GUÍA DE ABORDAJE DE LA

DROGODEPENDENCIA

EN EL ÁMBITO LABORAL

Foment del Treball Nacional

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

con la financiación de:

FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

AT-0137/2014

GUÍA DE ABORDAJE DE LA

DROGO DEPEN DENCIA

EN EL ÁMBITO LABORAL

Foment del Treball Nacional

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

con la financiación de:

FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

AT-0137/2014

Edita:
Foment del Treball Nacional
oficinatecnica@foment.com

Con la financiación de:
Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales

Con la colaboración de:
Full Audit S.A.

Diseño gráfico:
Veus Veus S.L.

Maquetación:
Anglofort S.A.

Código acción:
AT-0137/2014

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 5

1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN 9
2. ABORDAJE EN EL ENTORNO LABORAL 18
3. BUENAS PRÁCTICAS 70

ANEXOS:

I. DETALLE DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN 90
II. DEFINICIONES 160
III. BIBLIOGRAFÍA 185

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La drogodependencia o toxicomanía ya fue definida como enfermedad en el año 1964 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:
«... el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga».

La OMS completa su definición en 1981 indicando que debe contemplarse la dependencia utilizando los siguientes criterios de referencia para su delimitación y diagnóstico:

1. Una evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo.
2. El deseo de abandonar el consumo.
3. Un hábito del consumo de drogas relativamente estereotipado.
4. Evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia.
5. El consumo de drogas para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
6. El predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.
7. Una rápida reinstauración de la dependencia después de un período de abstinencia.

Por lo tanto, la dependencia tiene tres dimensiones con factores:

1. Físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia).
2. Psicológicos (aprendizaje y características personales).
3. Sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente).

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia o droga, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia (consumir mayor cantidad de droga para obtener los mismos efectos que en las primeras dosis), la abstinencia (falta la droga en nuestro organismo) y a una ingestión compulsiva de la sustancia (no tener vida sin consumo de la droga).

En cuanto al consumo de sustancias, es importante la distinción entre «abuso de sustancias» y «dependencia de sustancias».

La OMS define el abuso de drogas como «un uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable» y recomienda el manejo de los siguientes conceptos (Edwards et aL, 1.981):

- Uso Desaprobado: uso de una droga que no es aprobado por la sociedad, o un grupo dentro de una sociedad. Cuando el término es utilizado debería hacerse evidente quién es el responsable de la desaprobación.
- Uso Peligroso: uso de una droga que probablemente producirá consecuencias nocivas para el usuario ya sea de disfunción o daño. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.
- Uso Desadaptativo: uso de una droga que implica daño en el funcionamiento social o psicológico (pérdida de trabajo o problemas de pareja).
- Uso Nocivo: uso de una droga que se toma sabiendo que puede causar enfermedad mental o daño físico en el individuo.

Una definición más operativa es la que formula en 1987 el Real Colegio de Psiquiatras Británico: *«se entiende por abuso cualquier consumo de una droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de otros individuos, o de la sociedad en general, o que es ilegal»*

Según El ***Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*** (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA) en su versión DSM-V de 2013:

- El abuso de sustancias ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona que consume incurre en actitudes como: es incapaz de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales, etc.) debido al consumo; consume la(s) sustancia(s) en condiciones físicamente de riesgo; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias o sigue consumiendo a pesar de tener problemas persistentes de tipo social o interpersonal.
- La dependencia de sustancias ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona experimenta un efecto de tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto), el efecto de abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia exacerba.

Por otra parte, el término droga se utiliza actualmente para referirse a aquellas sustancias psicoactivas que tienen un efecto potencialmente nocivo para el sujeto que las consume. Sin embargo, son múltiples las posibles respuestas que se pueden encontrar a la pregunta ¿qué es una droga?. Algunas definiciones del concepto droga pueden ser:

1. Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste.
2. Sustancia psicoactiva capaz de generar alteraciones del comportamiento y procesos de abuso y dependencia.
3. Una sustancia farmacológicamente activa que tiene distintos efectos químicos sobre el cerebro.

Dado que desde el punto de vista laboral, existe una problemática similar, a efectos de esta Guía también incluiremos en el concepto de droga, el alcohol y el tabaco.

En el ámbito laboral las repercusiones del consumo de drogas pueden ser muy graves. La OIT estima que las lesiones relacionadas con drogas y alcohol suponen actualmente entre

un 15 y un 30 % del total de los accidentes relacionados con el trabajo . Es decir, más de una cuarta parte del total de accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos de alcohol y/o drogas, causándose lesiones a sí mismos o a otros. El absentismo entre los trabajadores consumidores de drogas es 2 a 3 veces mayor, y el coste de las bajas por enfermedad que generan también es 3 veces superior respecto al resto de trabajadores 5.

La Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016 instituye en España el modelo de prevención dentro de los programas de salud laboral y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece la obligación o deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales (Art. 14.1, LPRL) 3. En el caso de las drogodependencias de los trabajadores, aunque se trate de un problema social y personal que extralimita el ambiente laboral, se debe contemplar la prevención no sólo del consumo, sino de las consecuencias del consumo, ya que el trabajador adicto puede ocasionar accidentes muy graves a sí mismo y a otras personas en la empresa, además de múltiples daños colaterales.

El propósito de esta Guía es ayudar a afrontar el problema de la drogodependencia desde el entorno laboral para garantizar la salud del trabajador afectado y de sus compañeros, así como para promocionar entornos de trabajo saludables que velan por la salud de los trabajadores más allá del ámbito laboral.◆

01

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

01
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

Las actuaciones de prevención en la empresa deben ir enfocadas a todos los trabajadores y, en especial, a los colectivos de mayor riesgo, para ello será necesario realizar un análisis previo de la situación de la drogodependencia en España para, posteriormente y en función de las opciones de actuación, analizar en lo posible la situación de la empresa donde se intervenga.

Según la bibliografía consultada, los factores que condicionan la drogodependencia son:

Fuente: Drogodependencia y adicciones: Prevención en el ámbito laboral, UGT (Junio 2012).	**Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración, INSHT, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (Septiembre 2007)**
Sustancia psicoactiva	Factores farmacológicos
Persona (disposición biológica-psicológica)	Factores psicológicos
Ambiente (contexto social)	Factores socioculturales y ambientales

Por consiguiente, no se trata de un solo factor, sino de la interacción de un conjunto de factores, tanto personales como del entorno.

A continuación se exponen los datos más relevantes de la situación de drogodependencia en España para poder extrapolar criterios que permiten a la empresa hacer un autoanálisis e identificar posibles colectivos de riesgos.

Las estadísticas presentadas se han extraído de:

POBLACIÓN GENERAL

- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), INFORME 2013: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad.
- Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 3 de marzo de 2015[1]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

ÁMBITO LABORAL[2]

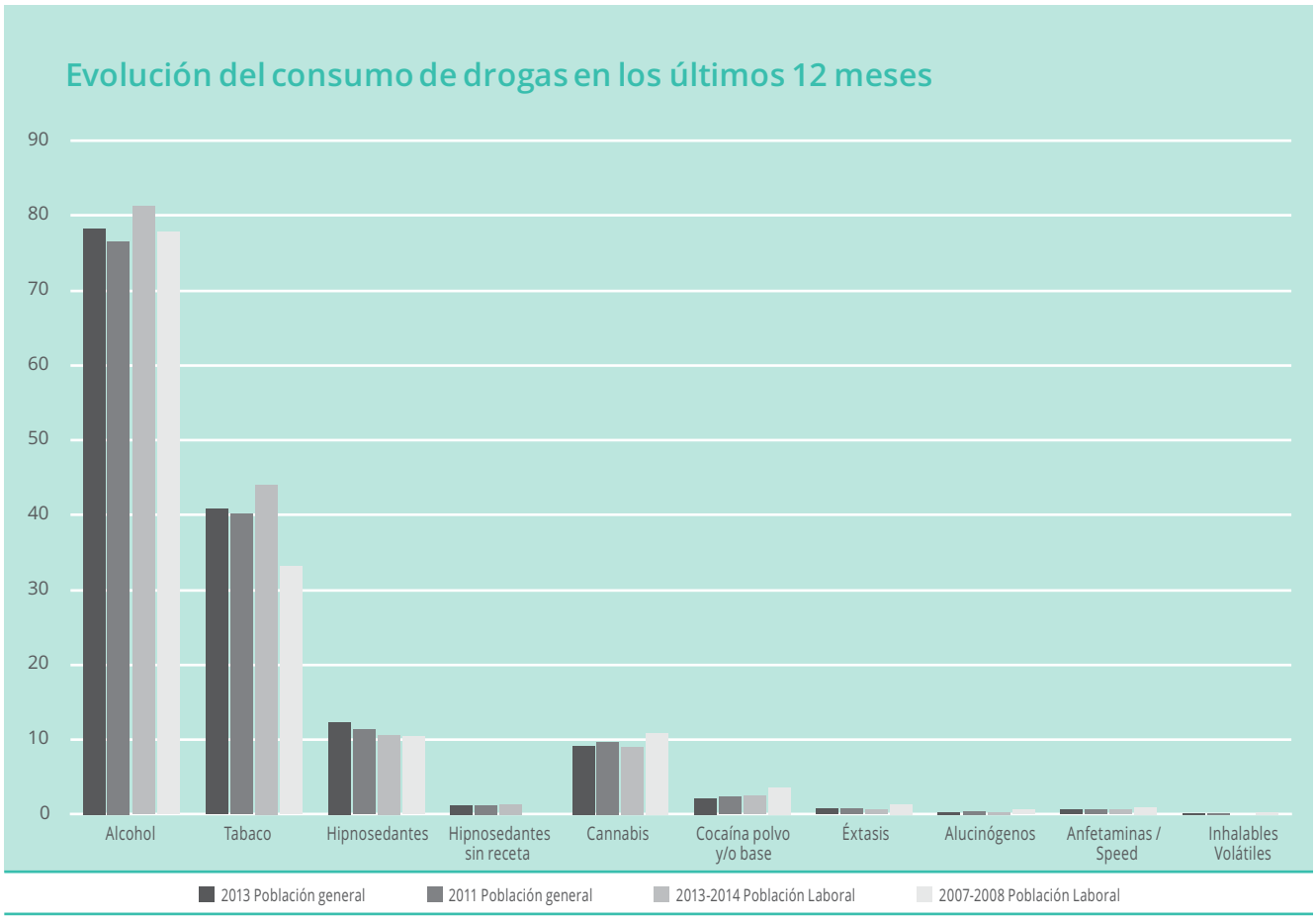
- Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

1. Se hace referencia a los datos obtenidos en 2013.
2. Se entiende por ámbito laboral a la población residente en España, en hogares familiares, con edad comprendida entre 16 y 64 años y potencialmente activa: empleados o parados con experiencia laboral. En la encuesta de 2013-2014 también se incluye el concepto de «empleado pero temporalmente ausente».

Además, también se debe tener en cuenta la percepción del consumo de sustancias psicoactivas dentro del ámbito laboral por parte de los trabajadores, tanto por lo que se refiere a la importancia del problema de la drogodependencia como a sus efectos.

En el anexo II se puede consultar la definición de las diferentes tipos de drogas incluidas en este documento.

Según la Encuesta sobre alcohol y drogas de 2015 y la de ámbito laboral de 2013-2014, las sustancias más consumidas en los últimos 12 meses son: el Alcohol y el Tabaco, tal y como se puede observar en el siguiente gráfico y tablas:

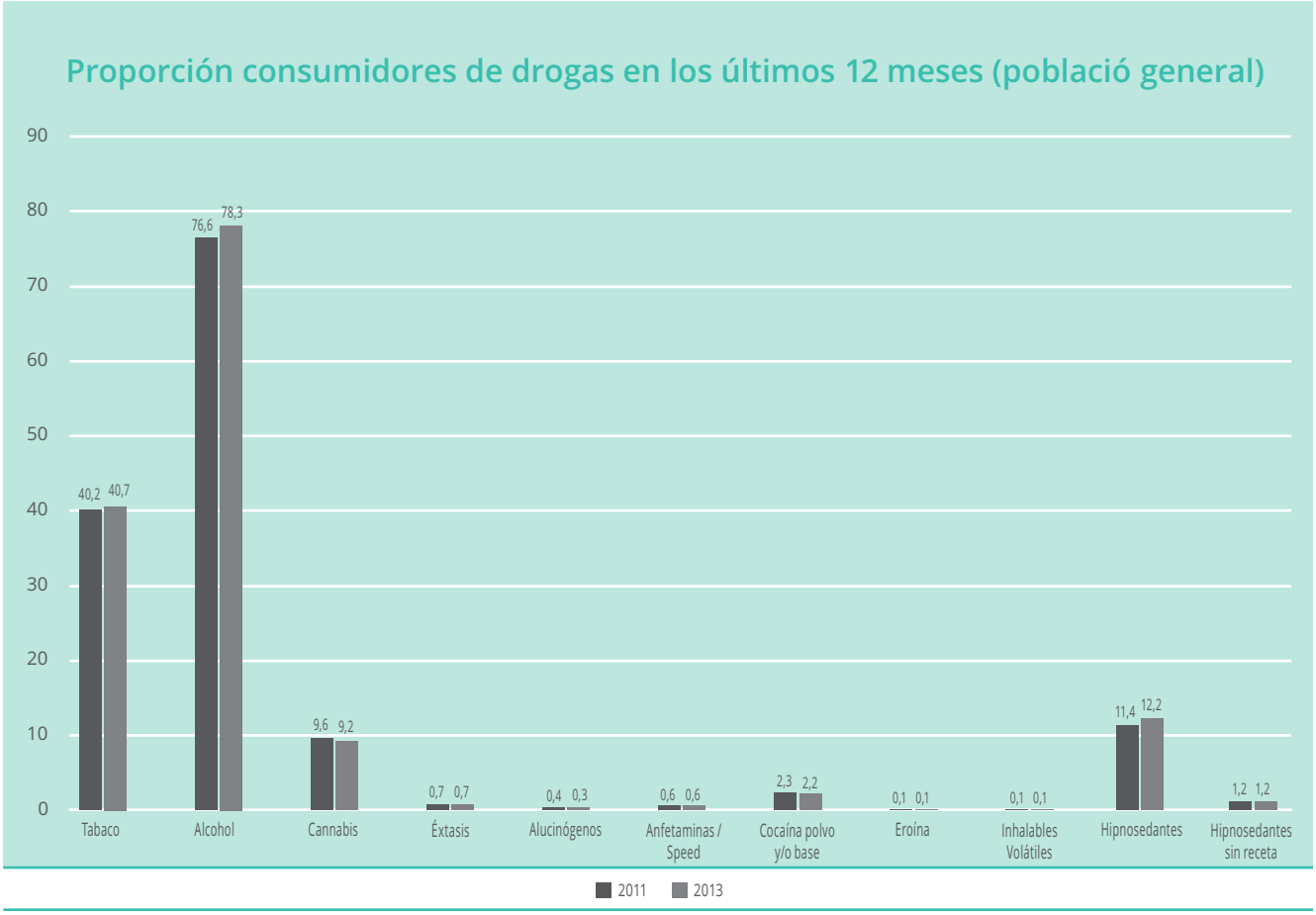


%	2013 Población general	2011 Población general	2013-2014 Población Laboral	2007-2008 Población Laboral
Alcohol	**78,30**	**76,60**	**81,20**	**77,80**
Tabaco	**40,70**	**40,20**	**44,00**	**33,10**
Hipnosedantes	12,20	11,40	10,60	10,40
Hipnosedantes sin receta	1,20	1,20	1,30	
Cannabis	9,20	9,60	9,00	10,80
Cocaína polvo y/o base	2,20	2,30	2,40	3,50
Éxtasis	0,70	0,70	0,60	1,30
Alucinógenos	0,30	0,40	0,20	0,6
Anfetaminas / Speed	0,60	0,60	0,60	0,9
Inhalables Volátiles	0,10	0,10	0,00	0,2

Observando la evolución entre los años 2007 y 2013 de la población general, se observa que:

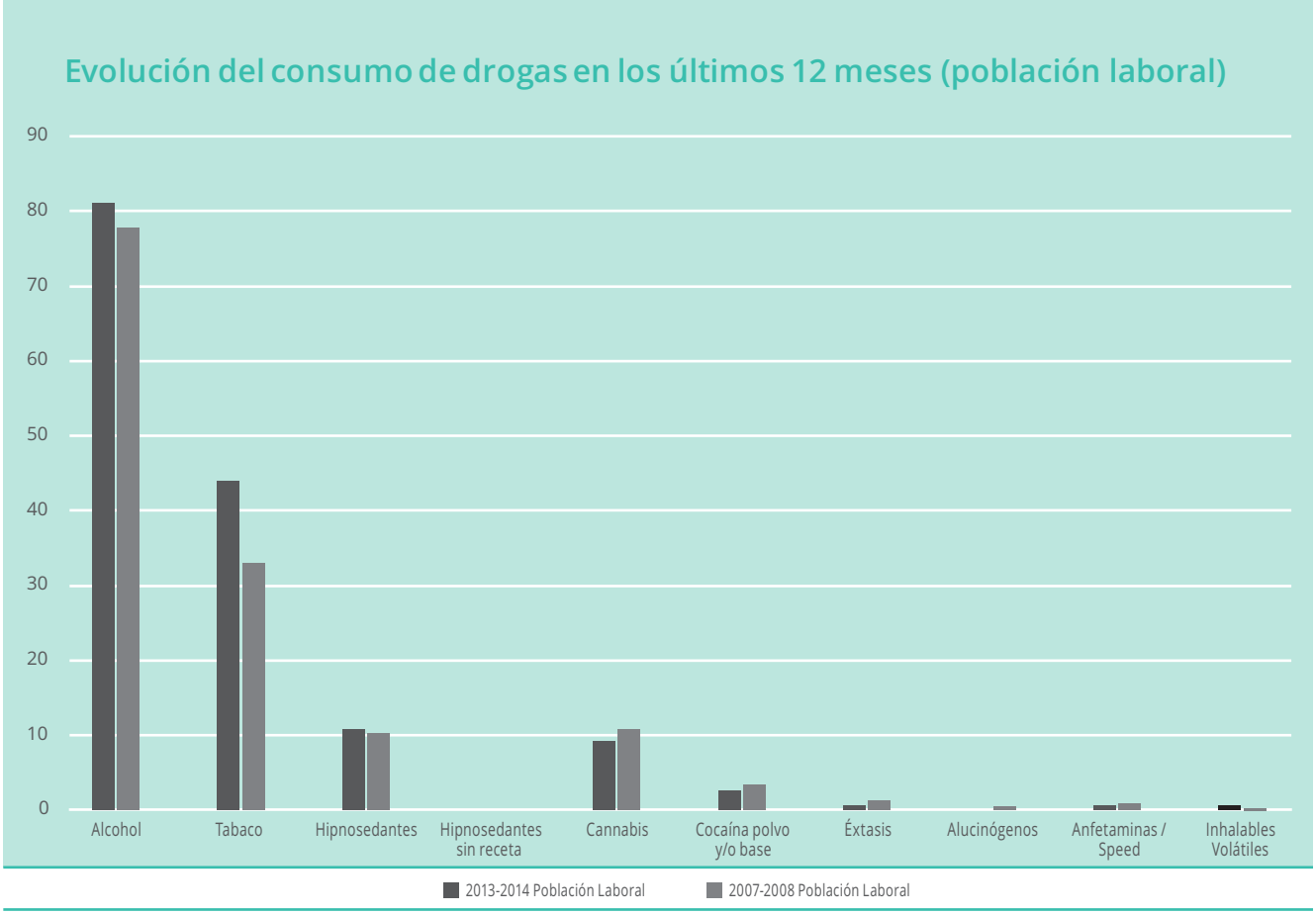
- El **alcohol y el tabaco se han mantenido como las sustancias de mayor consumo** y además su consumo ha aumentado desde el año 2007.
- **El porcentaje de consumo de Hipnosedantes y Cannabis es similar entre los años 2007-2014.** Sin embargo, el porcentaje de personas que en los últimos meses ha consumido cannabis se ha reducido ligeramente entre los años 2013 (9,2% población general y 9% población laboral) y 2008 (10,8% población laboral y 10,1% población general). Por el contrario, el consumo de Hipnosedantes ha aumentado entre los años 2013 (12,2% población general y 10,6% población laboral) y 2008 (10,7% población general y 10,4% población laboral).
- **Disminuye ligeramente el consumo de las sustancias ilegales.**

Concretamente, el siguiente gráfico presenta la evolución entre los años 2011-2013 de la población general:



No hay grandes cambios en el consumo entre 2011 y 2013, habiendo un aumento en el consumo de alcohol e hipnosedantes.

Y en el siguiente gráfico presenta la evolución entre los años 2008-2014 de la población laboral:

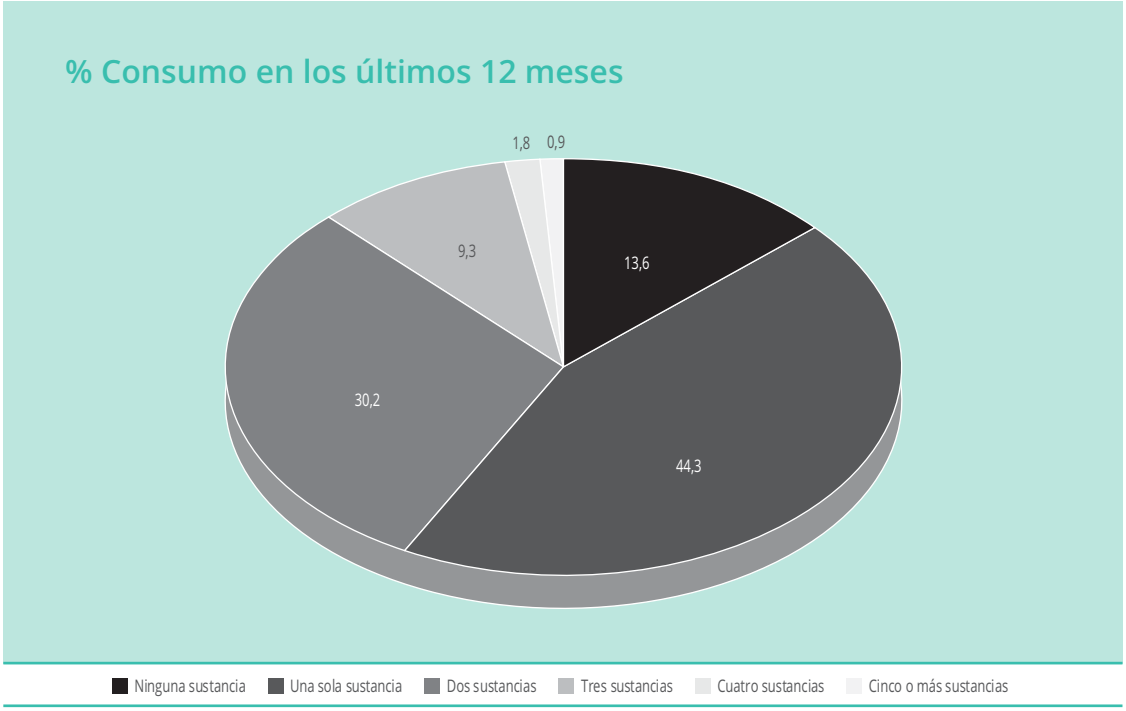


Se ha utilizado la misma metodología en las encuestas de los años 2007 y 2013. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la población laboral ha sufrido cambios en los últimos años por lo que refiere a la distribución y características. Así mismo, en la encuesta de 2013 se actualiza la Clasificación de Actividades Económicas y la Clasificación Nacional de Actividades.

Según datos de la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, el 3% de la población laboral ha probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en su vida.

Por otra parte, el 78% de los consumidores de las «Nuevas Sustancias» lo hace en situación de policonsumo experimental (5 o más sustancias). Las «Nuevas Sustancias» incluyen: Setas mágicas, Ketamina, Spice, Salvia, Metanfetamina, etc.

