abstinencia

Cuando una persona deja de fumar, se enfrenta a la dificultad de mantenerse abstinente ante diversas situaciones cotidianas. En el cuadro de esta página se encuentran las más frecuentes :

Es necesario que el fumador identifique estas situaciones, u otras específicas, las que le afectan particularmente, y tenga prevista una conducta alternativa incompatible con fumar. Para identificar la situación se le puede indicar que piense en qué momentos solía fumar y pedirle que lo anote.

Durante las citas de seguimiento puede discutir con el médico las cosas que puede hacer para prevenir el riesgo.

### Estrategias para la prevención de recaídas, según los motivos por los que se fumaba

- ***Si el tabaco se utilizaba fundamentalmente como tranquilizante:***  
Utilizar alguna técnica de relajación: inspiraciones profundas, relajación muscular, etc.  
Descargar la ansiedad con algún ejercicio: recorrer rápidamente el pasillo varias veces, dar una vuelta a la manzana, etc.
- ***Si el tabaco se utilizaba fundamentalmente como estimulante:***  
Activar el cuerpo practicando algún ejercicio moderado, por ejemplo, dar un paseo a paso rápido.  
Respirar de forma rápida durante 30-40 segundos.
- ***Si el tabaco se utilizaba fundamentalmente como hábito o costumbre:***  
Identificar las situaciones asociadas a fumar y establecer una actividad alternativa en ese espacio en que antes se fumaba, para no hacer la actividad asociada al tabaco. Leer o pasear si antes se veía la televisión, no tomar café durante los primeros días si antes era inseparable al cigarrillo, etc.



▪ ***Si el tabaco se utilizaba fundamentalmente como relajante o en situaciones placenteras:***

Utilizar algún producto que proporcione sensaciones agradables al gusto o al olfato, por ejemplo, caramelos de menta fuertes, frasco de perfume, pipa ‘mentolada’, etc. Advertir de que estos sustitutivos no se conviertan en un hábito y si se trata de comer se deben controlar las calorías.

Realizar una actividad placentera: pasear al aire libre, escuchar música, o utilizar alguna técnica de relajación.

▪ ***Si el tabaco se utilizaba fundamentalmente como manipulación placentera:***

Tener a mano pequeños objetos que se puedan manipular: pequeña pelota de goma para apretar, llavero, bolígrafo...

Cambiar de lugar o actividad, si es posible, y utilizar alguna técnica de relajación.

▪ ***Si el tabaco se utilizaba fundamentalmente como auto-medicación:***

Pedir a las personas con las que está que no le den ningún cigarrillo ni le permitan fumar.

Utilizar alguna técnica de relajación rápida, tipo respiraciones profundas.

En lo posible, cambiar de lugar o actividad.

▪ ***En general, para todas estas situaciones es útil:***

Reparar la lista de motivos para dejar de fumar, añadiendo nuevos si se descubren.

Cambiar de lugar o actividad.

Utilizar alguna técnica de relajación.

**Respuestas que se pueden sugerir para afrontar y controlar las situaciones problemáticas durante la abstinencia**

***Pensamientos que contribuyen a mantener la abstinencia:***

- Pensar en las consecuencias positivas de no fumar (salud, orgullo...)
- Pensar en los efectos negativos de fumar (mal aliento, costos...)
- Darse órdenes internas (¡no voy a hacerlo!...)
- Animarse a sí mismo (puedo hacerlo, soy capaz de controlarme...)
- Recordarse lo duro que fue el momento de dejar de fumar
- Decirse ‘Realmente no quiero fumar’
- Imaginar los efectos negativos de fumar (pulmones negros, cáncer...)
- Imaginarse a uno mismo que ha triunfado como ex fumador
- Distraerse pensando en otras cosas
- Volver a recordar las razones que le llevaron a dejar de fumar
- Reconocer la dificultad de dejar de fumar
- Imaginar la reacción de amigos o familiares si vuelve a fumar

***Actividades que pueden contribuir a mantener la abstinencia:***

- Tener algo para comer o beber, bajo en calorías.
- Realizar ejercicio físico, asequible para cada persona.
- Respirar hondo y lento para relajarse.