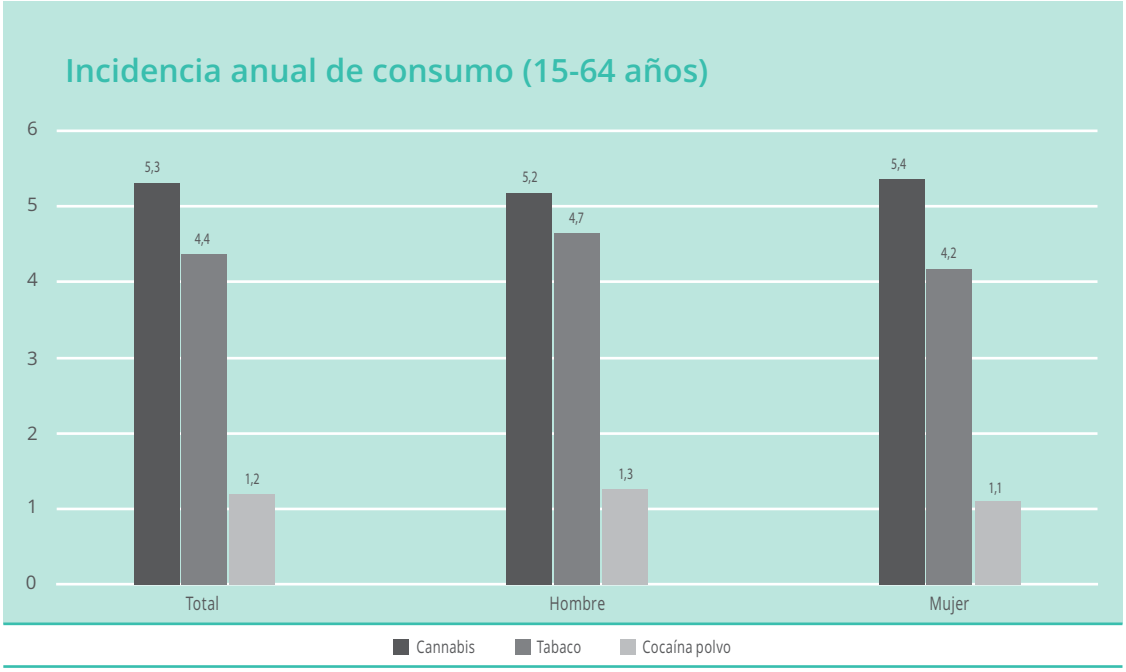
Según la encuesta sobre alcohol y drogas en España publicada el 3 de marzo de 2015, el consumo de drogas en los últimos 12 meses es el siguiente:



El porcentaje de no consumidores en los últimos 12 meses es de 13,6%, y el porcentaje de mujeres que no consumen casi duplica al de hombres.

El cannabis y el alcohol, ambos, están presentes en el 90% de los policonsumos de sustancias ilegales. El consumo de alcohol se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas.

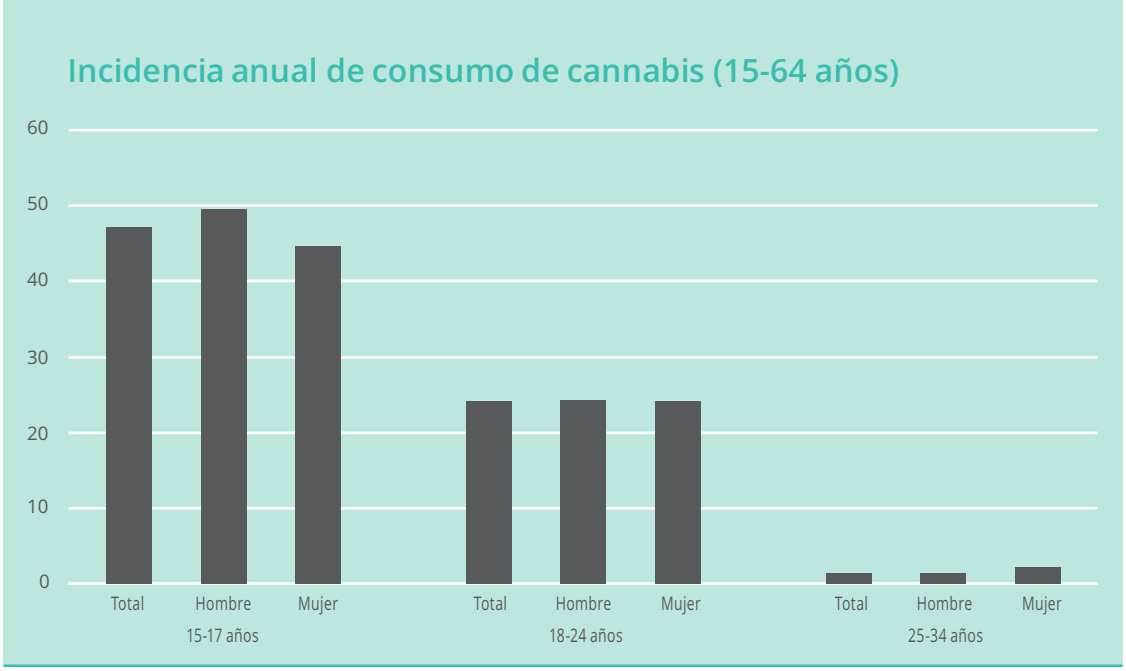
A continuación se muestra la incidencia anual de consumo de sustancias psicoactivas en población de 15-64 años (tasa por 100 habitantes y número de personas), en España en 2013:



Según la encuesta sobre alcohol y drogas en España (PNSD), publicada el 3 de marzo de 2015, el número de personas que han empezado a consumir drogas en los últimos 12 meses es:

SUSTANCIA	TOTAL	HOMBRE	MUJER
CANNABIS	168.667	83.932	84.700
TABACO	142.282	76.539	65.743
COCAÍNA POLVO	38.551	21.784	16.767

En referencia al cannabis:



El alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas seguidas de los hipnosedantes y el cannabis.

Ahora bien, en el caso del alcohol es importante saber cuándo se trata de un consumo de riesgo.

Definición de consumo de riesgo en Europa:

	Consumo diario	Consumo semanal	Consumo por ocasion
Mujeres y mayores de 65 anos	> 2– 2,5 UBEs.	> 17 UBEs	≥4 UBEs
Hombres	≥ 4 UBEs	> 28 UBEs	≥6 UBEs

El valor de la UBE en España se establece en 10 g de alcohol y equivale a una:

- 1 copa de de vino o cava (100ml),
- 1 cerveza (250 ml),
- ½ copa de licor (25 ml).

En referencia a la población laboral observamos que:

- El consumo de tabaco, alcohol y cocaína tiende a ser ligeramente superior en la población laboral que en la población general.
- Se estima que un 5% de la población laboral realiza un consumo de riesgo de alcohol (escala AUDIT).
- El consumo de cocaína muestra una tendencia ligeramente descendiente desde el año 2007, aunque el 2% de la población laboral la ha consumido en los últimos 12 meses.
- El consumo de hipnosedantes es inferior en la población laboral, aunque ha aumentado desde 2007. El porcentaje de las personas que los ha consumido ha ascendido del 5% al 7% en el último mes.
- El consumo de anfetaminas es el mismo en ambas poblaciones.
- Los consumos de cannabis, éxtasis, alucinógenos e inhalables volátiles son ligeramente inferiores en la población laboral. El consumo de estas sustancias ha disminuido desde los datos obtenidos en la encuesta realizada durante los años 2007-2008.
- El cannabis es la droga ilegal más extendida entre la población laboral y muestra una tendencia descendiente desde 2007. En 2013 el 7% ha consumido cannabis en el último mes y el 2% realiza un consumo de riesgo (escala CAST).

El consumo de drogas compromete la seguridad del trabajador que consume y de terceros, por lo que es importante que se aborde su detección e intervención en el ámbito laboral.

El tabaco, además de los graves efectos para la salud de los fumadores, puede ser también fuente de riesgo de incendio, dado que, aunque está prohibido su consumo en los centros de trabajo, todavía se detectan conatos de incendio que son consecuencia del incumplimiento de esa prohibición. Además, la dependencia que ocasiona puede generar episodios de ansiedad ante la imposibilidad de su consumo durante la jornada laboral con las posibles consecuencias en la realización de actos inseguros.

En el Anexo I se hace un diagnóstico más detallado del consumo de drogas de la población general y laboral en los últimos años en España. Las diferentes variables que se manejan en este diagnóstico más detallado pueden ser útiles en la prevención primaria dentro de las empresas.◆

02

ABORDAJE EN EL ENTORNO LABORAL

02
ABORDAJE EN EL ENTORNO LABORAL

El abordaje en el entorno laboral se ha planteado según el siguiente esquema:

Siempre

PROMOCIÓN DE LA SALUD	**CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN**

↑

Actividad de riesgo

DETECCIÓN	**INDICADORES** Siniestralidad Absentismo Conflictos Comunicados	**OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO**	**VIGILANCIA DE LA SALUD** Examen de salud Consulta espontánea Encuesta de salud/ cuestionarios	**DETERMINACIÓN DIRECTA**

↓

Consumo detectado

INTERVENCIÓN	**REUBICACIÓN / RESTRICCIÓN DE TAREAS** **PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (PAE)** **REINCORPORACIÓN**	**MEDIDAS DISCIPLINARIAS**

Siempre

SEGUIMIENTO	**MEDICIÓN DE INDICADORES**

PROMOCIÓN DE LA SALUD	CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN

ANÁLISIS DE COLECTIVOS DE RIESGO EN LA EMPRESA

En base al conocimiento de los colectivos de riesgos a nivel nacional que se ha expuesto en la parte de DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN así como en el ANEXO I que lo complementa, cada empresa puede analizar si dentro de su población trabajadora existen colectivos de riesgo, con independencia de que se haya detectado o no una problemática real. Para ello, a continuación se presenta una batería de preguntas para reflexionar acerca de los colectivos de riesgo que pueden darse en base a las mayores prevalencias de consumo (indicadas en color gris) en función de la zona geográfica, la edad y el género según la Encuesta del Plan Nacional Sobre Drogas que recoge datos de 2013.

El que se detecten colectivos de riesgo no implica que exista una problemática real, sino una mayor probabilidad de que pueda darse una situación de adicción.

Por otra parte, la drogodependencia es el resultado de la combinación de varios factores, por lo que se trata sólo de una herramienta orientada a focalizar las campañas de sensibilización.

CUESTIÓN 1: ¿Hay factores que pueden aumentar el riesgo de drogodependencia?
ACTIVIDAD: Algunas actividades pueden aumentar el riesgo
Actividades de alta peligrosidad (p.e. investigación nuclear, química, etc.).
Actividades de alta peligrosidad y que implican exigencias físicas (p.e. bomberos, cuerpos y fuerzas de seguridad).
Actividades que implican exigencias físicas y/o de concentración (p.e. transporte por carretera/ avión/ ferrocarril/marítimo).
Actividades en entornos donde pueda existir un consumo de drogas (p.e. bares, discotecas, salas de fiesta, centros penitenciarios, etc.).
Actividades en entornos laborales donde pueda existir una mayor facilidad de acceso: • Industria de bebidas y alimentación. • Restauración/Ocio. • Industria farmacéutica. • Asistencia sanitaria. • Centros veterinarios. • Etc.
Actividades en entornos desagradables o que estén mal consideradas socialmente (p.e. empleados de cementerios, vertederos).

CUESTIÓN 1: ¿Hay factores que pueden aumentar el riesgo de drogodependencia?
ACTIVIDAD: Algunas actividades pueden aumentar el riesgo
Actividades que implican una vida social muy intensa (relaciones públicas, ventas).
Actividades que implican viajes o desplazamientos frecuentes.
Actividades que implican viajes donde pueda existir la posibilidad de acceder a zonas remotas.
Actividades que implican viajes o desplazamientos a zonas donde los hábitos existentes faciliten el consumo de drogas.
Trabajo poco creativo.
Trabajo monótono.
Trabajos repetitivos.
Actividades en condiciones climatológicas adversas (p.e. temperaturas extremas).
Tareas en solitario durante gran parte de la jornada laboral.
Ritmo de trabajo intenso.
Trabajos a turnos, rotativos o nocturnos.
Jornada laboral reducida o media jornada.
Tiempos muertos durante la jornada laboral.
Existe estrés en el trabajo.
En el centro de trabajo existen consumidores de drogas.
En el centro de trabajo existe presión por parte de otros compañeros para incentivar el consumo de drogas.
Existe una cultura favorable al consumo de drogas relacionada directamente con el puesto de trabajo.

ZONA GEOGRÁFICA: Prevalencia mayor de determinadas drogas por encima de la media estatal
Andalucía (tabaco)
Aragón (alcohol)
Asturias (alcohol, tabaco)
Baleares (alcohol, tabaco, cánnabis)
Canarias (cánnabis)
Cantabria (tabaco)
Castilla-La Mancha (tabaco, cánnabis)
Castilla y León (alcohol, tabaco)
Cataluña (cánnabis)
Comunidad Valenciana (alcohol, tabaco, cánnabis)
Extremadura (tabaco)
La Rioja (tabaco, cánnabis)
Madrid (alcohol)
Murcia (tabaco, cánnabis)
Navarra (alcohol, cánnabis)
País Vasco (alcohol)
La Rioja (alcohol)

CARACTERÍSTICAS PERSONALES:
EDAD: Mayor prevalencia en función de la edad
15 a 24 (tabaco, alcohol, cánnabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/ speed, cocaína, inhalables volátiles, Ketamina, Spice, metanfetamina, setas mágicas, salvia, esteroides anabolizantes)
25 a 34 (tabaco, alcohol, cánnabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/ speed, cocaína, inhalables volátiles, Spice, metanfetamina, setas mágicas, salvia, esteroides anabolizantes)
35 a 44 (tabaco, alcohol, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/ speed, cocaína, inhalables volátiles, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes, Spice, esteroides anabolizantes)
45 a 54 (tabaco, alcohol, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes)
55 a 64 (alcohol, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes)
GÉNERO: Mayor prevalencia en función del sexo
Hombres (consumo más elevado de: sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol) • Alucinógenos • Anfetaminas • Éxtasis • Cánnabis • Cocaína • Heroína, Spice, Metanfetamina • Ketamina • Setas Mágicas • Salvia • Alcohol • Tabaco
Mujeres (consumo más elevado de hipnosedantes, somníferos y tranquilizantes) • Tranquilizantes • Somníferos • Hipnosedantes

CUESTIÓN 2:
¿En qué actividades las consecuencias de consumo pueden ser peores?

Actividades de especial peligrosidad con riesgos a terceros:

- Conductores de vehículos.
- Conductores de maquinaria pesada.
- Conductores de equipos de elevación de carga.
- Asistencia sanitaria.
- Centros de control.
- Trabajo en altura.
- Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
- Bomberos.
- Industrias peligrosas.
- Construcción.
- Minería.
- Industria siderometalúrgica.

DESARROLLO DE UNA CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN

Para desarrollar una campaña de sensibilización hay que considerar:

Mensaje clave y objetivo:

La Dirección de la empresa debe difundir y comunicar a todos los trabajadores su compromiso hacia la prevención de la drogodependencia. Se recomienda elaborar una **política o declaración**.

El objetivo a alcanzar debe ser realista y coherente con los recursos disponibles, así como con la problemática que tenga la empresa.

Se debe definir un mensaje clave relacionado directamente con el objetivo a alcanzar que vendrá determinado por los grupos y factores de riesgo identificados en el análisis anterior. En cualquier caso, la campaña ha de estar adaptada a la realidad de la empresa, de manera que los trabajadores la sientan como propia.

En el caso de campaña de sensibilización contra las drogas, el mensaje puede enfocarse tanto en positivo, promoviendo hábitos de vida saludable incompatibles con las adicciones, como en negativo, enfatizando los perjuicios de la adicción.

Es muy efectivo que el mensaje se transmita en forma de *slogan* que debe cumplir:

- Se debe usar un lenguaje sencillo, concreto y conciso.
- El mensaje debe ser corto (evitar frases largas y subordinadas).
- Se debe procurar buscar un mensaje fácil de recordar y que despierte el interés de los destinatarios. Es decir, un mensaje «con gancho».
- Se debe adecuar el lenguaje en función del colectivo al que va destinado. Por ejemplo, no se usará el mismo vocabulario en una campaña destinada a un colectivo joven que a un colectivo de personas mayores.
- Se debe procurar utilizar un vocabulario que sea conocido por parte de los destinatarios.
- Aunque la campaña vaya destinada a un colectivo en concreto, no se debe olvidar al resto de los trabajadores, pues el mensaje debe ser recibido e interiorizado por parte de todos los trabajadores.

  Es importante redactar un mensaje clave principal y mensajes secundarios que ayuden a la comprensión y desarrollo del mensaje principal.

Se debería elaborar una «marca» que permita identificar de forma visual y rápida la campaña. Se deberá tener en cuenta:

- Logo: es importante definir un «logo» ya sea mediante imágenes reales o bien dibujos. El «logo» deberá permitir la identificación de la campaña y debería relacionarse con el mensaje clave principal.
- Definición del estilo. Es importante utilizar el mismo estilo en toda la campaña, de esta forma se podrán asociar los diferentes canales de comunicación con la campaña. Por ejemplo: imágenes reales, dibujos, tipo de letra, colores, tono, conjunto de mensajes, etc. Es importante mantener un estilo uniforme en todas las acciones.
- La imagen de la campaña ha de estar en consonancia con la imagen de la empresa para favorecer la identificación del trabajador con los mensajes de la misma.

Algunos ejemplos:

Destinatarios:

Toda la población trabajadora es destinataria de una campaña de sensibilización de estas características, priorizando según los colectivos y situaciones de riesgo.

Los colectivos que desarrollan actividades con riesgo para los propios trabajadores y/o para terceros serán prioritarios.

Pueden existir también personas más vulnerables, que conviene detectar para poder orientar mejor la campaña.

Equipo promotor:

Ha de ser un equipo multidisciplinar en que cada miembro del equipo tenga definido un rol. Se recomienda que, como mínimo, el equipo promotor esté constituido por los siguientes miembros:

- **Equipo Directivo**. Para obtener un resultado positivo de la campaña, es imprescindible que el equipo directivo esté implicado desde el inicio. Además de la dotación de recursos (humanos y materiales), su implicación ha de ser visible para fomentar la motivación de los trabajadores y su percepción positiva.
- **Recursos Humanos**. Es imprescindible su participación desde el inicio ya que en la mayoría de organizaciones Recursos Humanos coordinará la campaña. Además suele ser el departamento más implicado en temas de Prevención de Riesgos Laborales.
- **Comunicación Interna**. Durante la campaña será necesario realizar todo tipo de comunicaciones: reuniones, correos electrónicos, cartelería, folletos, trípticos, etc. Por consiguiente, es imprescindible que los responsables de la comunicación interna formen parte del equipo promotor.
- **Servicio de Prevención**. El servicio de prevención ha de participar coordinadamente desde el ámbito de Medicina del Trabajo, por tratarse de profesionales sanitarios conocedores de la problemática de la drogodependencia, como desde el ámbito técnico que ayudará a darle el enfoque preventivo.
- **Mandos Intermedios**. Desde cada uno de los ámbitos de responsabilidad se puede motivar a los trabajadores y fomentar su participación en la campaña, así como valorar su efectividad.
- **Comité de Seguridad y Salud/ DDPP/ Representantes de trabajadores**. Es imprescindible llegar a acuerdos relacionados con la campaña en el seno del Comité de Seguridad y Salud o, en su defecto; en aquellos foros que haya determinado la propia empresa para tratar los temas de prevención de riesgos laborales. Se facilita así su puesta en marcha.

Formación:

Es necesario asegurarse de que el equipo promotor dispone de los conocimientos necesarios para desarrollar correctamente las funciones que se le han asignado.

Puede ser conveniente contar con la participación de expertos en diferentes ámbitos (sanitario, jurídico, de comunicación...) que además de aportar conocimientos ayuden a transmitir una imagen de «profesional externo» con menor implicación emocional.

Es conveniente además, realizar formación a todos los trabajadores, en especial a los que tienen personal a su cargo, para saber abordar tanto la detección como los programas de intervención y seguimiento posteriores.

Se trata de dar un enfoque de promoción de la salud y prevención de riesgos, primando la ayuda a los trabajadores afectados y eliminando tabús.

Es importante transmitir la importancia de no encubrir a los trabajadores con problemas, dado que se pone en riesgo la seguridad del propio trabajador y de sus compañeros.

Cabe remarcar que las medidas disciplinarias deben quedar relegadas a aquellos casos en que el trabajador afectado no quiera cooperar y su consumo inadecuado tenga repercusiones negativas en el ámbito del trabajo.

Planificación:
Para llevar a cabo una campaña es preciso definir todas las etapas y las acciones correspondientes, así como su temporización.

Para ello, será necesario analizar los factores externos que pueden influir en su desarrollo:

- Disponibilidad de los recursos internos (p.e. personal de apoyo necesario, tiempo disponible)
- Recursos materiales.
- Selección del momento óptimo teniendo en cuenta la carga de trabajo, la estacionalidad, la continuidad e intensidad del impacto, etc. (p.e. ¿antes o después del periodo vacacional?, ¿iniciamos la campaña antes de navidad?, ¿cómo llegar a todos los turnos?, etc.).
- Análisis de los eventos que pueden ser condicionantes (p.e. participación en ferias, cambios organizativos o productivos importantes en la compañía, etc.).
- Análisis del tiempo que se prevé necesario para poder alcanzar el objetivo previsto.

Durante la campaña debe hacerse un seguimiento continuado del cumplimiento de la planificación.

Presupuesto:
Se debería analizar el presupuesto necesario considerando:

- Recursos humanos: tanto de profesionales externos como de dedicación de los propios trabajadores.
- Recursos materiales: alquiler o compra de equipos, elaboración de material formativo, analíticas, etc.
- Formación necesaria para el equipo promotor.

Se deberá realizar un seguimiento exhaustivo del presupuesto para evitar desviaciones del mismo.

Impacto y eficacia:
Según los objetivos a alcanzar, se deberán definir una serie de indicadores para poder valorar el impacto y la eficacia de la campaña realizada. Los indicadores pueden ser:

- Índices de siniestralidad, absentismo, reducción de conflictos, etc.
- Se pueden obtener mediante el uso de encuestas identificando los hábitos de vida saludables que se haya conseguido implantar, número de asistentes a acciones de promoción de la salud que organiza la empresa, etc.

- Desde el área de Medicina del Trabajo se pueden definir indicadores relacionados con el porcentaje de trabajadores que solicitan ayuda, marcadores bioquímicos en los exámenes de salud, etc.
- Poder medir la participación en las diferentes acciones es clave para medir el «éxito» de una campaña.

Sería deseable poder medir el retorno de la inversión (ROI).

No se debe esperar a terminar una campaña para evaluar su resultado. Debe hacerse un seguimiento continuado para poder corregir desviaciones respecto al objetivo planteado. Cabe considerar que se puede plantear llevar a cabo campañas plurianuales.

Canal de comunicación:
Se deben establecer los canales de comunicación adecuados para poder alcanzar los objetivos propuestos. Los canales de comunicación vendrán determinados por:

- Presupuesto disponible.
- Tiempo disponible.
- Destinatarios: según el colectivo principal al que se destina el mensaje, será más efectivo un canal de comunicación u otro. Por ejemplo, los mensajes a través de medios telemáticos serán más apropiados para trabajadores jóvenes y que sean usuarios de PVD.
- Mensaje a transmitir: según el mensaje que se quiera transmitir, será más efectivo la utilización de uno o varios canales.
- Canales de comunicación habituales de la empresa.

Los posibles canales son:

Reuniones:

- Establecer el objetivo de la reunión. Se recomienda escribir el objetivo a alcanzar y determinar el «por qué» de dicho objetivo.
- Establecer los participantes. Las reuniones pueden ser en grupo o individuales. Si la reunión es individual se recomienda que sólo participe un miembro del equipo promotor. En caso contrario, se deberá evitar que el participante se sienta cohibido. Cuando se trata de reuniones individuales, se recomienda realizar varias reuniones (de corta duración) y evitar reuniones largas.
- Disponer de un guion de trabajo, indicando las horas de reunión y las pausas.
- Comunicar a los asistentes el día y la hora de la reunión con antelación suficiente.
- Es importante determinar la persona que dirigirá la reunión de grupo.
- Material (trípticos, folletos, etc.): disponer de material suficiente para todos los asistentes. Es importante explicar a los participantes el material facilitado y su contenido, para fomentar la lectura y despertar el interés de los trabajadores.
- Disponer de una sala adecuada para realizar la reunión. Se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:
  - Ubicación de la sala. Evitar espacios abiertos dentro de centro mientras se desarrolla la actividad de la empresa. Buscar una ubicación que permita mantener conversaciones con un tono de voz normal.

  - Ubicación de los trabajadores. Buscar una sala de reuniones que permita a los trabajadores estar cómodos. Dependiendo de la duración y tipología de la reunión, prever sillas y mesas o sillas con reposabrazos.
  - Es importante mantener el contacto visual con todos los asistentes y estar «cara a cara».
  - Ruido. Evitar realizar reuniones en espacios ruidosos.

- Es importante preparar con tiempo la reunión para prever las diferentes situaciones (debates, preguntas, etc.) que se pueden derivar de la reunión y poder reconducirla para alcanzar el objetivo planteado.
- Permite conocer la opinión de los participantes. Disponer de esta información puede ser importante para modificar la planificación y/o reconducir la campaña en caso necesario.
- Al finalizar la reunión, es importante revisar si se ha conseguido el objetivo planteado. En caso negativo, se deberá analizar la causa y se deberá plantear una acción que permita alcanzar dicho objetivo.

Espacio de comunicación:
Es importante delimitar una o varias ubicaciones donde se pueda mantener la información actualizada y accesible, así como que los diferentes medios de comunicación mantengan la «marca» establecida (p.e. estilo, colores, etc.) para identificar fácilmente todos los elementos de una campaña.

Se debe realizar un seguimiento y mantener actualizados todos los espacios y medios de comunicación utilizados (carteles, folletos, intranet, etc.), evitando que las comunicaciones queden obsoletas.

Estas ubicaciones han de ser conocidas por los trabajadores.

Carteles:

- Permiten difundir mensajes de forma gráfica.
- Es importante comentar con todo el equipo promotor la imagen a utilizar para asegurarse de que es adecuada al mensaje a transmitir.
- Los carteles deben colocarse en lugares estratégicos y a una altura y profundidad adecuada que permita su visualización por parte de todos los trabajadores.

Trípticos y folletos informativos:

- Permiten difundir mensajes de forma gráfica y con contenido informativo. Es importante revisar con especialistas dicho contenido.
- Se recomienda ubicar en un lugar fácilmente accesible a los trabajadores (p.e.: entrada, salas de descanso, office, etc.).

Espacio físico («tablón de anuncios»):

- Permite colocar diverso material informativo en una misma ubicación. Será necesario valorar la información que se quiere comunicar para no saturar el espacio. Se debe revisar que todo el material ubicado en el tablón sea fácilmente legible y se pueda consultar por parte de todos los trabajadores.

- Se recomienda dividir el tablón de anuncios por secciones e indicar el título de cada una. Por ejemplo:
  - Agenda de actividades (reuniones, formación, etc.).
  - Estado de la campaña (etapa).
  - Objetivos Alcanzados.
  - Material informativo: carteles, folletos, trípticos, etc.
- Se recomienda ubicar el tablón de anuncios en un lugar fuera de la zona de paso de equipos de trabajo y al alcance de los trabajadores (en altura y profundidad).
- Se recomienda disponer de varios tablones de anuncios según el tamaño de la empresa y el número de delegaciones.

Espacio físico en la intranet de la empresa:

- Debe garantizarse el acceso a todos los destinatarios.
- Permite colocar material informativo diverso en un mismo espacio. Será necesario valorar la información que se quiere comunicar para no saturar dicho espacio.
- Se recomienda dividir el espacio por secciones e indicar el título de cada una, para que sea fácil localizar toda la información disponible. Por ejemplo:
  - Agenda de actividades (reuniones, formación, etc.).
  - Estado de la campaña (etapa).
  - Objetivos Alcanzados.
  - Material informativo.
  - Links a páginas de interés.
- Permite consultar la información desde cualquier ubicación y no es necesario estar físicamente en la empresa, por consiguiente este medio de comunicación es el más idóneo para trabajadores que se desplacen y para empresas que dispongan de más de un centro de trabajo.
- Además permite asociar contadores de lectura a los diferentes espacios y disponer de información acerca del número de visitas.

Salvapantallas:
Se trata de emitir mensajes en el momento en que se inicia la sesión con el ordenador o que se activen automáticamente después de una pausa. Permite renovar con facilidad los mensajes y no dependen de la voluntad del trabajador.

Correos electrónicos:

- Se debe tener en cuenta que los trabajadores dispongan de correo electrónico y de tiempo para su lectura.
- Permite facilitar información específica y documentos de lectura de forma rápida e instantánea a cualquier trabajador que disponga de ordenador o teléfono móvil.
- Este medio de comunicación es el más idóneo para trabajadores que se desplacen y para empresas que dispongan de más de un centro de trabajo. Pero se debe evitar abusar de los correos electrónicos para no saturar los buzones y, en consecuencia, dificultar la lectura de toda la información o desincentivar el interés por la misma.

Merchandising:

- Se puede valorar la posibilidad de crear elementos de merchandising como salvamanteles, tazas, bolígrafos u otros, por ejemplo, que fabrique la propia empresa.

Actividad de riesgo

DETECCIÓN	**INDICADORES** Siniestralidad Absentismo Conflictos Comunicados

Otra manera de detectar posibles problemas de consumo de alcohol y drogas es mediante algunos indicadores. Hay que tener cuidado a la hora de interpretar dichos indicadores, ya que puede haber otros motivos ajenos a un problema de consumo o de adicción.

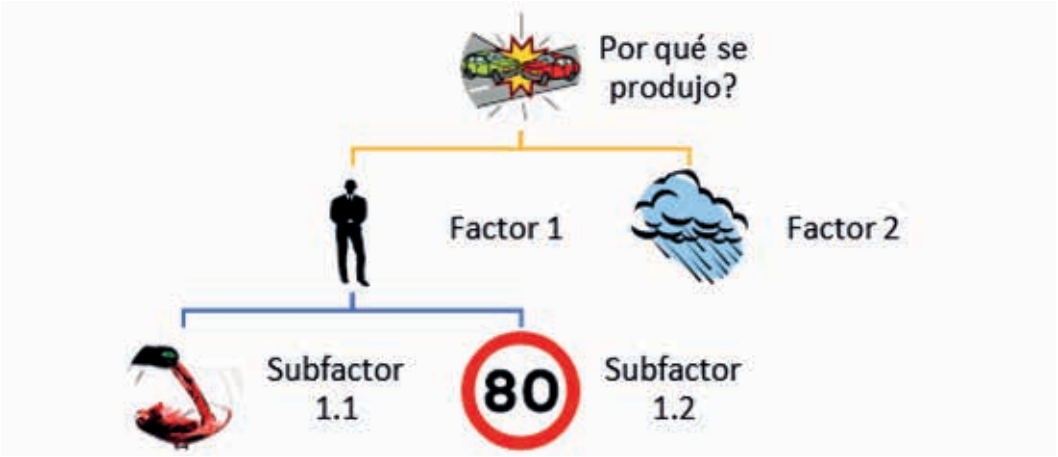
Algunos de estos indicadores pueden ser:

Siniestralidad

Un incremento de la siniestralidad en el que se vean involucrados reiteradamente los mismos trabajadores puede ser indicativo de un problema de consumo de drogas o alcohol.

Es importante que las investigaciones de accidentes sean rigurosas y analicen todos los factores que han contribuido a que se materialice el accidente, llegando a las causas primarias.

Una metodología basada en el árbol de causas resulta de utilidad para garantizar la exhaustividad de la investigación.



Dicho análisis debería extrapolarse también a los incidentes que, aun no habiendo causado daños a los trabajadores, han supuesto situaciones de riesgo que no deben repetirse. En este sentido, la participación de testigos es primordial.

La investigación debe llevarse a cabo por un equipo en el que participen los mandos inmediatos del trabajador accidentado, así como miembros del servicio de prevención, de manera que se garantice la objetividad de la misma.

Absentismo

Un incremento del absentismo, concentrado en los días posteriores al cobro del salario, con justificaciones poco creíbles, así como el incumplimiento de horarios o ausencias injustificadas pueden ser indicios de un problema de adicción.

Cuando se producen además bajas prolongadas, debe ofrecerse un examen de salud a través del cual se puede detectar la posible relación entre drogodependencia y absentismo.

Bajo rendimiento o mala calidad del trabajo

Otro posible indicador es un descenso en el rendimiento laboral del trabajador o de la calidad del trabajo.

También puede detectarse un aumento de los errores en el desempeño de la actividad laboral sin que se encuentren otros motivos que lo justifiquen, como pueden ser cambios organizativos, en los procesos, etc.

Conflictos interpersonales

El aumento de conflictividad de los trabajadores con adicciones suele ser uno de los indicadores más relevantes y al mismo tiempo más complejo de analizar porque involucra a otros trabajadores o a los mandos, por lo que no siempre es fácil extraer conclusiones claras acerca de los motivos del conflicto.

En ocasiones, se intenta ocultar los verdaderos motivos con la voluntad de proteger a los trabajadores conflictivos con lo que se obtiene el efecto contrario.

Incumplimientos reiterados de normativas laborales

Algunas sustancias pueden producir efectos que animen al trabajador a transgredir las normas, dándoles una falsa sensación de invulnerabilidad.

Es importante estar alerta cuando esos incumplimientos son reiterados porque pueden ser sintomáticos de este efecto. Sobre todo si se incumplen normativas de seguridad.

Más allá de poner en marcha mecanismos de amonestación, también hay que prever actuaciones de detección de problemas de drogodependencia y, en su caso, de intervención ante los mismos.

Comunicados emitidos por parte de los trabajadores o mandos

En aquellas organizaciones en las que se ha implantado alguna herramienta a través de la cual los trabajadores puedan comunicar situaciones de riesgo o incidentes, pueden detectarse comunicados de posibles situaciones de drogodependencia, sobre todo cuando existe la posibilidad de que se realicen de forma anónima.

No hay que minusvalorar dichas informaciones ya que pueden estar justificadas, aunque tampoco hay que darles presunción de veracidad sin haberlas contrastado.

Aumento de los hurtos

El consumo de drogas puede implicar un gasto considerable que puede derivar en un incremento de los hurtos para hacerle frente.

Aumento de los costes de la empresa

En un análisis más macroscópico, las empresas con un número importante de trabajadores drogodependientes pueden ver incrementados sus costes.

Aunque es difícil hacer una estimación, hay que contemplar:

1. **Costes Directos:**
    - Coste del programa de prevención y ayuda al empleado (horas de recursos humanos empleados para formación, información y supervisión, coste de pruebas analíticas y tratamiento adecuado de las muestras, costes de laboratorio).

2. **Costes Indirectos:**
    - Coste de atención sanitaria por enfermedad o accidente.
    - Coste de incapacidad temporal u otro tipo de incapacidad (absentismo).
    - Coste de rotación de puestos o contratación por sustitución de bajas.
    - Coste por caída de la productividad.
    - Coste incurrido cuando la imagen de la empresa haya sufrido perjuicio.
    - Coste por supervisión del trabajo de operarios que no rinden en su puesto.
    - Coste por daños a equipos o productos.
    - Coste por responsabilidad legal.
    - Coste por baja moral en la empresa y aumento de la conflictividad interna.
    - Costes por malas decisiones tomadas por abuso de drogas (incidentes, mala calidad del producto).

Según la Fundación Hazelden, se puede estimar un coste de:

Coste de la drogodependencia = % Consumidores * Nº Total Empleados * 25% Salario Anual Bruto

Actividad de riesgo

DETECCIÓN	OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Para poder detectar «de forma visual» un problema de drogodependencia, debe conocerse la sintomatología de las diferentes drogas (drogas, alcohol, tabaco).

Todo el equipo promotor de las campañas de sensibilización, pero especialmente los mandos intermedios, por tener contacto más directo con los trabajadores, son las figuras más idóneas para poder interpretar esta sintomatología, siempre y cuando hayan sido formados para ello.

La formación debe contemplar:

- Cómo observar.
- Cómo documentar lo observado.
- A quien y como derivar la observación.

Estas observaciones pueden estar incluidas en protocolos de observación del comportamiento preventivo, de manera que no estén orientadas exclusivamente al consumo de drogas. Debe formarse a los observadores acerca de la sintomatología más común.

Dichas observaciones deben quedar registradas para controlar la frecuencia de los episodios y las características de los mismos.

Debe establecerse un circuito claro de actuación.

A continuación se expone de forma genérica la sintomatología más común. Hay que tener en cuenta que estos síntomas no son exclusivos del consumo de alcohol y drogas y no se pueden hacer diagnósticos no fundamentados o etiquetar de forma imprudente.

GENERAL

Deberemos tener en cuenta los siguientes indicadores:

- Cambios en el comportamiento de un trabajador: nerviosismo, cambios de ánimo, etc.
- Impuntualidad en el horario de trabajo o abandono antes de acabar la jornada.
- Ausencia injustificada del trabajo, sobre todo los lunes, viernes y días siguientes al cobro de la nómina.
- Los accidentes domésticos, laborales y de circulación.
- Las continuas y diversas quejas.
- La disminución del rendimiento laboral.
- Mayor número de errores.
- Baja productividad.
- Disminución del ritmo de trabajo.
- Los cambios en el estado de ánimo (ataques de ira, agresividad, etc.).
- Descuido del aspecto personal.
- Los conflictos con jefes y compañeros.

Efectos negativos sobre la salud e integridad de los trabajadores:

- Disminución del rendimiento.
- Sentimiento de aislamiento.
- Retrasos y deseo de concluir las tareas antes de lo previsto.
- Necesidad de descansos más prolongados.
- Aumento de las bajas por enfermedad.
- Más alteraciones físicas y psicológicas.
- Sentimiento de irritación y nerviosismo.
- Posibilidad de reaccionar violentamente ante los demás.

- Mayores riesgos de sufrir accidentes al reducirse los reflejos.
- Anticipación de las jubilaciones.

Cuando un individuo con adicción abandona o deja de consumir una droga, se produce el denominado síndrome de abstinencia, cuyos síntomas son los siguientes:

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

ALCOHOL

Podemos considerar los siguientes **signos físicos** como indicadores genéricos hacia una posible detección humana:

- Enrojecimiento de la cara y de las zonas expuestas a la luz (mejillas, nariz, manos).
- Temblor de manos.
- Lengua sucia (de color blanco).
- Enrojecimiento de las conjuntivas de los ojos.

Efectos del alcohol sobre la conducta:

- Sedación.
- Disminución de la memoria.
- Descoordinación motora.
- Ansiolisis (*Definición según diccionario on-line de la Real Academia Nacional de Medicina: Reducción o supresión de la ansiedad mediante el uso de fármacos ansiolíticos o de diversas técnicas psicoterapéuticas*).

Los efectos conductuales agudos del etanol, en las personas, dependen de varios factores: dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido entre las dosis. Los efectos sobre el estado de ánimo varían en función del individuo.

En la siguiente tabla podemos ver los efectos sobre un individuo y su estado, en función de la concentración de etanol en sangre:

Tabla 1. Efectos del alcohol

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

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

De forma genérica, podemos considerar:

- **Signos físicos**: palidez, ojeras, ojos rojos, pómulos hundidos, sudoración abundante, bostezos frecuentes, temblor, habla arrastrada, alteraciones del equilibrio, descuido en la presentación personal, cambio en los hábitos de alimentación, irritación o sangrado nasal; quemaduras o manchas en la boca, dedos, ropa; huellas de punciones en las venas de los antebrazos.
- **Síntomas psicológicos y actitudinales**: aislamiento, irritabilidad, ideas persecutorias, hiperactividad, risas inmotivadas, empleo habitual no formulado de gotas para la irritación ocular o de gafas oscuras, mala memoria, dificultad para concentrarse y mantener la atención, baja motivación, pérdida de interés por las actividades cotidianas, tendencia a mentir, cambios en el ciclo del sueño y necesidades injustificadas de dinero.
- **Cambios laborales**: descuido en la imagen personal, endeudamiento, cambios en el humor, irritabilidad, ausencias injustificadas, impuntualidad, bajo rendimiento y problemas de salud frecuentes.

Características de las principales clases de sustancias psicoactivas:

Tabla 2. Características de las principales clases de sustancias psicoactivas

CLASE	EJEMPLOS	EFECTOS CONDUCTUALES MÁS COMUNES
ESTIMULANTES	Anfetamina Cocaína Éxtasis Nicotina	Estimulación, excitación, incremento en la energía, incremento en la concentración, disminución del apetito, aumento del ritmo cardiaco, respiración incrementada, paranoia, pánico.
DEPRESIVOS	Alcohol Sedantes e hipnóticos Solventes volátiles	Relajación, desinhibición, disminución motora, disminución en la memoria y la cognición, ansiolisis.
ALUCINÓGENOS	Canabinoides LSD Fenciclidina	Alucinaciones, conciencia sensorial incrementada, déficit motor y cognitivo.
OPIOIDES	Morfina Heroína	Euforia, analgesia, sedación.

ALUCINÓGENOS

Efectos inmediatos:

- Alteraciones perceptivas para las que generalmente se mantiene cierta capacidad crítica (el sujeto puede conservar la conciencia de que estas alteraciones son el resultado de la acción de la sustancia).
- Dilatación de la pupila.
- En ocasiones, complicaciones psicopatológicas (ansiedad, reacciones paranoides, malos viajes, psicosis,..).
- En ocasiones, recurrencias o flashbacks (semanas o meses después del último uso de la sustancia).

Efectos sobre la conducta de los alucinógenos:

- Incremento en el ritmo cardíaco y la presión sanguínea.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Menor apetito.
- Náusea.
- Vómito.
- Descoordinación motora.
- Dilatación de las pupilas.
- Alucinaciones (dependerá de la dosis, provocan distorsiones de cualquiera de las modalidades sensoriales).

Los efectos de los alucinógenos y la reacción emocional a éstos varían de una persona a otra. Las reacciones pueden ser: felicidad, euforia, temor, pánico, sensación de introspección profunda y episodios psicóticos.

ANFETAMINAS / SPEED

Efectos inmediatos:

- Efectos estimulantes (euforia, locuacidad, disminución de la sensación de hambre, fatiga y sueño).
- Dilatación de la pupila.
- Efectos cardiovasculares (aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca).
- En ocasiones, complicaciones psicopatológicas (crisis de ansiedad, reacciones paranoides, psicosis).

Efectos sobre la conducta de las anfetaminas:

- Lucidez incrementada.
- Excitación.
- Estimulación.
- Mayor energía.
- Mayor actividad motora.
- Mayor Habla/ Locuacidad.
- Mayor confianza en sí mismo.
- Mayor capacidad de concentración (mejoría).
- Mejoría del rendimiento intelectual y de la ejecución de las tareas manuales.
- Sentimientos de bienestar.
- Disminución del apetito.
- Incremento del ritmo cardíaco.
- Respiración incrementada.
- Euforia.
- Alerta.

Efectos psicológicos:

- Agitación.
- Euforia.
- Sensación de autoestima aumentada.
- Verborrea.
- Alerta y vigilancia.
- Agresividad.
- Pensamientos paranoides, confusión y alucinaciones (a dosis más elevadas).
- Depresión psíquica (dosis elevadas).
- Desorientación, alucinaciones, delirio (dosis elevadas).
- El consumo puede ocasionar también crisis de pánico, ideación paranoide, deterioro de los procesos de pensamiento, trastornos amnésicos e incoherencia y cambios afectivos.

Efectos fisiológicos:

- Falta de apetito.
- Taquicardia/ Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Sequedad de boca.

- Sudoración.
- Incremento tensión arterial.
- Contracción mandibular.
- Náuseas y vómitos.
- Puede provocar toxicidad hepática, que se manifiesta en forma de hepatitis o de insuficiencia hepática aguda.
- Agitación.
- Fiebre.
- Las sobredosis severas pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral y la muerte.
- Convulsiones o coma (dosis elevadas).
- El consumo puede ocasionar también agitación psicomotriz.

El consumo de anfetaminas puede inducir episodios de pánico o psicóticos.
La anfetamina es un potente psicotomimético con posibilidades de intensificar los síntomas o precipitar un episodio psicótico en individuos vulnerables (Ujike, 2002). Las personas que usan crónicamente las anfetaminas desarrollan con frecuencia una psicosis muy similar a la esquizofrenia (Robinson y Becker, 1986; Yui y colab., 1999).

CÁNNABIS

Efectos inmediatos («borrachera cannábica»):

- Sequedad de boca.
- Enrojecimiento ocular.
- Taquicardia.
- Descoordinación de movimientos.
- Risa incontrolada.
- Somnolencia.
- Alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

Efectos sobre la conducta de los canabinoides:

- Relajación.
- Mayor conciencia sensorial.
- Disminución en la memoria a corto plazo.
- Descoordinación motora.
- Analgesia (*Definición según diccionario on-line de la Real Academia Nacional de Medicina: Pérdida de la sensibilidad al dolor. En su variedad más pura se pueden conservar las otras modalidades sensitivas. Se puede deber a una alteración congénita de los receptores de la percepción y transmisión del dolor, a lesiones adquiridas tanto del siste-*

ma nervioso central como del periférico que interrumpen las fibras de la transmisión del dolor, o a la administración de fármacos (analgésicos), por vía locorregional o sistémica).

- Efectos antieméticos (*impiden el vómito o la náusea*) y antiepilépticos.
- Mayor apetito.

Efectos en el comportamiento:

- Locuacidad.
- Euforia.
- Aumento de la sociabilidad.
- Aceleración mental.
- Hiperactividad.

Efectos fisiológicos:

- Disminución de la fatiga.
- Reducción del sueño.
- Inhibición/ Aumento del apetito.
- Aumento de la presión arterial.
- Ojos brillantes y enrojecidos.
- Taquicardia.
- Sudoración.
- Somnolencia.
- Descoordinación de movimientos.

Efectos psicológicos:

- Relajación.
- Desinhibición.
- Hilaridad.
- Sensación de lentitud en el paso del tiempo.
- Somnolencia.
- Alteraciones sensoriales.
- Dificultad en el ejercicio de funciones complejas.
- Percepción de mayor confianza en uno mismo y mayor creatividad, no está asociada con un mejor rendimiento.

COCAÍNA (POLVO Y/O BASE)

Efectos inmediatos:

- Euforia.
- Locuacidad.
- Aumento de la sociabilidad.
- Disminución de la sensación de hambre, fatiga y sueño.
- Dilatación de las pupilas.
- Aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca que, en ocasiones pueden precipitar episodios cardiovasculares graves.
- En ocasiones, complicaciones psicopatológicas (crisis de ansiedad, reacciones paranoides, psicosis,..).
- Estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental.
- Contracción de los vasos sanguíneos.
- Aumento de la temperatura corporal.

Efectos sobre la conducta de la cocaína:

- Mayor lucidez, energía, actividad motora, sensación de energía, sensación de vigor y capacidad sexual.
- Euforia.
- Ansiedad.
- Inquietud.
- Paranoia.

Efectos psicológicos:

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

Efectos fisiológicos:

- Disminución de la fatiga.
- Reducción del sueño.
- Inhibición del apetito.
- Aumento de la presión arterial.
- Temblores, convulsiones y mayor temperatura corporal (doses excesivas).

Durante una sobredosis de cocaína puede ocurrir taquicardia, hipertensión, infarto al miocardio y hemorragias cerebrovasculares. Conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior.

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

El uso de esteroides frecuentemente causa acné severo. Hay algunos efectos colaterales específicos según el sexo del usuario:

- En los hombres: calvicie, desarrollo de los senos (ginecomastia).
- En las mujeres: crecimiento del vello facial, calvicie de patrón masculino y engrosamiento de la voz.

ÉXTASIS

Efectos inmediatos:

- Sociabilidad, euforia, desinhibición.
- Incremento de la autoestima.
- Locuacidad.
- Inquietud.
- Confusión, agobio.
- Taquicardia, arritmia e hipertensión.
- Sequedad de boca, sudoración.
- Escalofríos, náuseas.
- Contracción de la mandíbula, temblores.
- Deshidratación.
- Aumento de la temperatura corporal o «golpe de calor».

Efectos sobre la conducta del éxtasis:

- Mayor confianza en sí mismo.
- Empatía.
- Comprensión.
- Sensaciones de intimidad.
- Mayor comunicación.
- Euforia.
- Incremento en la energía.

Efectos psicológicos:

- Sociabilidad.
- Empatía.
- Euforia.
- Sensación de autoestima aumentada.
- Desinhibición.
- Deseo sexual aumentado.
- Locuacidad.
- Inquietud.
- Confusión.
- Agobio.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Aumenta el tiempo de reacción.
- Paranoia.
- Depresión.

Efectos fisiológicos:

- Taquicardia, arritmia e hipertensión.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Sequedad de boca.
- Sudoración.
- Contracción de la mandíbula.
- Temblores.
- Vértigo.
- Deshidratación.
- Aumento de la temperatura corporal (hipertermia).

HEROÍNA

Efectos inmediatos:

- Euforia.
- Intensa sensación de bienestar.
- Analgesia.
- Náuseas y vómitos.
- Contracción de la pupila.
- Notable riesgo de sobredosis.
- Ofuscación de la mente.
- Depresión respiratoria.
- Sedantes.
- Depresión del sistema respiratorio.