- Distraerse haciendo cosas como pasear u ocupar las manos con algo.
- Evitar las situaciones de riesgo.
- Requerir la ayuda de otra persona.
- Reforzarse a sí mismo con recompensas o actividades confortables.

### **Diez principios para consolidar la nueva conducta**

Puede indicarle al paciente que haga una copia de esta lista y la coloque en lugares estratégicos para verla con frecuencia y recordarla de forma permanente.

1. No piense que tendrá que estar toda la vida sin fumar, preocúpese tan sólo por el día presente.
2. Evite tentaciones. Mantenga encendedores, cerillas, ceniceros y tabaco fuera de su presencia.
3. Busque mayormente la compañía de sus amigos no fumadores. Informe de las ventajas de dejar de fumar a aquellos que todavía fuman.
4. Tenga siempre a punto algo para picar o masticar: Fruta fresca, frutos secos, chicles sin azúcar, una zanahoria... cualquier cosa menos cigarrillos.
5. Durante el día hay momentos peligrosos, los pequeños descansos del trabajo, cuando va a tomar algo, tenga mucho cuidado y tenga muy claras las conductas alternativas precisas con las que afrontará el peligro.
6. Contenga el deseo imperioso de fumar, que cada vez será más esporádico y menos intenso. Inicie actividades que le distraigan, le gusten y le gratifiquen.
7. Aprenda a relajarse sin cigarrillos. Haga respiraciones profundas soltando el aire lentamente y diciéndose a sí mismo 'tranquilo', cada vez que se sienta tenso.
8. Recuerde su lista de razones para no fumar, téngala a mano y repásela de cuando en cuando. Piense si ahora que no fuma puede añadir nuevas razones a su lista inicial.
9. Aparte el dinero que ahorra cada día. Después de unos meses de abstinencia, hágase un regalo a sí mismo.

**10. No ceda nunca, ¡ni siquiera por un solo cigarrillo!**

**BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

► Actitudes y consumo de drogas en el medio laboral

Confederación Sindical de Comisiones Obreras, Secretaría de Acción Social (1989). **La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas.** Madrid: C.C.O.O.

Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores (1987). **La incidencia de las drogodependencias en el mundo laboral. Encuesta EDIS.** Madrid: UGT.

Departamento de Trabajo y Seguridad Social (1994). **Estudio de las drogodependencias en el mundo laboral.** Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

Dirección Técnica de Drogodependencias (2001). **Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Drogas en la Rioja, 1999 (1ª parte).** Logroño: Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Salud.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción-EDIS (1996). **La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996.** Madrid: FAD

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2001). **La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001.** Madrid: FAD

Navarro Botella, J. y Gómez González, E. (1998). **La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la Comunidad de Madrid.** Madrid: Agencia Antidroga.

► Referencias útiles para el desarrollo en la empresa de programas sobre alcohol, tabaco y otras drogas

ASH (1989). **Smoking Policy Manual.** London: Ash Workplace Services.

Becoña, E. y Gómez-Durán, B.J. (1993). Programas de tratamiento en grupos de fumadores. En D. Macià, FX Méndez y J. Olivares Eds. **Intervención Psicológica: programas aplicados de tratamiento.** Madrid: Pirámide.

Becoña Iglesias, E. y Vázquez González, F. (1998). Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: **Libro blanco sobre el tabaquismo en España.** Cap. 13. Barcelona: Glosa.

Comas, A., Suárez, R., López, ML. y Cueto, A. (1996). Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en Atención Primaria: el proceso de recaída. **Revista Española de Salud Pública;** 70: 283-93.

CC.OO. (2001). **Estrategias de acercamiento en drogodependencias. Paso a Paso.** Madrid: Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CC.OO.

CC.OO. (2002). **Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias.** Madrid: Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CC.OO.

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2002). **Recomendaciones del I Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo**. <http://www.cnpt.es> (Enero 2002).

Direcció General de Drogodependències i Sida (2001). **Beu menys**. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

EDEX Kolektiboa (1993). **Abordaje de problemas asociados al alcoholismo**. Bilbao: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Secretaría General de las Drogodependencias del Gobierno Vasco y EDEX Kolektiboa.

EDEX Kolektiboa (2002). **Lugar de trabajo libre de drogas**. Bilbao: EDEX y Gobierno Vasco.