Efectos sobre la conducta de los opioides:

- Euforia.
- Analgesia.
- Sedación.
- Depresión respiratoria (*respiración lenta o con fuerza insuficiente para respirar*).

Efectos:

- Aporta placidez y relajación de forma muy intensa, elimina el dolor y la ansiedad. Induce al sueño por lo que disminuye los estados de alerta, la concentración, atención y memoria.
- Euforia, bienestar: dependerá de la cantidad de heroína tomada y rapidez que llega al cerebro.
- Inicialmente:
  - Acaloramiento de la piel.
  - Sequedad de la boca.
  - Sensación de pesadez en las extremidades.
  - En ocasiones, nauseas, vómitos y picor considerable.
- Posteriormente:
  - Somnolencia durante varias horas.
  - Funciones mentales se ofuscan.
  - Función cardíaca y respiratoria se alteran.
  - A veces, causa muerte, según dosis consumida.

INHALABLES VOLÁTILES

Efectos sobre la conducta de los solventes volátiles:

- Mareo.
- Desorientación.
- Euforia.
- Ligereza.
- Aumenta el estado de ánimo.
- Alucinaciones.
- Delirios.
- Descoordinación.
- Perturbaciones visuales.
- Ansiolisis.
- Sedación.

La intoxicación inducida por la inhalación de vapores de solventes produce algunos efectos conductuales similares a los del alcohol. Pocos minutos después de la inhalación se observa mareo, desorientación y un breve periodo de excitación con euforia, seguido de una sensación de ligereza y un periodo más prolongado de depresión de la conciencia. Además, se inducen cambios marcados en el estado mental de las personas que abusan del tolueno y otros solventes.

La mayoría de los usuarios reporta una elevación del estado del ánimo y alucinaciones.

También ocurren delirios potencialmente peligrosos como creer que se puede volar o nadar, los pensamientos muchas veces se frenan, el tiempo parece transcurrir más rápidamente y son comunes las alucinaciones táctiles (Evans y Raistrick, 1987). Estos efectos conductuales van acompañados de perturbaciones visuales, nistagmo, descoordinación y andar inestable, dificultades para hablar, dolor abdominal y ruboración de la piel.

KETAMINA

La ketamina administrada por vía intravenosa produce inconsciencia dosis-dependiente y analgesia. Como agente único, en su uso reglado como anestésico, produce un estado «cataléptico», permaneciendo el paciente con los ojos abiertos, las pupilas moderadamente dilatadas y un nistagmo lento, con reflejos a la luz y corneales intactos, pudiendo producir vocalización, movimientos intencionados no relacionados con la estimulación quirúrgica e hipertonía muscular.

La ketamina produce reacciones psicológicas indeseables, que tienen lugar durante el despertar de la anestesia y se denominan reacciones de emergencia. Las manifestaciones habituales son sueños vívidos, delirios, alucinaciones, sensación de flotar y, en algunas ocasiones, experiencias disociativas o extracorpóreas que se han relacionado con las experiencias cercanas a la muerte.

El consumo habitual de ketamina, como droga de abuso, se ha asociado con la aparición de ataques de pánico y ansiedad, problemas de memoria, dificultades de concentración y flashbacks.

La ketamina puede favorecer que personas con síndrome depresivo piensen en el suicidio o intenten suicidarse y que personas agitadas se vuelvan violentas y agresivas.

Tras el consumo prolongado de ketamina se evidencia, con técnicas de imagen, una disminución en el volumen de la sustancia blanca en ambos lóbulos frontales y en la región temporal izquierda de la corteza cerebral, aunque el mecanismo preciso de estas acciones permanece desconocido.

Se han descrito otros efectos relacionados con el uso de ketamina: anorexia, náuseas, vómitos, erupciones cutáneas, hipertermia maligna, variaciones de la presión intraocular, apnea, laringoespasmo o edema pulmonar.

La ketamina puede producir alucinaciones a muy bajas dosis.

METANFETAMINA

Problemas emocionales y cognitivos que se observan en los abusadores crónicos de metanfetamina.

El consumo de metanfetamina, incluso en pequeñas cantidades, puede producir bastantes efectos físicos iguales que otros estimulantes como la cocaína o la anfetamina, incluyendo:

- Una prolongación del estado de vigilia.
- Mayor actividad física.
- Disminución del apetito.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aceleración de la frecuencia cardiaca.
- Irregularidad del latido del corazón.
- Aumento en la presión arterial e hipertermia.

El abuso a largo plazo de la metanfetamina tiene muchas consecuencias negativas, entre ellas:

- Una pérdida extrema de peso.
- Problemas dentales graves (boca de metanfetamina o «meth mouth»).
- Ansiedad.
- Confusión.
- Insomnio.
- Perturbaciones en el estado de ánimo.
- Comportamiento violento.
- Las personas con historial de abuso prolongado de metanfetamina también demuestran varias características psicóticas, como paranoia, alucinaciones visuales y auditivas y delirio (por ejemplo, la sensación de tener insectos que caminan debajo de la piel).

SALVIA

Los efectos que produce consisten en una pérdida del control sobre los movimientos corporales, alucinaciones visuales abigarradas o fílmicas, sensación de soñar despierto, alteración de los límites temporo-espaciales, risa incontenible e incluso puede producir alteraciones psicóticas en consumidores vulnerables. Se ha descrito la aparición de mareo, amnesia y cefalea intensa con posterioridad a la desaparición del resto de los efectos.

SEDANTES E HIPNÓTICOS

Efectos sobre la conducta de los sedantes e hipnóticos:

- Sedación.
- Anestesia.
- Descoordinación motora.
- Disminución cognitiva.
- Disminución de la memoria.

Los síntomas más comunes del uso de sedantes e hipnóticos son somnolencia, descoordinación motora de leve a moderada y obnubilación de las funciones mentales (Jacobs y Fehr, 1987).

A mayores dosis, estos efectos se agudizan y producen daños generales de la función motora, aumento en el tiempo de reacción y daños en la función cognitiva y en la memoria. En casos severos inducen el sueño e incluso es posible la muerte por depresión respiratoria. Asimismo, pueden ocurrir efectos posteriores de fatiga, dolor de cabeza y náusea.

SPICE

No existe apenas información sobre los efectos específicos de su consumo. En cualquier caso, sí se sabe que estas sustancias tienen un perfil muy similar al del cannabis, aunque con mayor rapidez en el inicio de la actividad psicodisléptica.

TABACO

El tabaco produce al poco tiempo de empezar a consumirse algunas alteraciones poco deseables entre las que se encuentran:

- Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado «rostro del fumador».
- Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales.
- Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco.
- Manchas amarillentas en uñas y dedos.
- Excitación.

Las dosis agudas pueden producir alteración del estado de ánimo, aunque los consumidores diarios son significativamente menos sensibles a estos efectos que los no usuarios, lo que hace suponer que se desarrolla tolerancia a algunos de los efectos (Soria y colab., 1996; Taylor, 1996; Foulds y colab., 1997; DHHS de EE.UU., 1988).

Actividad de riesgo

DETECCIÓN	**VIGILANCIA DE LA SALUD** Examen de salud Consulta espontánea Encuesta de salud/cuestionarios

Con excepción del tabaco, no es habitual que un trabajador comunique de forma espontánea que tiene un problema de dependencia. En ocasiones no es consciente del mismo pero, aun siéndolo, evitará comentarlo en su entorno familiar y laboral tanto por vergüenza como por miedo a las consecuencias. Por lo tanto, se deberán poner en marcha otros mecanismos de detección.

La detección es importante especialmente en empresas/sectores con actividades de riesgo para los propios trabajadores o para terceros como:

- Conductores de vehículos.
- Conductores de maquinaria pesada.
- Conductores de equipos de elevación de carga.
- Asistencia sanitaria.
- Centros de control.
- Trabajo en alturas.
- Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
- Bomberos.
- Industrias peligrosas.
- Construcción.
- Minería.
- Industria Siderometalúrgica.
- Etc.

También hay que considerar aquellas actividades que facilitan el acceso a alcohol o drogas:

- Industria de bebidas y alimentación.
- Restauración/Ocio.
- Industria farmacéutica.
- Asistencia sanitaria.
- Centros veterinarios.

Existen diferentes canales o herramientas para detectar una posible problemática de drogodependencia en el entorno laboral.

El médico del trabajo se configura como la persona idónea para la detección de problemáticas relacionadas con el consumo de riesgo de alcohol y drogas. Por una parte es el referente al que el trabajador puede dirigirse para realizarle consultas espontáneas puesto que el personal sanitario garantiza la confidencialidad de la información relativa al estado de salud de los trabajadores. Por otra parte, en el ámbito de la vigilancia de la salud se puede llevar a cabo esa detección.

El médico del trabajo puede ser clave:

1. Detectando factores de riesgo (Prevención Primaria) y actuando sobre los mismos. Estos factores de riesgo pueden ser de origen laboral, por ejemplo, organizativos que pueden detectarse mediante la Evaluación de Riesgos Psicosociales, o inherentes al puesto de trabajo por tener fácil acceso a psicofármacos. También pueden ser factores individuales personales.
2. Realizando el diagnóstico precoz en los trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias (Prevención Secundaria) y la derivación al Sistema Nacional de Salud para tratamiento de desintoxicación y deshabituación si la empresa no dispone de los recursos necesarios.
3. Y por último, facilitando la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria) favoreciendo la reincorporación laboral del trabajador tras el tratamiento de deshabituación, con garantías de seguridad.

La normativa española garantiza el derecho a la vigilancia de la salud en relación a los riesgos a los que los trabajadores están expuestos en su puesto de trabajo y entorno laboral, por lo que se dispone de una herramienta idónea para detectar posibles casos de consumo de riesgo.

El artículo 22 de la Ley 31/1995 (Ley de Prevención de Riesgos Laborales) indica el carácter voluntario de los reconocimientos médicos con algunas excepciones:

> «De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad».

Por consiguiente, podría interpretarse que en aquellos casos en que exista peligro para terceros podrían realizarse reconocimientos médicos con carácter obligatorio para el trabajador, previo informe de los representantes de los trabajadores.

Estos supuestos deben abordarse necesariamente en el seno del Comité de Seguridad y Salud o mediante el Convenio Colectivo para darle validez legal y agilidad operativa.

Es especialmente interesante la vigilancia de la salud tras bajas prolongadas, ya que éstas pueden estar relacionadas con la drogodependencia.

Tanto si el examen médico tiene consideración obligatoria o voluntaria, constituye un buen canal de detección de posibles casos de consumo de riesgo. Aunque los protocolos médicos

que se apliquen deriven de los riesgos del puesto y no contemple específicamente otros aspectos de la salud, durante el examen de salud se puede llevar a cabo la detección mediante:

- Preguntas concretas en la anamnesis.
- Encuestas de salud generales.
- Analíticas específicas, previo consentimiento del trabajador.
- Cuestionarios específicos, previo consentimiento del trabajador.

Los cuestionarios más generalmente aceptados son:

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).
- ASSIST (Alcohol, Smoking and substance involvement screening Test).

A continuación se describe cada uno de estos dos cuestionarios:

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

¿Qué es AUDIT?
Es un Cuestionario o Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). AUDIT es un método simple de *screening,* o cribado, del consumo excesivo de alcohol que puede servir como herramienta de apoyo en la evaluación breve, identificando los niveles de consumo y los problemas asociados. Así mismo, AUDIT puede utilizarse como una herramienta preventiva ya que permite la identificación de los niveles iniciales de riesgo.

Características del AUDIT:

- CARÁCTER PREVENTIVO ya que evalúa diversos niveles de consumo, incluyendo el «no consumo» hasta la «dependencia».
- Evalúa el uso de alcohol en los ÚLTIMOS 12 MESES.
- Puede utilizarse AUDIT como ENTREVISTA o bien como un CUESTIONARIO, respondiéndolo directamente el trabajador.
- TIEMPO REDUCIDO: Se necesitan unos 2-4 minutos.

¿Cómo funciona?
El cuestionario consta de 10 preguntas que incluyen los siguientes aspectos:

Tabla 3. Dominios e ítems del AUDIT

DOMINIOS	Nº DE PREGUNTA	CONTENIDO DEL ÍTEM
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

El cuestionario AUDIT utiliza un sistema de puntuación para determinar el nivel de riesgo, empleando los siguientes términos:

- Consumo de alcohol: cualquier ingesta de alcohol.
- Consumo de alcohol de bajo riesgo: el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, es poco probable que derive a problemas relacionados con el alcohol.
- Abuso de alcohol: término general para cualquier nivel de riesgo, desde el consumo de riesgo hasta la dependencia de alcohol.
- Síndrome de dependencia de alcohol: conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Un diagnóstico de dependencia solo debe hacerse si están presentes en algún momento de los últimos doce meses, tres o más de los siguientes síntomas:
  - Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
  - Dificultad para controlar el consumo de alcohol: bien para controlar el inicio del consumo, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
  - Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, o consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
  - Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
  - Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol.
  - Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

- Consumo perjudicial: patrón de bebida que ya ha causado daño para la salud. El daño puede ser bien físico (p.ej., daño hepático debido al consumo crónico) o mental (p.ej., episodios depresivos secundarios al consumo). También se refiere al consumo que conlleva consecuencias para la salud mental.
- Consumo de riesgo: que se refiere a un patrón de consumo de alcohol que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para el bebedor. Estas consecuencias pueden ser el daño para la salud, física o mental, o pueden incluir consecuencias sociales para el bebedor o para los demás. El patrón de consumo, así como los antecedentes familiares, deberían tenerse en cuenta en la valoración de la extensión del riesgo.

La clasificación de AUDIT es la siguiente:

PUNTUACIÓN AUDIT	NIVEL DE RIESGO		INTERVENCIÓN	
0-7	Zona I	Bajo Riesgo o Abstinencia	EDUCACIÓN SOBRE EL ALCOHOL	Prevención Primaria.
8-15	Zona II	Consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo	CONSEJO SIMPLE	Orientación básica. Intervención breve que utiliza el consejo simple o consejo y materiales educacionales.
16-19	Zona III	Consumo de Riesgo y Perjudicial	CONSEJO SIMPLE + TERAPIA BREVE. MONITORIZACIÓN CONTINUADA	Consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, estando indicada una mayor evaluación diagnóstica si el paciente no responde o se sospecha una posible dependencia de alcohol.
20-40	Zona IV	Nivel de Riesgo	DERIVACIÓN A UN ESPECIALISTA	Debe derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol.

Previamente, se puntuarán las preguntas según la respuesta obtenida y se sumarán los puntos de todas las preguntas. A partir del resultado obtenido, se podrá clasificar el nivel de riesgo según el cuadro anterior y se establece una forma simple de facilitar a cada trabajador una intervención adecuada.

Se puede usar junto con el documento: «La intervención breve para el consumo perjudicial o de riesgo: Un Manual para Uso en Atención Primaria», donde se puede hallar información sobre los procedimientos de intervención precoz.

¿Qué formación debe tener el personal que utiliza AUDIT?
El cuestionario AUDIT está dirigido principalmente a personal sanitario. Es decir, personal que previamente ya dispone de una formación específica.

En el Manual de Uso se propone realizar un ejercicio de escenificación, con la participación de un «consumidor de alcohol simulado», con la finalidad de practicar un *screening* y el consejo simple. Pasos a seguir:

- Introducción del AUDIT para ofrecer al «consumidor de alcohol simulado» una idea general del contenido de las preguntas.
- Utilizar información relativa a cualquier problema relacionado con el alcohol que se haya identificado durante el *screening* como parte del consejo simple.
- Facilitar material de soporte, por ejemplo: «Una guía para el consumo de bajo riesgo». Cuando se facilite la Guía se debería realizar con actitud positiva.
- Comentar y evaluar el ejercicio final con los participantes en la escenificación, considerando los siguientes puntos:
  - Estilo de entrevista.
  - Comentarios durante la misma.
  - Claridad de las explicaciones.
  - Utilización de información pertinente del test *screening.*
  - Consejo facilitado.
  - Comunicación: estilo, trato amable, explicación del objetivo del *screening,* explicar la confidencialidad, etc.
  - Análisis de las respuestas facilitadas por el «consumidor de alcohol simulado» y de las preguntas que se le realizaron con la finalidad de determinar si el entrevistador ha realizado todas las preguntas necesarias.

¿Cómo administrar AUDIT?
El AUDIT se puede administrar de forma VERBAL o bien AUTO-PASE.

Factores a tener en cuenta en la administración del AUDIT:

- Explicar a los trabajadores el motivo de realizar preguntas sobre el consumo de alcohol.
- Facilitar información necesaria a los trabajadores para que puedan responder de forma apropiada (p.e. qué se entiende por bebida alcohólica).
- Valorar la posibilidad de saltarse algunas preguntas (reducir el screening) en función de las respuestas obtenidas. Se recomienda que la reducción se realice sólo con el formato de entrevista o bien si se facilita el test en ordenador.
- Puede ser administrado por separado o combinándolo con otras preguntas como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario sobre el estilo de vida, o durante el examen de salud.
- Si se realiza el *screening* sólo a los que consideran con mayor probabilidad de tener un «problema con la bebida», se puede perder a trabajadores que beban excesivamente.
- Para aumentar la receptividad a las preguntas y la precisión de las respuestas, se deben tener en cuenta los siguientes factores:
  - Tono amable de la persona que realiza la evaluación AUDIT. Evitar utilizar un tono «amenazador».

- Estado del trabajador: observar si presenta síntomas de haber consumido alcohol u otras sustancias. Si el trabajador presenta síntomas de haber consumido alguna sustancia, se deberá realizar el AUDIT en otro momento.
- Comunicar el objetivo de realizar el screening (salud del trabajador).
- Facilitar la información necesaria para que los trabajadores puedan comprender las preguntas y para que faciliten las respuestas apropiadas.
- Confidencialidad: comunicar al trabajador la confidencialidad de sus respuestas.

Si se administra el cuestionario como una ENTREVISTA:

- Formato AUDIT para entrevista:

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana ☐	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más ☐	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?. (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
3. ¿ Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario *Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0* ☐	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año ☐
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año. ☐
	Registre la puntuación total aquí ☐
Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario	

- Seguir el orden de las preguntas y leerlas tal y como se presentan.
- Mostrar al trabajador los tipos de respuesta de cada pregunta.
- Según las respuestas obtenidas inicialmente, revisar que el trabajador ha seleccionado la respuesta más adecuada. Se pueden realizar cuestiones sobre las respuestas obtenidas para corroborarlo.

- Repetir las preguntas y las opciones de respuestas para poder aclarar las respuestas ambiguas o evasivas, eliminar incertidumbres. Solicitar al trabajador que seleccione las mejor de las respuestas.
- Si las respuestas son difíciles de registrar ya que no se consume alcohol de una forma habitual, se debe registrar la cantidad de consumo y los síntomas relacionados durante el período de mayor consumo en el último año. Así como, que dicho consumo puede ser atípico o transitorio para el trabajador.
- Anotar toda la información adicional que puedan facilitar los trabajadores ya que puede ser útil para la interpretación del resultado del AUDIT.
- Permite el feed-back directo del trabajador y el inicio del consejo breve.
- Permite disminuir el número de preguntas a realizar en función de las respuestas obtenidas (el mismo cuestionario indica las pautas a seguir según las respuestas obtenidas). Por consiguiente, permite disminuir el tiempo a dedicar en la entrevista.

Si se administra como cuestionario de AUTO-PASE:

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.
Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
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	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
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	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10.¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total

- Elimina incertidumbres en las respuestas ya que sólo permite responder opciones concretas.
- Se pierde información que se obtiene mediante el formato de entrevista.
- Requiere menos tiempo que la entrevista.
- Para disminuir el número de preguntas a realizar en función de las respuestas obtenidas se debe utilizar el cuestionario mediante ordenador.
- El sumatorio de las preguntas lo debe realizar el profesional que haya facilitado el cuestionario de auto-pase.
- El cuestionario está disponible en: www.ics.gencat.cat/3clics/guies/31/img/**AUDIT**_cas.doc

http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics/q-and-a-how-can-i-drink-alcohol-safely/do-you-drink-too-much-test-your-own-alcohol-consumption-with-the-audit-test/take-the-audit-test-now

¿Cómo analizar las preguntas del AUDIT?
Algunas preguntas facilitan una interpretación del nivel de consumo de alcohol:

Nº DE PREGUNTA	RESPUESTA	INTERPRETACIÓN
2	≥ 1	Consumo en un nivel de riesgo.
3	≥ 1	Consumo en un nivel de riesgo.
4-6	≥ 0	Presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. (especialmente con síntomas diarios o semanales)
	≥ 2	Proporcionar el nivel máximo de intervención.
7-10	–	Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol.
9-10	–	Revisar las respuestas obtenidas ya que podrían indicar problemas en el pasado.
	≥ 4	Proporcionar el nivel máximo de intervención.

¿Cómo interpretar el resultado del AUDIT?
Se debe tener en cuenta la percepción del entrevistador en referencia a la honestidad del trabajador.

Cuando la puntuación obtenida en el AUDIT no sea consistente con otras evidencias, se deberá ejercer el juicio clínico que tenga en cuenta la condición médica del trabajador, los antecedentes familiares de problemas con el alcohol y la honestidad percibida en las preguntas del AUDIT. En este caso, también se pueden tener en cuenta los antecedentes de dependencia de alcohol del trabajador.

El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del trabajador no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol.

¿Cómo actuar si el resultado del AUDIT se halla en la zona IV de Nivel de Riesgo?
Será necesario realizar un diagnóstico de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Se propone la utilización de una entrevista psiquiátrica estandarizada y estructurada, como la CIDI o la SCAN. Se requieren unos 5-10 minutos para completar las secciones sobre el alcohol.

También se puede tomar como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ya que proporciona pautas detalladas para el diagnóstico de una intoxicación aguda de alcohol, del consumo perjudicial, del síndrome de dependencia de alcohol, de un estado de abstinencia, así como de las condiciones médicas y neuropsiquiátricas relacionadas. Los criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol están descritos en el siguiente cuadro:

Tabla 4. Criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol

Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- 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 para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño.

ASSIST (Alcohol, Smoking and substance involvement screening test)

¿Qué es ASSIST?
ASSIST es un cuestionario, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que aborda el uso y problemas relacionados con las siguientes sustancias:

Tabla 5. Sustancias que puede detectar assist

SUSTANCIAS	NOMBRES UTILIZADOS COMÚNMENTE
Tabaco	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
Alcohol	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
Cannabis	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
Cocaína	Cocaína (coca, crack, etc.)
Estimulantes de tipo anfetamina	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
Inhalantes	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
Hipnóticos / Sedantes (benzodiacepinas)	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
Alucinógenos	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
Opiáceos	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
Otras drogas	Se pueden investigar drogas adicionales que no forman parte de la lista.

Evalúa los siguientes modelos de uso de sustancias:

- Uso en de sustancias a lo largo de la vida (EXPERIMENTACIÓN) y en los ÚLTIMOS TRES MESES.
- PROBLEMAS relacionados con el uso de sustancias:
  - Intoxicación aguda.
  - Consumo regular.
  - Consumo dependiente o de 'alto riesgo'.
  - Conductas asociadas con inyectarse.

¿Cómo funciona?
El cuestionario ASSIST consta de 8 preguntas y utiliza un sistema de puntuación para determinar el nivel de riesgo (bajo, moderado, alto) y el nivel de intervención («no tratamiento», «intervención breve» o «derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento» respectivamente). En la siguiente tabla se muestran los niveles de intervención según la puntuación obtenida:

Tabla 6. Puntuación e interpretación del ASSIST

SUSTANCIA	NINGUNA INTERVENCIÓN NI DIRECCIONAMIENTO	RECIBIR INTERVENCIÓN BREVE	DERIVAR PARA TRATAMIENTO ESPECIALIZADO
Tabaco	0-3	4-26	27 o más
Alcohol	0-10	11-26	
Marihuana	0-3	4-26	
Cocaína			
Estimulantes tipo Anfetamina			
Inhalantes			
Hipnóticos / Sedantes			
Alucinógenos			
Opiáceos			

Para obtener la puntuación final se deben sumar las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no se tienen en cuenta para calcular la puntuación general. Sin embargo, el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas.

¿Qué formación debe tener el personal que utiliza ASSIST?
Debe ser administrado por un profesional sanitario (o de la salud).

¿Cómo administrar ASSIST?
Puede administrarse sola o combinada con otras preguntas, como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario de estilo de vida, un análisis de riesgo o como parte del historial médico.

Para aumentar la receptividad a las preguntas y la precisión de las respuestas, se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- Escucha activa por parte del entrevistador.
- Trato amigable e imparcial de la persona que realiza la evaluación ASSIST.
- Estado del trabajador: observar si presenta síntomas de haber consumido alguna sustancia. Si el trabajador presenta síntomas de haber consumido alguna sustancia, se deberá realizar el ASSIST en otro momento.
- Mostrar sensibilidad y empatía hacia el trabajador.
- Ofrecer información sobre la prueba de detección.

- Explicar los motivos por los que se pregunta sobre el consumo de sustancias. Facilitar la información necesaria para que los trabajadores puedan comprender las preguntas y para que faciliten las respuestas apropiadas.
- Confidencialidad: comunicar al trabajador los límites de confidencialidad.

OTROS CUESTIONARIOS

CAGE

Aunque el CAGE se desarrolló para facilitar la detección de la dependencia alcohólica, también ha sido estudiado como instrumento de detección de bebedores de riesgo en atención primaria. El CAGE mostró una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% con un punto de corte de 2 o más para detectar consumidores de más de 64 g de alcohol diarios. Para la detección de bebedores de riesgo según los criterios estándar la sensibilidad se redujo al 14% y la especificidad se mantuvo pareja (97%) en pacientes mayores de 60 años. Un CAGE ampliado que incluye las 4 preguntas del CAGE, las dos primeras del AUDIT y una pregunta sobre historia de problemas con la bebida mostró una sensibilidad del 65% y una especificidad del 74%. Por regla general se recomienda limitar el uso del CAGE a la detección de la dependencia alcohólica, dado que el Audit tiene un mejor rendimiento para la detección de bebedores de riesgo. Existe una versión traducida y validada al castellano y se aconseja su uso camuflado entre otras preguntas sobre hábitos de salud.

También existe una versión reducida de Rodriguez Martos que consta de cuatro sencillas preguntas:

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

El **Five-Shot Questionnaire**. Seppä et al. desarrollaron en Finlandia este cuestionario para la detección del consumo de riesgo combinando dos preguntas del AUDIT y tres del CAGE. Este instrumento mostró un mejor rendimiento que el CAGE en población adulta masculina, pero se desconoce su utilidad en mujeres y en otros grupos de población.

El **Fast Alcohol Screening Test**, desarrollado en Inglaterra, tiene cuatro preguntas, dos relacionadas con el consumo y dos referidas a los trastornos relacionados con el alcohol. Con un punto de corte de 3 para el consumo de riesgo, el FAST mostró una alta fiabilidad test-retest y, comparado con el AUDIT mostró una sensibilidad del 93% y una especificidad del 88%. Su rendimiento fue similar en diversos ámbitos sanitarios (atención primaria, odontología y traumatología), para ambos géneros y en diversos grupos de edad.

Actividad de riesgo

DETECCIÓN	DETERMINACIÓN DIRECTA

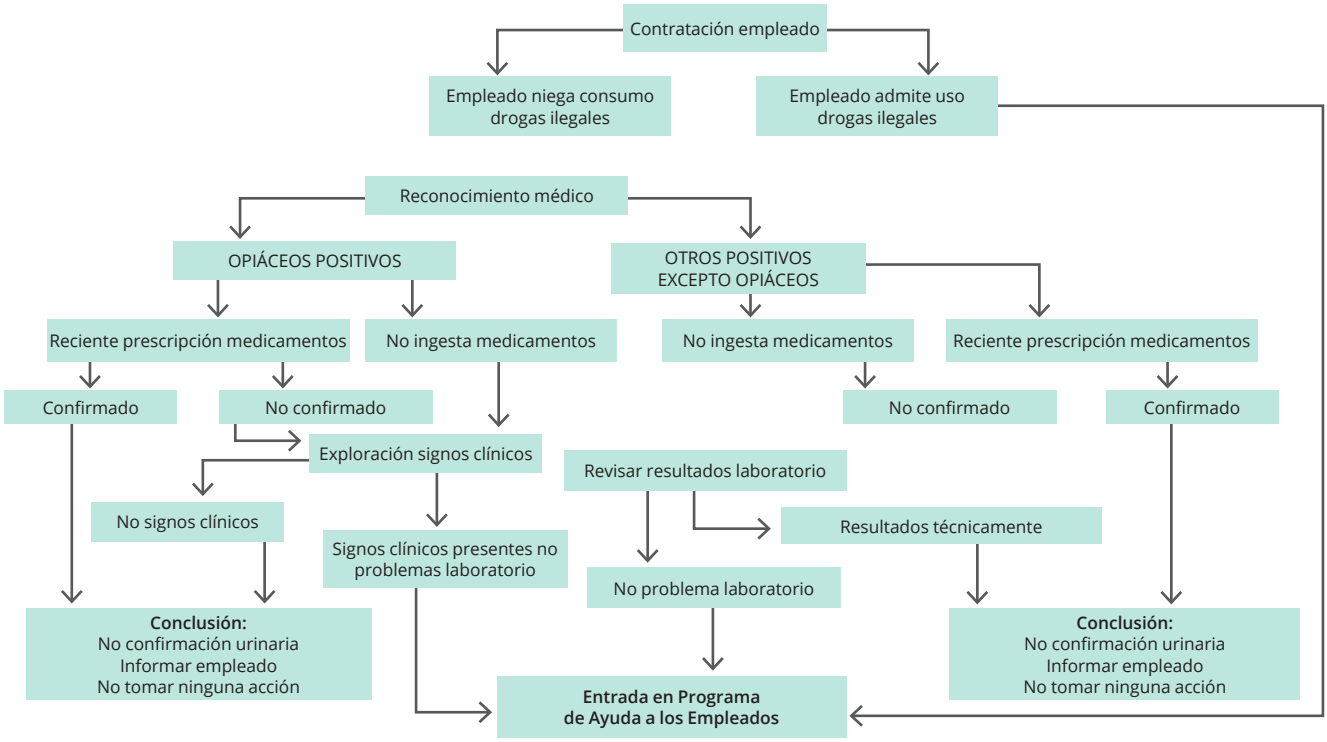
La determinación directa de consumo de drogas/alcohol se basa en pruebas analíticas generalmente de saliva, orina o sangre. Dichas pruebas pueden realizarse en determinados supuestos como:

- Cuando se estén desarrollando o vayan a desarrollarse trabajos de especial peligrosidad o impliquen riesgos para ellos mismos o para terceros.
- Cuando exista sospecha razonable de abuso de drogas.
- Al volver de un tratamiento de desintoxicación para su control.
- Cuando existan indicios suficientes de que han contribuido o desencadenado un accidente laboral.
- En reconocimientos médicos iniciales/periódicos específicos.
- Cuando existan signos de alarma sanitaria por indicación del médico de cabecera.
- Al azar.

Cuando las pruebas se enmarquen en el ámbito de los reconocimientos médicos de vigilancia de la salud deberá consensuarse su obligatoriedad en el seno del Comité de Seguridad y Salud tal y como indica el artículo 22 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

En cualquier caso, en el Convenio Colectivo de la empresa debe reflejarse el acuerdo entre empresa y representación social para la realización de dichos controles.

En caso positivo, es recomendable seguir las líneas de actuación expuestas en la Guía para el análisis de drogas en orina del National Institute Drugs Abuse (NIDA):



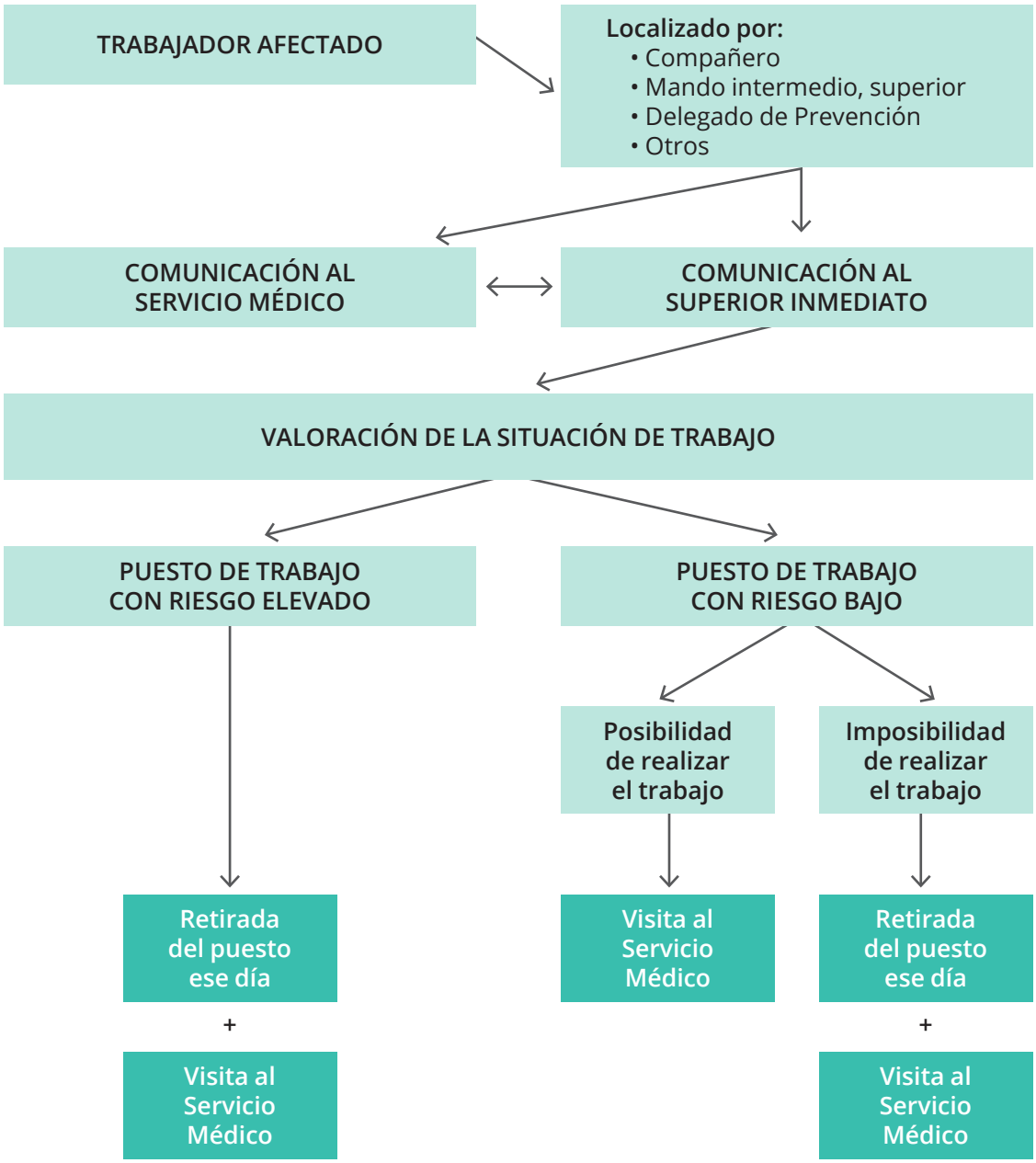
Consumo detectado

INTERVENCIÓN	REUBICACIÓN / RESTRICCIÓN DE TAREAS PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (PAE) REINCORPORACIÓN

Si se detecta consumo o el propio trabajador acude a buscar ayuda hay que iniciar un Programa de Intervención que desarrolle protocolos de actuación que contemplen las diferentes casuísticas y que hayan sido consensuados con los representantes de los trabajadores.

A CORTO PLAZO

Un posible esquema a seguir sería el siguiente (*Fuente: Confesbank*):



Como actuación inmediata y en función del nivel de riesgo de la actividad así como el nivel de consumo detectado, se optará por retirada inmediata del puesto de trabajo o restricción temporal de tareas.

El médico del trabajo debería certificar la aptitud del trabajador con las restricciones y temporalidad que considerara oportunas.

En función de la aplicación del artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que se haya acordado en el seno del Comité de Seguridad y Salud, se podrá llevar a cabo un examen de salud con carácter obligatorio o voluntario.

En base al dictamen médico (APTO, APTO CON RESTRICCIONES, NO APTO TEMPORAL) o a la percepción del estado del trabajador por parte de sus superiores, la empresa decidirá:

- Mantener al trabajador en su puesto de trabajo con plena actividad.
- Restringir temporalmente ciertas tareas del trabajador.
- Reubicar temporalmente al trabajador.
- Apartar temporalmente al trabajador.

Además se puede aprovechar la visita médica para realizar una intervención breve durante la cual:

- Se explique al paciente los resultados de la detección (cuestionarios, analíticas, observaciones...).
- Se proporcione consejo médico.
- Se solicite el compromiso del paciente para buscar tratamiento especializado.
- Se derive al SNS en caso de requerir la tramitación de la baja médica por contingencia común en caso de requerir internamiento.

La intervención breve puede variar de 5 a 60 minutos, pudiendo ser dirigida en una única sesión o bien entre 1 y 3 sesiones.

A LARGO PLAZO

El programa de intervención debe incluir las actuaciones que la empresa llevará a cabo para ayudar al empleado a superar su adicción y reincorporarse a u su puesto de trabajo si fuera el caso. Dichas actuaciones son denominadas **Programa de Ayuda al Empleado (PAE**), muchos de estos programas se incluyen en el convenio de la empresa, definiéndose diferentes acciones y grados de participación. Los aspectos que se contemplan habitualmente son:

- Cobro del 100% del salario durante la baja laboral por contingencia común.
- Búsqueda de tratamiento especializado.
- Financiación parcial o total del tratamiento especializado.
- Autorización de las ausencias para el tratamiento especializado.
- Ayuda en la reincorporación del trabajador al puesto, si fuera el caso.
- No aplicación de medidas disciplinarias en caso de compromiso del trabajador de aceptar seguir un tratamiento especializado.

Para acceder a un PAE de estas características es conveniente que haya un compromiso documentado por ambas partes que incluya las consecuencias de su incumplimiento.

Tanto si el trabajador ha sido reubicado temporalmente como si ha estado de baja para recibir tratamiento, hay que contemplar un plan de reincorporación al puesto. Esa reincorporación puede ser progresiva o no según valoración del médico del trabajo y de los superiores del trabajador. En cualquier caso requiere un seguimiento cercano para detectar posibles recaídas y garantizar que el trabajador cuenta con las condiciones físicas y psíquicas requeridas para desarrollar su actividad laboral en condiciones de seguridad para sí mismo y para terceros.

Consumo detectado

INTERVENCIÓN	MEDIDAS DISCIPLINARIAS

Tanto en el Estatuto de los Trabajadores como en muchos convenios colectivos se prevé la aplicación de medidas disciplinarias relacionadas con el consumo de alcohol o drogas:

Estatuto de los Trabajadores:

Artículo 54. Despido disciplinario.

1. El contrato de trabajo podrá extinguirse por decisión del empresario, mediante despido basado en un incumplimiento grave y culpable del trabajador. 2. Se considerarán incumplimientos contractuales:

a) Las faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo. b) La indisciplina o desobediencia en el trabajo.

b) Las ofensas verbales o físicas al empresario o a las personas que trabajan en la empresa o a los familiares que convivan con ellos.

c) La transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo.

d) La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal o pactado.

e) La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo.

f) El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y el acoso sexual o por razón de sexo al empresario o a las personas que trabajan en la empresa.

Sin embargo, los despidos disciplinarios causados por consumo de drogas suelen recurrirse, sobre todo si no hay preceptos al respecto en Convenio Colectivo, y no se puede demostrar que el consumo sea habitual, aunque sí se demuestre la repercusión negativa en el trabajo.

Por otra parte, el artículo 58. Faltas y Sanciones de los trabajadores

1. Los trabajadores podrán ser sancionados por la dirección de las empresas en virtud de incumplimientos laborales, de acuerdo con la graduación de faltas y sanciones que se establezcan en las disposiciones legales o en el convenio colectivo que sea aplicable.
2. La valoración de las faltas y las correspondientes sanciones impuestas por la dirección de la empresa serán siempre revisables ante la jurisdicción competente. La sanción de las faltas graves y muy graves requerirá comunicación escrita al trabajador, haciendo constar la fecha y los hechos que la motivan.
3. No se podrán imponer sanciones que consistan en la reducción de la duración de las vacaciones u otra minoración de los derechos al descanso del trabajador o multa de haber.

Existen muchos convenios colectivos que recogen aspectos relacionados con el consumo de drogas y alcohol a la hora de establecer Faltas en sus diferentes categorías en función de la frecuencia detectada.

Ejemplos:

CONVENIO	MOTIVO DE SANCIÓN	CUALIFICACIÓN DE LA FALTA
CONVENIO COLECTIVO DE TRABAJO DEL SECTOR PORTUARIO DE LA PROVINCIA DE BARCELONA PARA EL PERÍODO 17.5.2013-31.12.2018	La negativa a someterse a los controles de alcoholemia o drogadicción.	GRAVE
CONVENIO COLECTIVO ESTATAL DE ESTACIONES DE SERVICIO 2010-2015	Consumir alcohol y otras sustancias no permitidas en tiempo de trabajo.	MUY GRAVE
CONVENIO GM ESPAÑA 2013 - 2017	Desempeño del trabajo bajo los efectos del consumo de alcohol o drogas.	GRAVE

Siempre

SEGUIMIENTO	MEDICIÓN DE INDICADORES

De cada una de las acciones que se enmarquen en el abordaje de la drogodependencia en el entorno laboral, hay que marcarse objetivos y establecer indicadores que nos permitan medir tanto la actividad desarrollada como sus resultados.

Algunos ejemplos pueden ser:

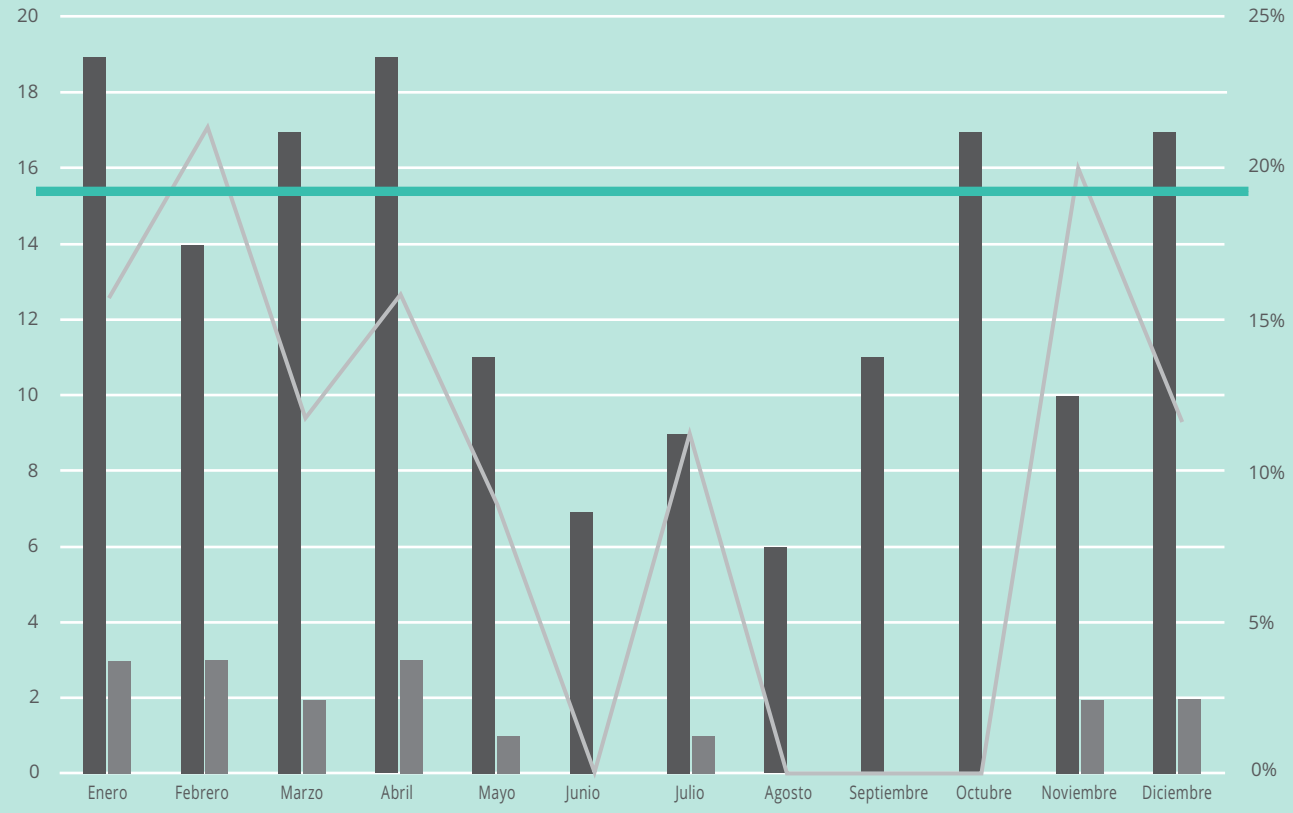
INDICADORES DE ACTIVIDAD: acciones que se han llevado a cabo en Prevención, Detección o Intervención	INDICADORES DE RESULTADOS: sucesos en los que el consumo de sustancias está involucrado
• Campañas implantadas. • Participantes en las campañas. • Casos detectados en los exámenes de salud realizados. • Consultas espontáneas. • Cuestionarios cumplimentados. • Observaciones realizadas. • Analíticas positivas. • Trabajadores reubicados o con tareas restringidas. • Trabajadores acogidos a PAE. • Trabajadores reincorporados con éxito. • Trabajadores sancionados.	• Accidentes. • Absentismo. • Incidentes. • Bajo rendimiento. • Conflictos interpersonales. • Incumplimientos de normativas laborales. • Mala calidad del trabajo. • Errores. • Comunicados emitidos por parte de los trabajadores o mandos. • Aumento de los hurtos.

Es importante hacer un seguimiento continuado de los indicadores para poder evaluar el impacto de las diferentes acciones que se implanten y hacer difusión de los mismos para involucrar a toda la organización.

Esta difusión ha de ser atractiva y comprensible para toda la organización usando representaciones gráficas, como por ejemplo:

2014	Incidentes	Con consumo de sustancias	% incidentes con consumo de sustancias
Enero	19	3	16%
Febrero	14	3	21%
Marzo	17	2	12%
Abril	19	3	16%
Mayo	11	1	9%
Junio	7	0	0%
Julio	9	1	11%
Agosto	6	0	0%
Septiembre	11	0	0%
Octubre	17	0	0%
Noviembre	10	2	20%
Diciembre	17	2	12%
RESULTADO MEDIA INCIDENTES		**13,1**	
% INCIDENTES con consumo de sustancias en 2013		**10%**	
% INCIDENTES con consumo de sustancias en 2014		**19%**	
Variación 2014-2013		**–49%**	

Incidentes con consumo de sustancias en 2014



La línia verde representa el valor obtenido en 2013

03

BUENAS PRÁCTICAS

FCC
FOMENTO DE
CONSTRUCCIONES Y
CONTRATAS, S.A.

03
BUENAS PRÁCTICAS

Fomento de Construcciones y Contratas (FCC) dispone de una delegación en Tarragona-Lleida que está formada por las siguientes empresas: FCC, S.A., FCC Medio Ambiente, S.A., SELSA, ECOBP, UTE SEGRIÀ y JAUME ORÓ.

Como respuesta a la problemática social de consumo de sustancias y velando por la seguridad y la salud de los trabajadores, la delegación de Tarragona-Lleida ha implantado un programa preventivo de consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo dirigido a todo el personal de la delegación.

El programa dispone de los siguientes elementos:

1. Contenido del programa.
2. Normativa interna.
3. Comisión evaluadora.
4. Indicadores.
5. Resultados del programa

1. CONTENIDO DEL PROGRAMA

ETAPA I SENSIBILIZACIÓN	ETAPA II DETECCIÓN Y CONTROLES	ETAPA III INTERVENCIÓN

SENSIBILIZACIÓN

Esta fase consiste en realizar una CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN en la empresa. Para ello, se diseñan imágenes con mensajes atractivos:

En el trabajo... la mezcla como mucho, con ganchitos.

En el trabajo... las cañas como mucho, para beber zumo.

En el trabajo... la maría como mucho, para desayunar.

En el trabajo...la coca como mucho, de cerezas.

En el trabajo... las pastillas como mucho, para la tos.

En el trabajo... el chocolate como mucho, con churros.

En el trabajo... la copa como mucho, la de Europa.

Las imágenes de la campaña se refuerzan con el lema:

«EN EL TRABAJO DROGAS Y ALCOHOL 0,0».