Environmental Protection Agency (1992). **Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and other Disorders**. Washington: EPA.

Fagerström, K.O. y Scheneider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**. 12(2): 159-182.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. *et al.* (2000). **Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

González de Audicana, M. y García J. Martínez, A. (1996). **La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral**. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Health Education Authority (1988). **Smoking Policies at Work**. London: Health Education Authority and Department of Community Medicine. King's College School of Medicine and Dentistry.

Health Education Authority (1991). **Cut Down your Drinking. A Guide for Health Professionals**. London: Health Education Authority.

Joossens, L., Naett, C. y Howie, C. (1993). **No smoke between us. A report on passive smoking**. Brussels: European Bureau for Action on Smoking Prevention.

Lawrence, T., Naylor, P. y Anderson, P. (1993). Aspectos sociales, emocionales y físicos del daño relacionado con el alcohol. En: **Abordaje de problemas asociados al alcoholismo**. Bilbao: FAD. Secretaría General de las Drogodependencias del Gobierno Vasco y EDEX Kolektiboa.

Malaspina, G. (1992). **Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo**. En: Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Moncada Lluís, S. (1992). **La Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo en**

**España.** En: Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Murray, A. (1990). **Your Drinking and your Health. Breaking the habit: coming off.** Edinburg: Scottish Health Education Group.

Organización Internacional del Trabajo (2002). **Drug and alcohol abuse – an important workplace issue.** Documento electrónico publicado en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm> (Marzo 2002)

Organización Internacional del Trabajo (2002). **A consensual approach to workplace substance abuse.** Documento electrónico publicado en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/consen.htm> (Marzo 2002).

Organización Internacional del Trabajo (2002). **Workplace drug and alcohol abuse prevention programmes.** Documento electrónico publicado en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/index.htm> (Marzo 2002).

Organización Internacional del Trabajo (1996). **Repertorios de recomendaciones prácticas.** Ginebra: OIT.

Organización Mundial de la Salud (1986). **Ottawa Charter for Health Promotion.** First International Conference on Health promotion. Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm> (Febrero 2002).

Pardell, H., Jané, M., Sánchez Nicolay, I., Villalbí, JR., Saltó, E. *et al.* (2002). **Manejo del fumador en la clínica. recomendaciones para el médico español.** Barcelona: Organización Médica Colegial y STM Editores (Ars Medica).

Robertson, I. y Heather, N. (1990). **Your Drinking and Your Health. Cutting Down.** Edinburg: Scottish Health Education Group.

Roig, P., Juan, M. y Montemayor, T. (1990). **Conclusions del Grup de Treball d'Intervenció sobre Tabaquisme en el Medi Laboral.** En: Informe sobre "Primera Jornada de Treball sobre nivells d'intervenció en Tabaquisme". Reus: Hospital de Sant Joan. Ajuntament de Reus.

Prochaska, JO. y DiClemente, CC. (1983). **The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of change.** Homewood (IL): Dow Jones-Irving.

Prochaska, JO. (1994). **"Staging: A Revolution in Health Promotion."** Master science lecture at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, Boston; April 1994

Sánchez Pardo, L. (1994). **Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa.** Madrid: Editorial Mafre SA.

Sánchez Pardo, L. (1996). **Manual para profesionales de los servicios de Salud Laboral.** Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

► Epidemiología de las drogodependencias en España

Banegas Banegas, JR., Díez Gañán, L., Rodríguez-Artalejo, F., González Enríquez, J., Graciani Pérez-Regadera, A. y Villar Álvarez, F. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medicina Clínica* (Bcn) 117 (18): 692-694.

Gil, E., Giménez, R., Pérez, C. y Vargas, F.(1992). *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Gil, E., González Enriquez, J. y Villar Álvarez, F. (1999). *Informe sobre la salud de los Españoles: 1998*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

González Enríquez, J. *et al.* Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Medicina Clínica*. (Bcn) 92: 15-18, 1989.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). *Encuesta Nacional de Salud de España 1997*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud (1999). *Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo Salud para todos*. Dirección General de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Observatorio Español sobre Drogas. *Informe N° 4*. (2001). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Producttshap voor Gedistilleerde Draken (2002). *World Alcohol Drink Trends, 2002*. Henley -on Thames: NTC Publications Ltd.