La fase de sensibilización incluye acciones:

- INFORMATIVAS:
  - Información sobre el programa y teléfonos de interés.
  - Actos de entrega de obsequios para los trabajadores. Por ejemplo: se entrega un paquete de galletas María cuando se cuelga el cartel de «La maría».
- FORMATIVAS:
  - Se realiza formación para la Dirección de la empresa y para todos los trabajadores.
  - La Administración participa en las formaciones.
  - Formación práctica y activa, enfocada a la problemática real de la empresa (análisis de las encuestas realizadas). Incluye cómo prevenir, ayudar, actuar y el reglamento interno del programa preventivo.

DETECCIÓN Y CONTROL

VÍAS DE DETECCIÓN:

1. A petición del trabajador.
2. Reconocimiento médico / Exámenes de Salud
3. Controles.

1. **A PETICIÓN DEL TRABAJADOR:** el trabajador puede contactar con el Servicio Médico para realizar consultas con garantía de confidencialidad.
2. **RECONOCIMIENTO MÉDICO / EXÁMENES DE SALUD:** En los reconocimientos iniciales y periódicos, promovidos por la empresa o por el propio trabajador se pregunta por el consumo de alcohol y/u otras drogas para detectar consumidores de riesgo y poder hacer seguimiento.
3. **CONTROLES:** pruebas para detectar el consumo de alcohol y/u otras drogas en horario laboral. Para ello, se modifica la normativa interna de la empresa.

Las **PRUEBAS DE DETECCIÓN** utilizadas son

a) Detección de **alcohol en aire espirado** (alcotest). Realizadas por el Servicio Médico y personal formado y designado por la empresa.

b) Detección de **drogas en saliva** (Drugtest). Realizadas en su totalidad por el Servicio Médico.

Se detecta el consumo en las últimas 24-36 horas de: cocaína, heroína, cánnabis, anfetaminas, benzodiacepinas y metanfetaminas.

c) Analítica en **sangre y orina.** Realizadas en su totalidad por el Servicio Médico, y en colaboración con un laboratorio externo.

Los tipos de **CONTROLES** pueden ser:

a) Planificados. A trabajadores que se les ha detectado un abuso de drogas y/o alcohol mediante las diferentes vías de detección.

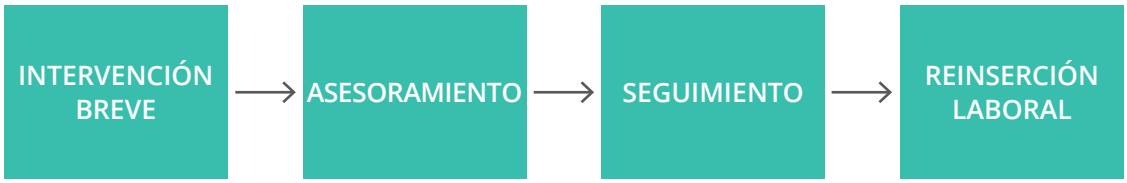
b) Aleatorios.

c) Por sospecha de intoxicación aguda de alcohol u otras drogas.

d) En caso de accidente laboral si son atendidos de forma mediata en el Servicio Médico, se realiza alcotest, y en el caso de sospecha drugtest.

INTERVENCIÓN

Si se detecta un problema de abuso de alcohol y/u otras drogas en un trabajador de la empresa, ya sea dentro o fuera de la jornada laboral, se seguirán los siguientes pasos:



INTERVENCIÓN BREVE

- Se realiza en cualquier tipo de asistencia que se haga al trabajador, siempre y cuando sea tributario de ello, con la finalidad de conseguir cambios comportamentales relacionados con patrones de consumo.

ASESORAMIENTO

- Si procede, se deriva a los trabajadores, con abuso de alcohol y otras drogas, a centros especializados en drogodependencias para su seguimiento y/o tratamiento. En caso necesario, se solicita la presencia de familiares y amistades, previo consentimiento del trabajador.

SEGUIMIENTO

- Es multidisciplinar, ya que el trabajador realiza controles periódicos en los centros especializados de drogodependencias conjuntamente con el Servicio Médico, para prever recaidas.
- Las visitas de seguimiento son individuales y de carácter voluntario.

REINSERCIÓN LABORAL

- El Servicio Médico supervisa la vuelta del trabajador a la empresa y se valora la adecuación de su puesto de trabajo, previa información al Servicio de Prevención y al Departamento de Recursos Humanos.
- Se activan los recursos sanitarios, laborales y sociales necesarios para poder garantizar una reinserción socio laboral.

2. NORMATIVA INTERNA

Se ha modificado la normativa interna previo acuerdo con los representantes de los trabajadores, incorporando los siguientes puntos en el reglamento interno:

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

- Inicial: analítica de detección de consumo de alcohol y otras drogas (previo consentimiento del trabajador).
- Periódicos. Se realiza la analítica de detección de consumo de alcohol y otras drogas (previo consentimiento) en los reconocimientos médicos periódicos obligatorios de las siguientes categorías: conductores, maquinistas y peones. El objetivo es poder garantizar la seguridad del personal y de terceros.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS

- RESULTADO POSITIVO:

  Se considera como un resultado POSITIVO la realización de dos medidas de alcohol en aire espirado , con una diferencia de 10 minutos, con un valor superior a 0, un resultado positivo en drogas o negarse a realizar las pruebas. En estos supuestos, se retira al trabajador de su puesto de trabajo, por prevención, y se deriva al Servicio Médico, o bien se le acompaña a su domicilio.

  Se ha establecido una sistemática de actuación en función de los resultados que consiste en la retirada del servicio, falta injustificada, falta leve/grave con sanción, etc. hasta llegar a la falta grave y despido del trabajador.

- RESULTADO NEGATIVO: el trabajador continúa con su servicio.

  En el supuesto que el trabajador presente indicios visibles de no estar en condiciones de trabajar, se enviaría al Servicio Médico (horario diurno) o bien se retira de su puesto de trabajo y se envía al día siguiente al Servicio Médico (horario nocturno). Si el trabajador no se presenta al Servicio Médico en dos avisos, se retira del servicio hasta que sea evaluado médicamente.

3. COMISIÓN EVALUADORA

La comisión evaluadora está formada por miembros de la empresa (Departamento de Producción, Servicio Médico, Servicio de Prevención y Recursos Humanos) y por la representación legal de los trabajadores. La Subdirección General de drogodependencias de la Generalitat de Catalunya participa como miembro externo. Su función es:

- Seguimiento del correcto desarrollo y evaluación de la eficacia del programa.
- Revisiones del contenido del programa.
- Estudio de los casos que puedan surgir.
- Evaluación de los indicadores del programa.
- Ser informada de la imposición de faltas laborales por consumo y reunirse con carácter previo a la imposición de sanciones por falta muy grave.

4. INDICADORES

Se han definido los siguientes indicadores:

ABSENTISMO LABORAL	Nº días perdidos por contingencias comunes
	Nº días perdidos por accidente de trabajo
	Nº de faltas injustificadas
CONSUMO LABORAL	% positivos pruebas
	% negativos pruebas
	% negaciones pruebas de detección
	nº trabajadores que aceptan ir a programas desintoxicación
ACCIDENTABILIDAD	Índice de frecuencia acumulada
	Índice de gravedad acumulada

5. RESULTADOS DEL PROGRAMA

RESULTADOS GENERALES

- Mayor seguridad en el trabajo → no hay trabajadores bajo los efectos del alcohol y/u otras drogas.
- Reducción del absentismo.
- Reducción de las medidas disciplinarias.
- Mejora de la imagen y sentido de pertenencia a la empresa.

RESULTADOS ESPECÍFICOS

- Mayor sensibilización y concienciación de la plantilla.
- Disminución del consumo.
- Establecimiento canales comunicación. ◆

Port de Barcelona

Port de Barcelona ha sido una organización pionera en el abordaje de la drogodependencia en el ámbito laboral.

Mediante convenio colectivo se aprobó el establecimiento de controles de detección de alcohol y drogas. Desde 1992 realiza controles aleatorios de alcoholemia a los colectivos cuya actividad supone riesgos para terceros, dichos controles se ampliaron más tarde a otras sustancias adictivas. Pero la gestión de la drogodependencia tiene un alcance mucho más amplio, para lo cual se ha desarrollado un protocolo específico que pretende conseguir tres grandes objetivos:

1. Concienciar a los trabajadores en la no utilización de sustancias tóxicas en el trabajo ni acudir al trabajo bajo los efectos de las mismas.
2. Detectar los casos presentes en el trabajo.
3. Ayudar a los trabajadores.

1. CONCIENCIAR

La empresa gestiona la Vigilancia de la Salud con recursos propios, lo que le permite tener un contacto cercano y continuo con los trabajadores. De esta manera resulta más fácil llevar a cabo una promoción de la salud personalizada y detectar problemáticas individuales.

Además, se realizan campañas de concienciación conjuntamente con la Direcció General de Drogodependències i Sida de la Generalitat de Catalunya:

2. DETECTAR

Se ha implantado un método de detección directa de alcohol y sustancias tóxicas. La ejecución de la detección la realiza un equipo integrado por:

- Servicio médico.
- Miembro del comité de empresa.

Se llevan a cabo los siguientes controles:

ALCOHOL:

- Se realiza con alcoholímetro por aire aspirado, si da positivo se repite con etilómetro.
- Se considera resultado positivo cuando la prueba practicada da un grado de impregnación alcohólica superior a 0,5 gramos de alcohol por litro de sangre o 0,25 miligramos de alcohol por litro de aire aspirado. En cualquier caso, se considerará positivo cuando se superen los límites legales vigentes para conductores. También se considera positivo si la persona presenta síntomas evidentes de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas.
- Se realiza aleatoriamente a dos trabajadores/turno antes de empezar a trabajar.
- También se realiza si hay sospechas de consumo o en caso de accidente.

TÓXICOS:

Los tóxicos que se analizan son:

- Cocaína.
- THC (cannabis).
- Benzodiacepinas.
- Anfetaminas.
- MDMA (éxtasis).
- Opiáceos.

En orina:

- Pruebas aleatorias en cada turno a dos trabajadores en orina antes de iniciar el turno. En orina se establece una correlación de tóxico en sangre hasta 72h después de su consumo.
- La metodología analítica utilizada es, en primer lugar, un análisis presuntivo inicial (enzimoinmunoensayo homogéneo tipo EMIT) y, en segundo lugar, un análisis confirmativo posterior de muestras positivas (cromatografía en capa fina de alta resolución y cromatografía gaseosa con detector por espirometría de masas).
- Los umbrales de detección son:
- para el análisis presuntivo: opioides y cocaína: 300 mg/ml; cannabis: 100 mg/ml y anfetaminas: 1000 mg/ml.
- Para el análisis confirmativo: opioides y cocaína: 150 mcg/ml; cannabis: 15 mcg/ml y anfetaminas: 500 mcg/ml.

En saliva:

- En caso de accidente se realiza en saliva ya que se relaciona de forma directa con la concentración en sangre del tóxico en ese momento, este procedimiento resulta más costoso.
- También se realiza durante la jornada laboral, en el puesto de trabajo aleatoriamente una vez al mes.
- Se utilizan analizadores de fluidos orales que permiten la detección «in situ». Estos analizadores pueden trabajar con muestras almacenadas en cartuchos recogidas por aspiración o por impregnación, según el modelo del analizador y pueden ofrecer los resultados en pocos minutos.

En sangre:

- Los controles en sangre se realizarán sólo en casos excepcionales bajo indicación médica, por riesgos para la salud del trabajador y/o asociados a prácticas de encubrimiento del consumo.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR CON LOS RESULTADOS:

Sea cual sea el método empleado, se ha de garantizar la cadena de custodia de la muestra.

Cualquier tipo de control debe garantizar la confidencialidad de la información.

Los métodos de control de alcoholemia y saliva facilitan un resultado inmediato e indicativo de la situación actual de la persona.

En el control por orina el resultado es a posteriori y además no facilita una situación exacta de la persona en el momento de realizar dicho control.

El control de sangre facilita un resultado certero de la situación de la persona en el momento de realización de la prueba, aunque el resultado es a posteriori.

Todos los positivos son contrastados mediante Espectrofotometría de Masas y Cromatografía de Gases.

Tanto si el resultado se confirma como positivo como si se produce negativa por parte del trabajador a realizar la prueba, el trabajador ha de abandonar su puesto de trabajo o no iniciar la jornada, según sea el caso.

En el mismo convenio colectivo se establece cuando un resultado es positivo, así como el régimen sancionador a aplicar tanto si el resultado es positivo como si el trabajador se niega a someterse a dichos controles.

La retirada de la sanción se condiciona a la aceptación de un tratamiento pautado por el Grupo de Ayuda creado para ofrecer soluciones a los problemas de drogadicción de los trabajadores.

Obviamente, más allá del régimen sancionador, en ambos casos se retira al trabajador del puesto de trabajo y entra en Programa de Ayuda.

3. AYUDAR

Siempre respetando la máxima confidencialidad, se ha diseñado un Programa de Ayuda al Empleado para aquellos casos en que se detecta consumo o por solicitud del trabajador afectado. A tal efecto se ha constituido un Grupo de Ayuda formado por:

- Miembros del comité de empresa.
- Servicio médico.
- 1 jubilado exconsumidor.
- 1 terapeuta psicólogo especialista en drogadicción.

Las posibles actuaciones a llevar a cabo son:

- Psicoterapia.
- Medicación.
- Restricción de tareas / adaptación de puesto de trabajo.
- Reubicación de puesto de trabajo.
- Baja laboral.
- Ingreso (casos graves de dependencia).

Generalmente, en primer lugar, se realiza un control exhaustivo de drogas/alcohol en orina en días alternos. Así mismo, se ofrece la posibilidad de acudir a grupos de ayuda externos y visitas individualizadas con el terapeuta.

Si se vuelve a detectar un nuevo positivo y siempre que el trabajador lo acepte, se plantea la posibilidad de ingreso en un centro especializado para lo cual se requiere también la baja laboral del sistema público.

El Grupo de Ayuda pone a disposición del afectado, la información necesaria y facilita la financiación del tratamiento si esto fuera lo recomendado, arbitrando medios y permisos.

Asimismo el Grupo de Ayuda sigue el desarrollo del tratamiento externo, debiendo el afectado asistir hasta que se le indique a las sesiones terapéuticas que se programen.

La reincorporación del trabajador vendrá determinada por la confirmación de que el trabajador se encuentra en un estado de salud compatible con las funciones a realizar. Dicha reincorporación puede ser provisional a la espera de obtener resultados concluyentes. Puede barajarse también una reincorporación progresiva. El Grupo de Ayuda junto con la Dirección busca una ubicación que sea acorde con las primeras fases de reincorporación.

El terapeuta reinicia la terapia con el trabajador y se siguen los controles en días alternos.

En cualquier caso será el Grupo de Ayuda quien monitorice la evolución del trabajador afectado y asesore a la Dirección acerca de la decisión a tomar. ◆

TMB
Transports Metropolitans
de Barcelona

Ferrocarril Metropolità de Barcelona, S.A. (FMB) y Transportes de Barcelona S.A. (TB) como empresas responsables con su personal y atendiendo al problema de la sociedad actual relacionada con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, han implantado un programa que aborda con un enfoque integral todos los aspectos relacionados con el posible consumo de alcohol, drogas y/o medicamentos en el ámbito laboral. Este programa comprende las siguientes vertientes:

ASISTENCIAL

Se lleva a cabo mediante el *Procedimiento de soporte al personal con problemas de salud por trastornos adictivos y/o mentales graves,* cuyo objeto es facilitar el tratamiento y la reincorporación del trabajador. Los principios básicos del procedimiento son: Anonimato, Confidencialidad, No penalización y Atención especializada.

El procedimiento incluye:

1. Detección
2. Inclusión en el programa de soporte
3. Tratamiento
4. Seguimiento
5. Reincorporación al trabajo

1. DETECCIÓN

- **Autoreferenciado:** el propio trabajador solicita ayuda a petición personal (unidad de salud o a la trabajadora social) y voluntariamente.
- **Exámenes de salud:** el médico del trabajo detecta la patología en la visita clínica o bien el trabajador da a conocer su patología y acepta realizar el tratamiento.
- **A petición de terceros:** información facilitada por compañeros o superiores jerárquicos, solicitud de familiares directos, denuncia formal.
- **Otras fuentes:** encuestas de salud, indicadores (siniestralidad, absentismo, conflictos, comunicados).

2. INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE SOPORTE

a) **RECONOCIMIENTO MÉDICO.** Es necesario realizarlo como paso previo a la inclusión del trabajador en el programa de soporte.

b) **INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO** en relación a los derechos y beneficios que le puede aportar su aceptación de estar incluido en el Protocolo de Soporte.

c) **ACEPTACIÓN DEL PLAN DE AYUDA.** Se remite al trabajador a su médico de familia y el servicio de prevención emite el correspondiente dictamen de evaluación sanitaria laboral. Posibles resultados del dictamen:

- **No apto.** Será necesario que el médico de familia notifique su incapacidad temporal.
- **Apto condicionado.** Se incorporarán recomendaciones de no desarrollar las tareas que impliquen riesgo de seguridad para el propio trabajador o para terceros, para la adaptación del puesto de trabajo.
- **Apto.**

3. TRATAMIENTO

Una vez se acepta entrar en el Programa de Soporte (Plan de Ayuda), se debe adquirir el compromiso de facilitar al máximo la comunicación entre el responsable de Medicina del Trabajo, el trabajador social y el centro donde se haya derivado.

4. SEGUIMIENTO

El médico del trabajo y el trabajador social realizarán un seguimiento personalizado.

5. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

El médico del trabajo y el trabajador social realizarán un seguimiento durante 6-12 meses, según cada caso.

Pueden darse las siguientes situaciones en la reincorporación:

- **VUELTA AL MISMO PUESTO DE TRABAJO:** después de un alta por curación o mejoría, el trabajador se reincorpora a su puesto de trabajo en las mismas condiciones.
- **DETERMINACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO O CONDICIONES INCOMPATIBLES:** el médico del trabajo remite, a la Dirección del Servicio, un informe confidencial, y justificado, identificando los puestos de trabajo incompatibles, cambio temporal de puesto de trabajo o recomendaciones para adaptar el puesto de trabajo.
- **CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO TEMPORAL:** se intentará facilitar el retorno a su puesto de trabajo inicial. Si fuese posible en un periodo razonable de tiempo, se revisará el tratamiento y se coordinará con su médico de familia. En caso necesario, se volvería a notificar la incapacidad temporal.
- **IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICAR EL ALTA MÉDICA:** cuando la evolución del trabajador no es la esperada, aunque se haya seguido el tratamiento, y no permite la recuperación médica y social, y por lo tanto, no se puede notificar el alta médica; se iniciará conjuntamente con el centro asistencial del sistema público de salud el expediente clínico laboral para instar al INSS una propuesta de incapacidad permanente, con el consentimiento del trabajador.

VIGILANCIA

Se lleva a cabo mediante el *Programa de Prevención de lesiones por accidente de trabajo relacionadas con el consumo de alcohol, drogas (sustancias psicoactivas) y/o medicinas antes o durante la jornada de trabajo* cuya finalidad principal, dentro del marco de la política preventiva, es mejorar la seguridad y salud y la calidad de vida de todos los trabajadores.

Para ello, se ha considerado la normativa interna de aptitud y capacidad médica laboral, el Reglamento de Circulación de FMB y al Ley Ferroviaria (Ley 4/2006 y Orden FOM/2520/2006).

Este procedimiento se ha negociado con los delegados de prevención (octubre 2009-marzo 2010) y se ha consensuado en el seno del Comité de Seguridad y Salud (10/11/2010). Así mismo, se ha creado una Comisión paritaria de Seguimiento.

El procedimiento incluye:

1. Medidas ambientales
2. Medidas organizativas
3. Medidas de vigilancia
4. Consulta y participación de los trabajadores

1. MEDIDAS AMBIENTALES

Al margen de los bares y establecimientos con concesión, se establece:

- Eliminar la presencia de bebidas alcohólicas dentro de la empresa.
- Prohibición del consumo de bebidas alcohólicas o drogas dentro de la red y las instalaciones de la empresa.

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS

Se han definido las siguientes medidas:

a) Límites de consumo permitidos para el alcohol (aire aspirado y sangre) y la lista de sustancias prohibidas, que incluye:
   - Drogas: cocaína, opiáceos, cánnabis, anfetaminas, metanfetamina, metadona, alucinógenos, éxtasis y otras drogas de síntesis.
   - Lista de medicinas a evitar (psicoactivas): analgésicos narcóticos, opiáceos, ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, antidepresivos, antisicóticos, psicoestimulantes, antidiabéticos, antihistamínicos, vasodilatadores, anticolinérgicos, anticonvulsionantes, antiparkinsonianos.
   - Así mismo, se establece el procedimiento para la notificación al Servicio de Prevención de medicamentos prescritos que pueden aumentar el riesgo de accidente.

b) Información básica y accesible para todos los trabajadores:
   - Posters y trípticos para realizar la autoevaluación de consumo.
   - Información de los programas de FMB.
   - Información de los programas y campañas informativas en la intranet.
   - Acciones informativas a cargo de los responsables de departamento.

c) Formación del programa de prevención de accidentes de trabajo relacionados con el consumo de alcohol, drogas y medicinas, antes y/o durante la jornada de trabajo, destinada a todos los trabajadores.

d) Facilitar y asegurar la disponibilidad de acceso al *Programa de soporte al personal con problemas de salud por trastornos adictivos y/o mentales graves,* y a las consultas y asesoramiento médico y social, a cualquier trabajador que lo requiera.

e) Información y formación al personal sanitario.

f) Identificación de trabajadores especialmente sensibles.

g) Vigilancia epidemiológica.

h) Coordinación con empresas contratadas.

3. MEDIDAS DE VIGILANCIA

Se establecen controles, dentro del horario laboral, de alcohol en aire exhalado y de drogas en saliva. Para ello, se han determinado:

a) Recursos. El Servicio de Prevención se encarga de realizar dichos controles mediante personal sanitario propio, auxiliares de prevención y personal sanitario de la entidad contratada.

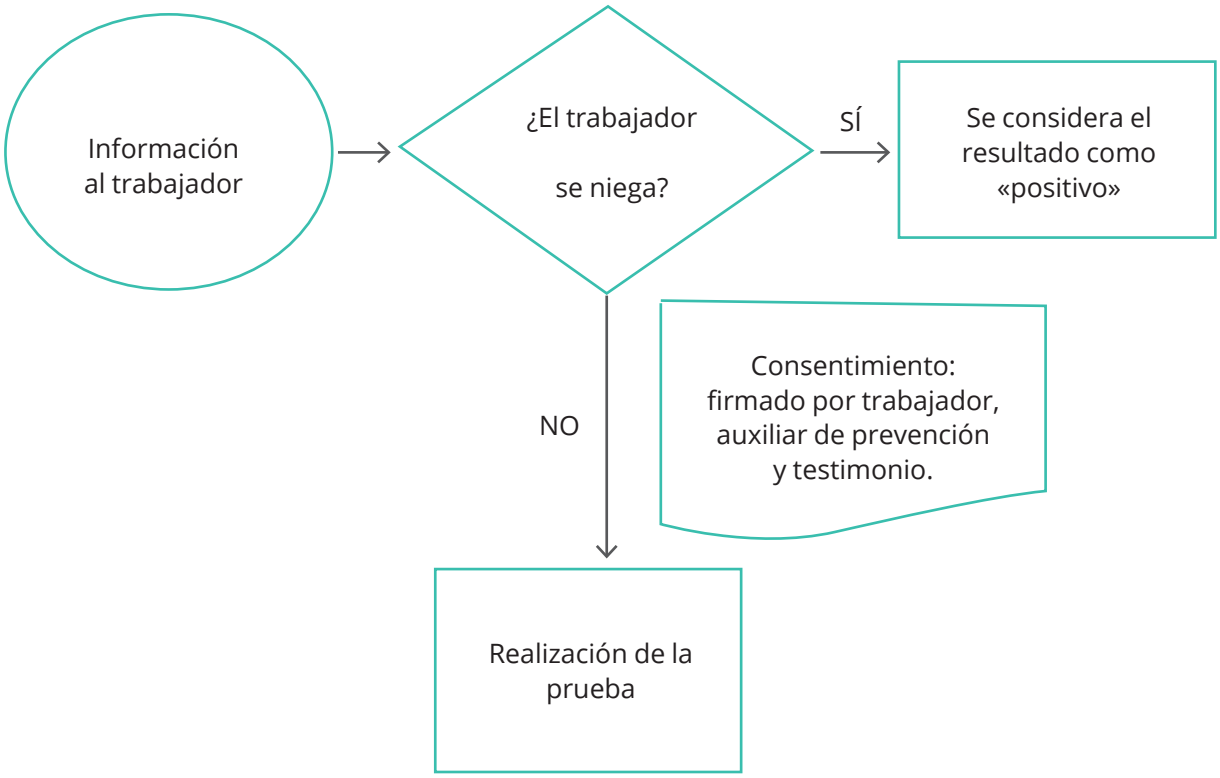
b) Tipología de controles:

- Controles planificados (48 horas).
- Controles aleatorios.
- Control por sospecha de intoxicación aguda.
- Control en caso de accidente laboral relacionado con: circulación ferroviaria, seguridad general de clientes, uso de máquinas y equipos móviles para la manipulación de cargas, riesgo eléctrico, caídas a distinto nivel, funciones de responsabilidad directa sobre la seguridad y salud de personal a su cargo.
- Control de seguimiento de casos.

c) Metodología de realización de las diferentes pruebas:

- Las pruebas se consideran de carácter obligatorio.
- Se debe establecer protocolo para la recogida de muestra, manipulación, envasado, conservación, identificación, precintado, almacenamiento y transporte de las muestras.

- Metodología general:



- ALCOHOL (AIRE EXPIRADO): se utiliza un alcoholímetro homologado.
- Si el resultado es superior al límite permitido, se repite la prueba a los 15 minutos. Si la media de las dos pruebas es superior al límite permitido, se considera el resultado como POSITIVO.
- Si la prueba es POSITIVA, se realizará una analítica en sangre (Medicina del Trabajo o Entidad Contratada), previo consentimiento.
- DROGAS (*screening* en saliva):

  Si la prueba es POSITIVA, el resultado se considera provisional a la espera del análisis de confirmación (saliva, cromatografía de gases/espectrofotometría de masas CG/EM).

d) Actuación y reglamento interno según resultados obtenidos:

NEGATIVO: trabajador continúa con el servicio.

POSITIVO:

- Relevo del trabajador de su puesto de trabajo y comunicación a su responsable.
- Ofrecimiento de transporte para que el trabajador pueda ir a su domicilio.
- El médico del trabajo (Medicina del Trabajo) valorará al trabajador antes de su incorporación al trabajo (aptitud laboral, trabajador especialmente sensible, seguimiento). En el caso de confirmación del resultado positivo, el médico del trabajo limitará las tareas, como mínimo, durante 3 meses.
- Información de los programas de soporte integral al personal con trastornos adictivos y de las consecuencias laborales que puedan ocasionarse.
- Aplicación de la política disciplinaria de la empresa ya que se trata de una actuación prohibida por la Ley Ferroviaria 4/2006 y constituir una conducta de riesgo de accidente de trabajo.

4. CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Para garantizar el derecho a participación, se ha creado la Comisión de Seguimiento que se reúne como mínimo cada 6 meses y que está constituida por: representantes de la dirección en el Comité de Seguridad y Salud, Delegados de Prevención, trabajador social, Responsable del servicio de prevención y técnico de la unidad de prevención.

Se han definido las funciones de la comisión, entre las cuales se destacan:

- Conocer los cambios en la normativa legal que se puedan producir.
- Validar las sustancias prohibidas y los límites máximos permitidos.
- Conocer la información y formación planificada.
- Proponer el calendario de los controles planificados.
- Conocer periódicamente los datos estadísticos del programa.
- Velar por los derechos de las personas.

Los Delegados de Prevención pueden asistir como observadores en las pruebas de control que se realicen.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

El objetivo del Programa de Promoción de la Salud de FMB es facilitar el acceso de los trabajadores a un conjunto de actividades que, fundamentadas en la motivación, educación y la provisión de recursos, incrementen las oportunidades para reducir la incidencia de enfermedades y lesiones principales que les afecten, así como el sufrimiento que esta puedan originar.

Dentro del programa de promoción de la salud se han desarrollado un conjunto de actividades sobre actividad física, nutrición, salud mental, visual y dental. Éstas han consistido, fundamentalmente, en la organización de actividades deportivas, acuerdos preferentes con clubs deportivos, talleres de compra y cocina saludable, etc. Todo ello complementado con una difusión de información sistemática.

Así mismo, uno de los programas de la promoción de la salud es «La asistencia y tratamiento de factores de riesgo para la salud», que incluye actividades relacionadas directamente e indirectamente con el consumo de sustancias, tales como:

- Tratamiento del tabaquismo.
- Prevención de las enfermedades causadas por el exceso de consumo de alcohol y otro tipo de drogas. ◆

ANEXO I: DETALLE DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

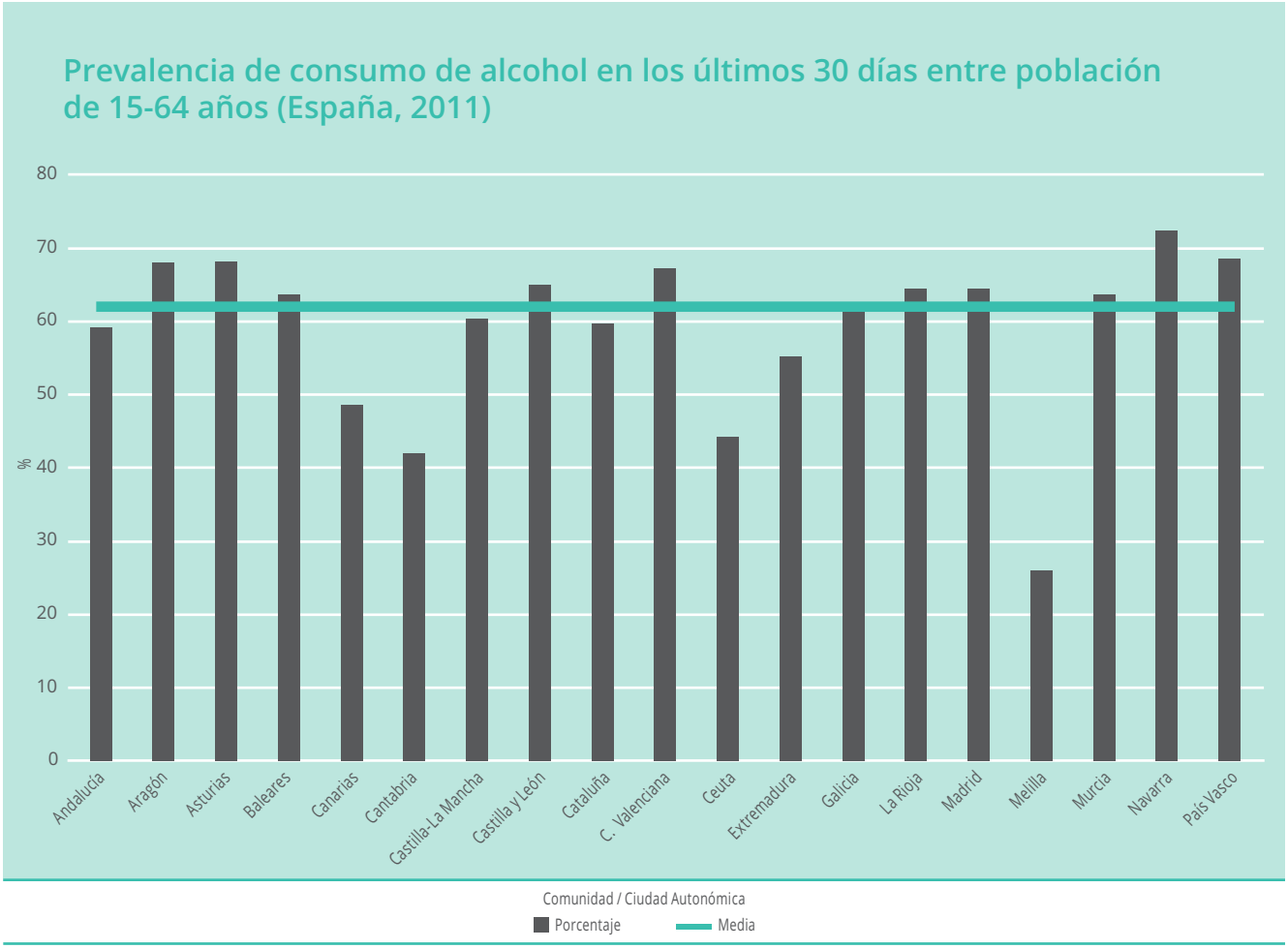
ANEXO I: DETALLE DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

A continuación se muestran los resultados clasificados por diferentes parámetros:

ZONA GEOGRÁFICA

Según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías en las encuestas que realizó en 2011, se detectan los siguientes hábitos clasificados según la zona geográfica:

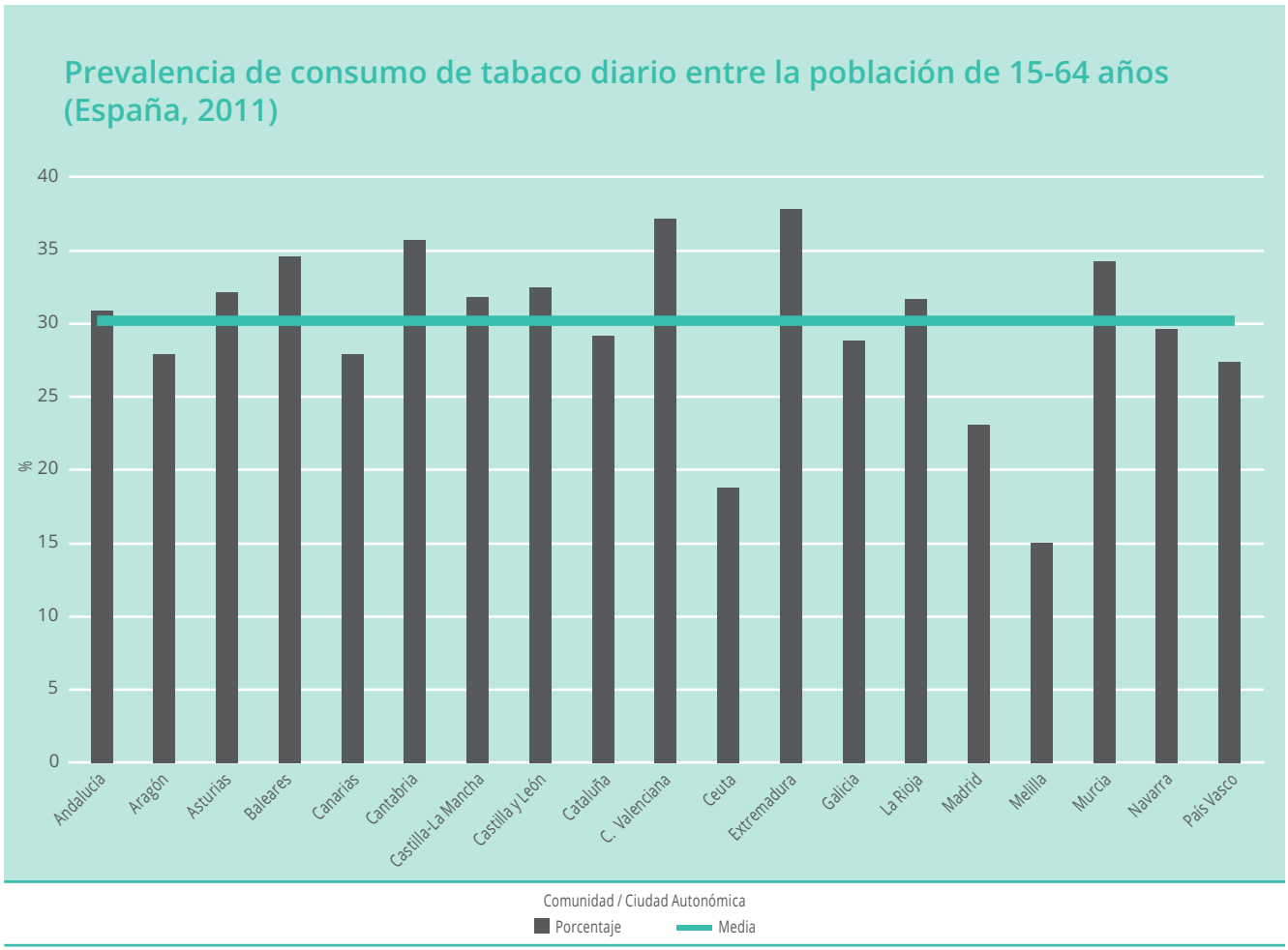
ALCOHOL: La media nacional de prevalencia de consumo de alcohol, en España, en los últimos 30 días es de 62,3%, entre personas de 15 a 64 años. En el siguiente gráfico podemos observar la prevalencia de consumo de alcohol en todas las Comunidades / Ciudades Autónomas:



Las Comunidades /Ciudades Autónomas que se hallan por encima de la media son:

COMUNIDAD / CIUDAD AUTÓNOMA	%
Navarra	72,9
Pais Vasco	69,3
Aragón	68,7
Asturias	68,3
C. Valenciana	67,5
Castilla y León	65,5
Madrid	65
La Rioja	64,7
Baleares	64,4

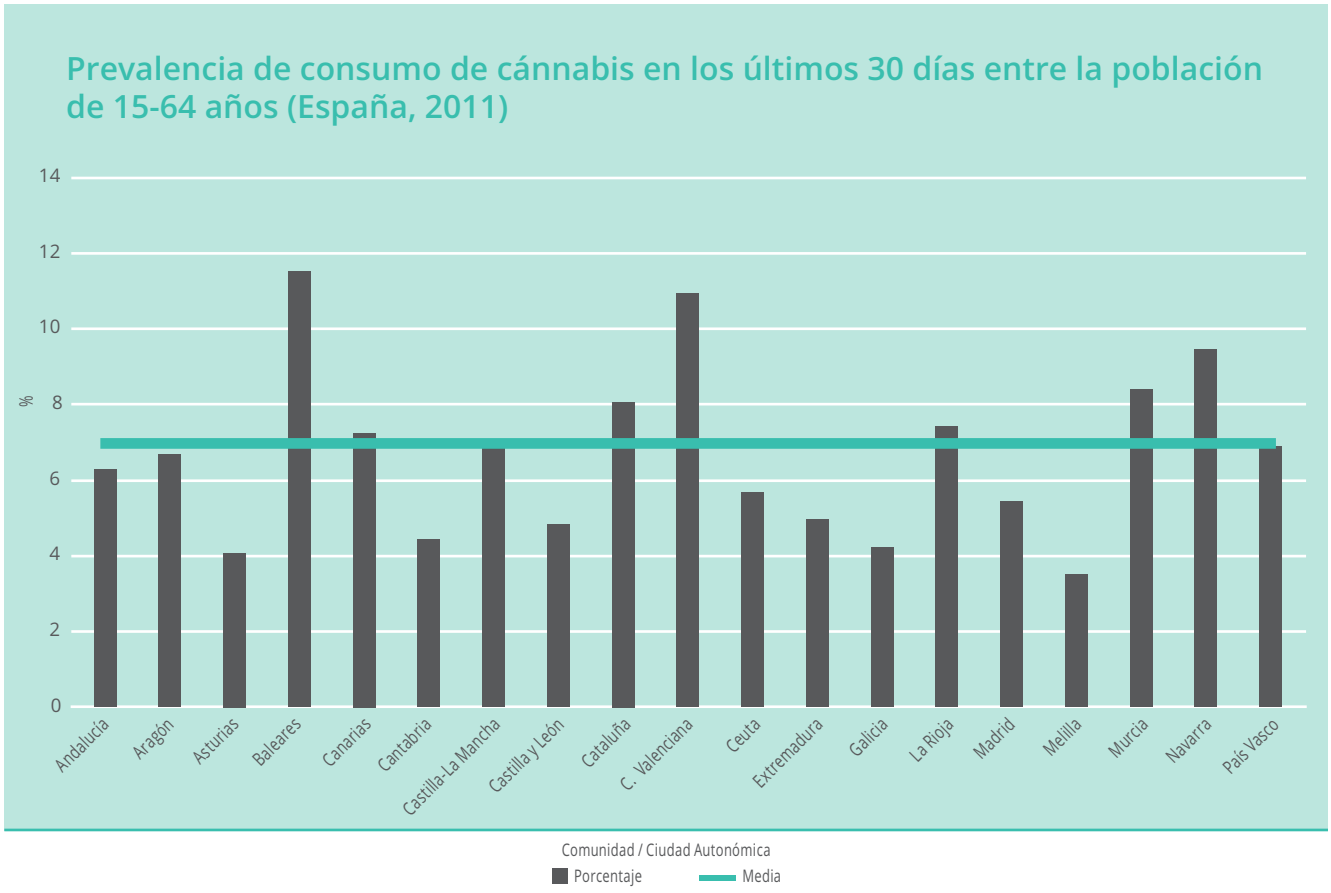
TABACO: La media nacional de prevalencia de consumo diario de tabaco, en España es de 30,4% entre personas de 15 a 64 años. En el siguiente gráfico podemos observar la prevalencia de consumo de tabaco en todas las Comunidades / Ciudades Autónomas:



Las Comunidades /Ciudades Autónomas que se hallan por encima de la media son:

COMUNIDAD / CIUDAD AUTÓNOMA	%
Extremadura	37,9
C. Valenciana	37,5
Cantabria	35,9
Baleares	34,9
Murcia	34,4
Castilla y León	32,6
Asturias	32,5
Castilla-La Mancha	32,2
La Rioja	31,9
Andalucía	31,1

CÁNNABIS: La media nacional de prevalencia de consumo de cánnabis, en España, en los últimos 30 días es de 7%, entre personas de 15 a 64 años. En el siguiente gráfico podemos observar la prevalencia de consumo de cánnabis en todas las Comunidades / Ciudades Autónomas:



Las Comunidades /Ciudades Autónomas que se hallan por encima de la media son:

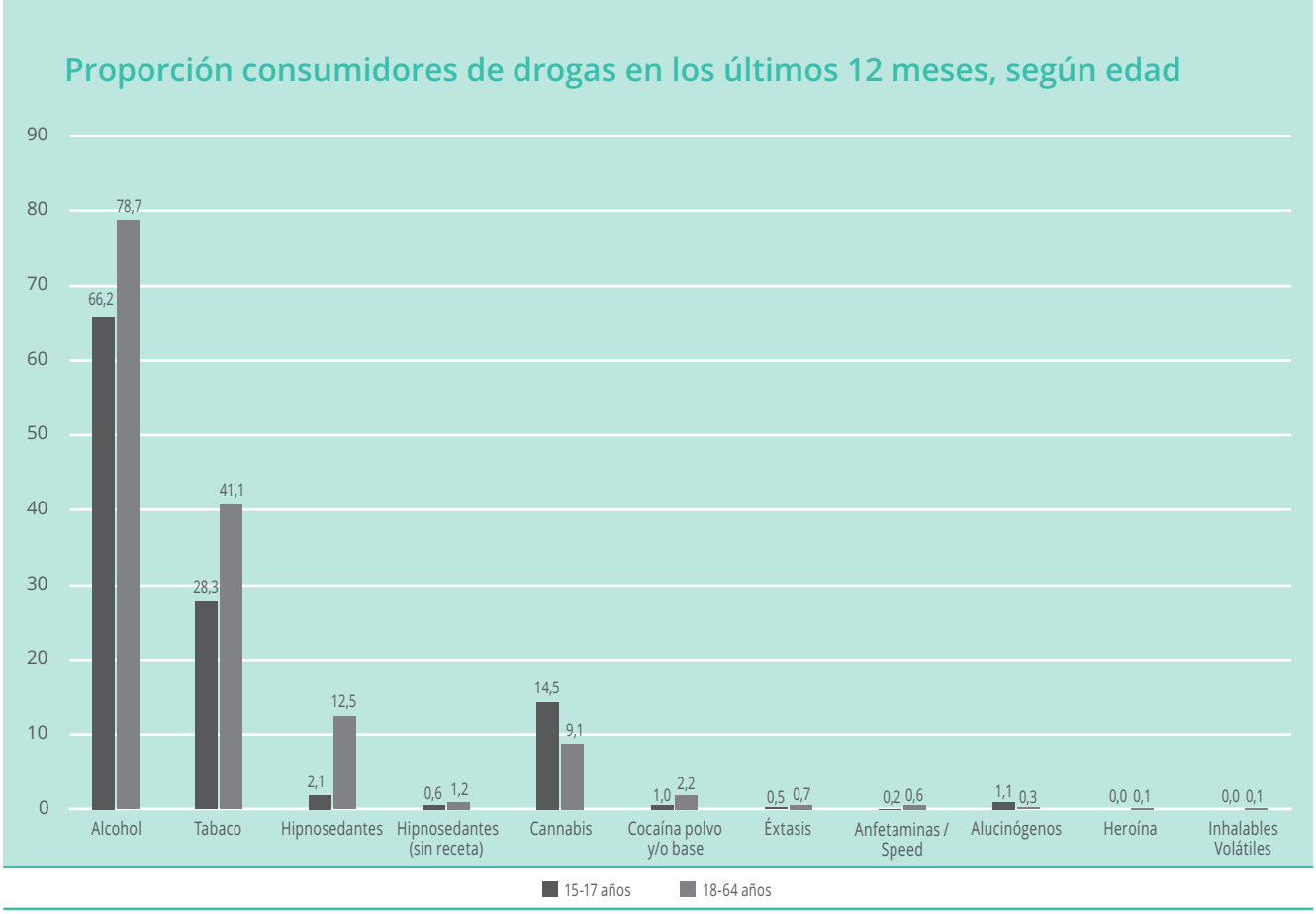
COMUNIDAD / CIUDAD AUTÓNOMA	%
Baleares	11,5
C. Valenciana	11
Navarra	9,5
Murcia	8,4
Cataluña	8,1
La Rioja	7,4
Canarias	7,2
Castilla-La Mancha	7,1

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a través de las encuestas que realizó en 2011, existen algunas diferencias significativas en el consumo según género y edad. En las estadísticas que se presentan a continuación se destacan, mediante sombreado gris, los valores más elevados. Así mismo, también se realiza la comparativa con la encuesta sobre alcohol y drogas publicada el 3 de marzo de 2015.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Por lo que refiere a la edad, el consumo de drogas está más extendido entre las personas de 15 a 34 años (drogas legales e ilegales), donde realizan consumos de alcohol y cánnabis de riesgo y dónde se concentra el mayor porcentaje de consumidores de cocaína. Sin embargo, la proporción de consumidores para los hipnosedantes se halla entre los 35 y 64 años. Si revisamos la encuesta publicada en 2015, podemos observar el porcentaje de consumo en los últimos 12 meses según las franjas de edad:



Comparando la edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas, se observa que ésta se mantiene estable con respecto a ediciones anteriores de la encuesta.

A continuación, se muestra la edad de inicio en el consumo de las siguientes sustancias:

Tabaco	16,4
Alcohol	16,7
Cannabis	18,6
Inhalables volátiles	19,4
Anfetaminas	20,8
Alucinógenos	20,9
Éxtasis	21,1
Cocaína polvo	21,3
Heroína	21,5
Cocaína base	23,2
Hipnosedantes (sin receta)	31,3
Hipnosedantes	35,2

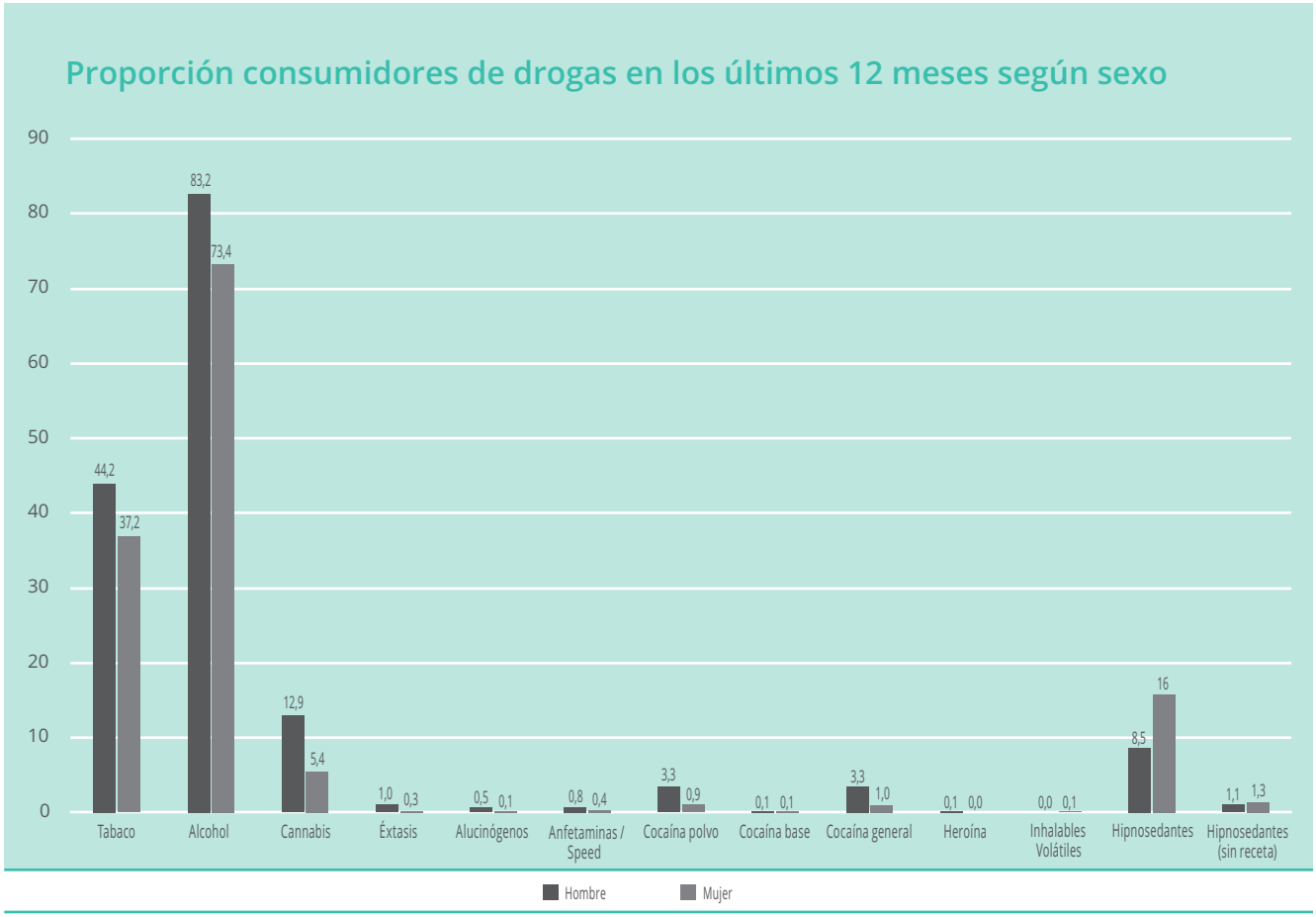
Edad media inicio consumo de drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas de 3 de marzo de 2015.

Si consideramos el género, las sustancias psicoactivas, en ambos años, están más extendidas entre los hombres que entre las mujeres, excepto los hipnosedantes (2013: 16% mujeres y 8,5% hombres).

Según las encuestas realizadas en el año 2011, la prevalencia en los hombres (en los últimos 12 meses), en referencia a las sustancias psicoactivas ilegales, duplica a la de las mujeres en todas las sustancias del estudio. Excepto, los hipnosedantes sin receta. Cabe destacar, que la prevalencia en los hombres triplica a la de las mujeres en el caso de los alucinógenos o las anfetaminas y que se cuadriplica en el caso de cocaína en polvo.

El cánnabis está más extendido en los hombres (13,6%) que en las mujeres (5,5%). La prevalencia en el consumo durante los últimos 30 días es de 10,2% para los hombres y 3,8% para las mujeres.

Según las encuestas realizadas en 2013, observamos que esta tendencia, aproximadamente, se mantiene tal y como se muestra en la siguiente a continuación:



Si se observan en detalle las cifras presentadas en el gráfico anterior:

Cocaína base	1	*Los hombres consumen «x» veces más…*
Alcohol	1,14	
Tabaco	1,19	
Anfetaminas	2	
Cannabis	2,39	
Cocaína general	3,3	
Éxtasis	3,33	
Cocaína polvo	3,67	
Alucinógenos	5	

Comparativa de consumo: Hombres vs. Mujeres según valores de la Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 3 de marzo de 2015.

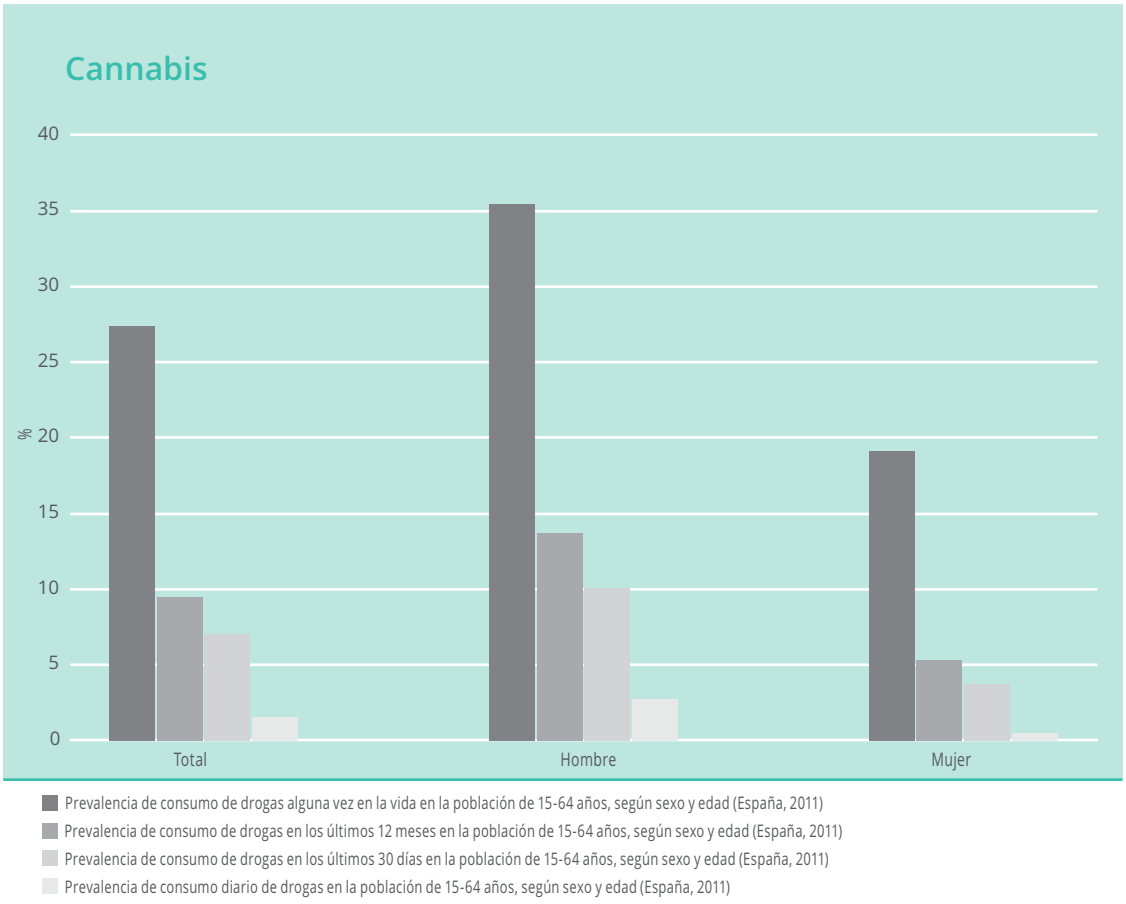
Hipnosedantes (sin receta)	1,18	*Las mujeres consumen «x» veces más…*
Hipnosedantes	1,89	

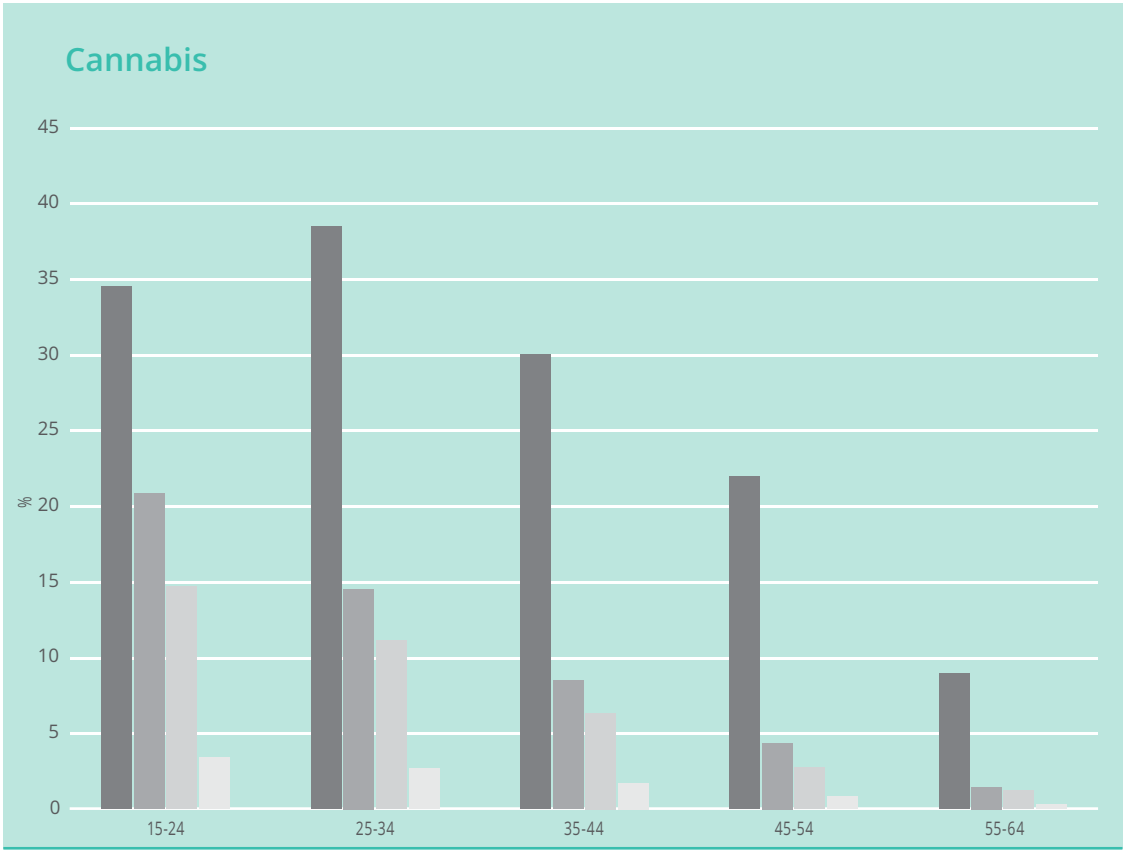
Comparativa de consumo: Mujeres vs. Hombres según valores de la Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 3 de marzo de 2015.

CANNABIS

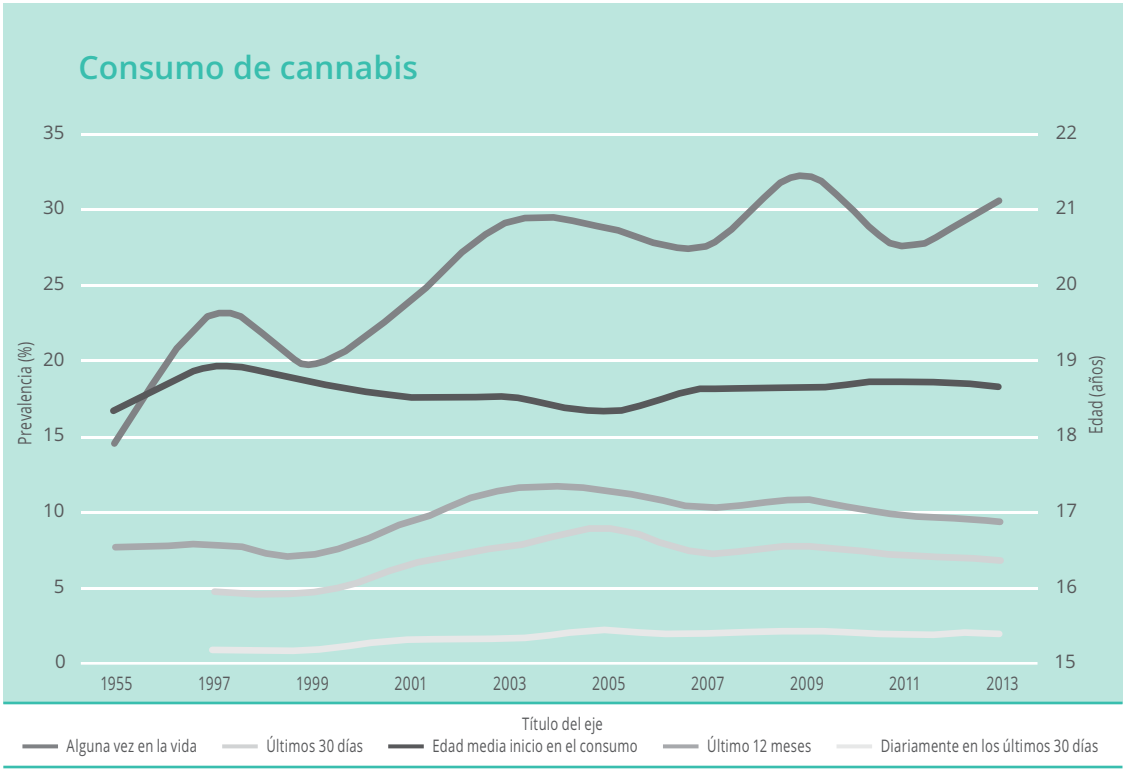
		GÉNERO		EDAD				
Cannabis (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	27,4	35,4	19,2	34,6	38,4	30,1	22,1	9
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	9,6	13,6	5,5	20,7	14,6	8,5	4,3	1,3
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	7	10,2	3,8	14,7	11	6,3	2,7	1,1
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	1,7	2,7	0,7	3,4	2,6	1,7	0,7	0,3

Mayor prevalencia





Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa una tendencia levemente descendente de la prevalencia de consumo de cánnabis:



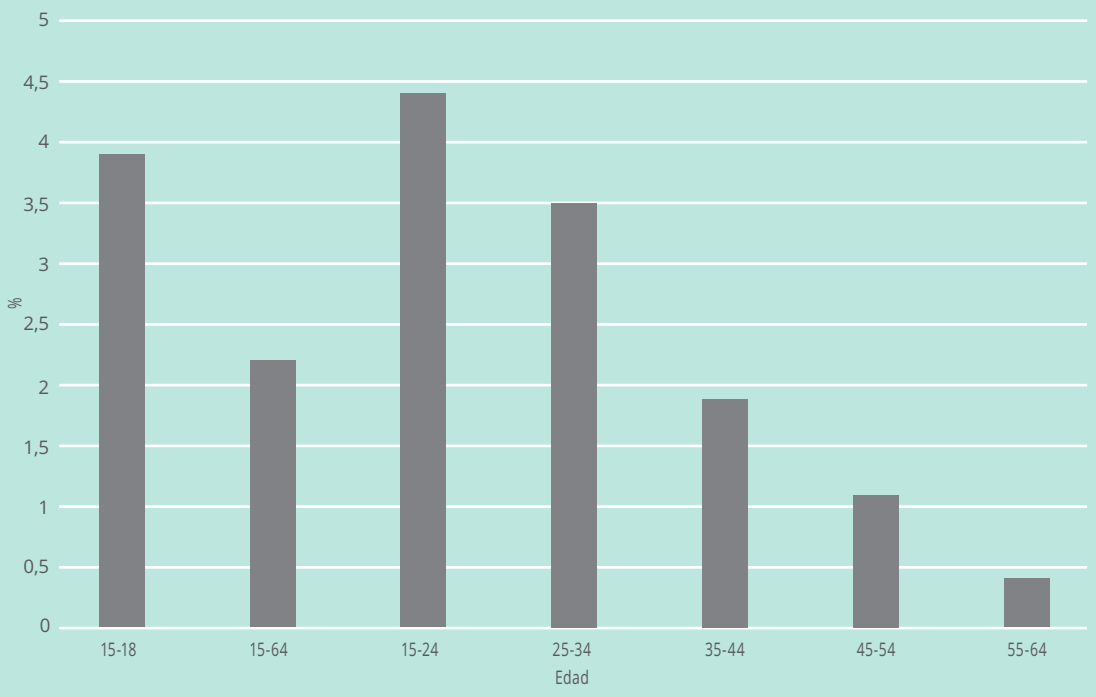
El número de personas (15-64 años) que realizan un consumo problemático* de cannabis es 687.000.

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE CaÁNNABIS (CAST)*	
CAST ≥4	2013/2014
Población de 15 a 64 años	2,2%

Consumo problemático de cánnabis. Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 3 de marzo de 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el PNSD.

El 2,2% de la población hace un consumo problemático* de cannabis (15-64 años), la proporción no es constante y disminuye con la edad[1]:

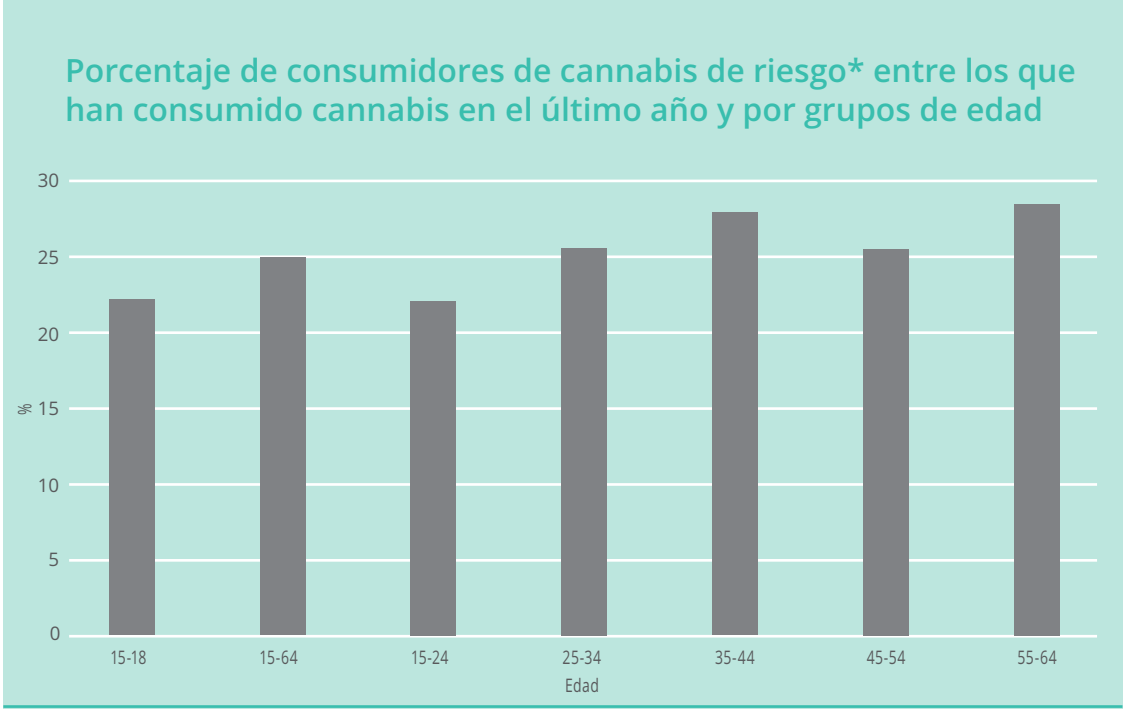
Consumidores de cánnabis de riesgo* entre la población general y por grupos de edad



Nota: Se entiende por consumo problemático: CAST (CANNABIS ABUSE SCREENING TEST) ≥4.

Nota: Se entiende por consumo problemático: CAST (CÁNNABIS ABUSE SCREENING TEST) ≥4.
1. En la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (3 de marzo de 2015) se presenta esta clasificación de los grupos de edad.

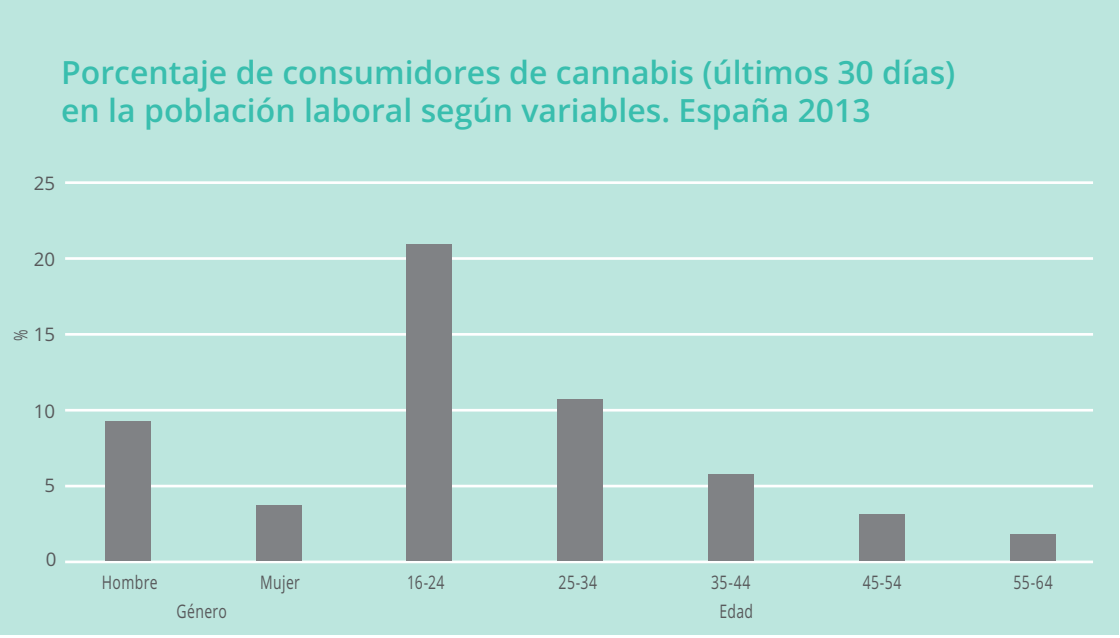
El 25% de las personas que han consumido cánnabis en el último año, que contestan escala CAST*, presentan un consumo problemático*. Esta proporción es constante en todos los grupos de edad:



Nota: Se entiende por consumo problemático: CAST (CANNABIS ABUSE SCREENING TEST) ≥4.

ÁMBITO LABORAL:

Según la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, se observa que las prevalencias de consumo alcanzan valores más elevados entre los hombres menores de 35 años.

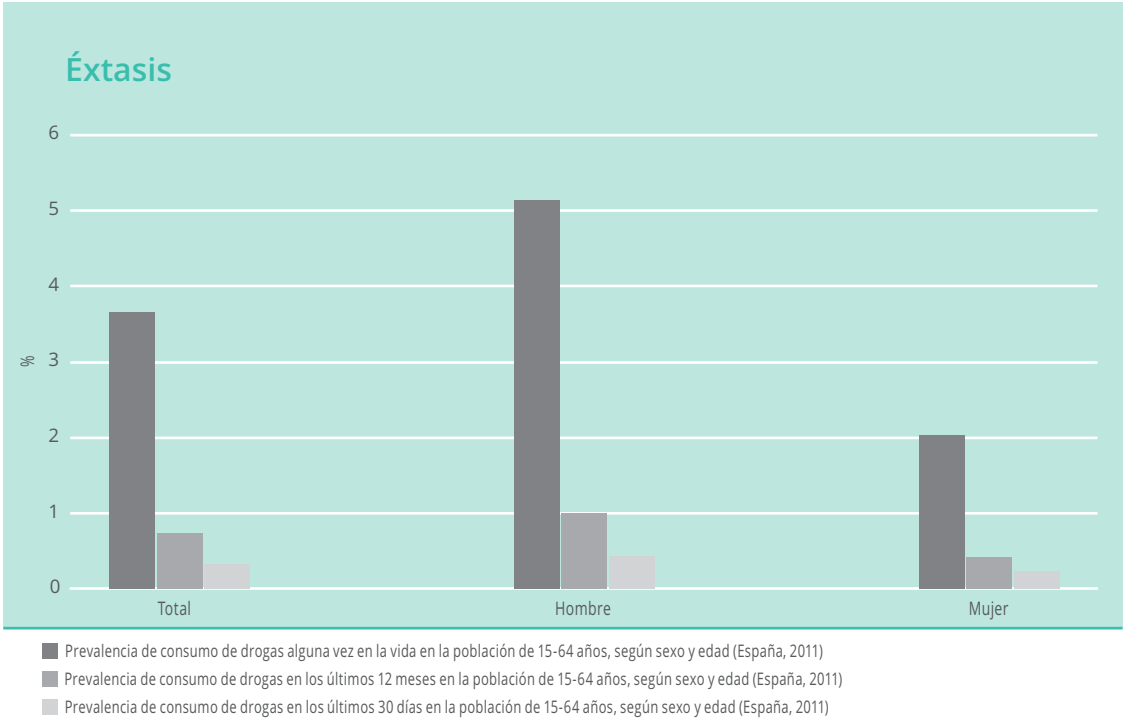


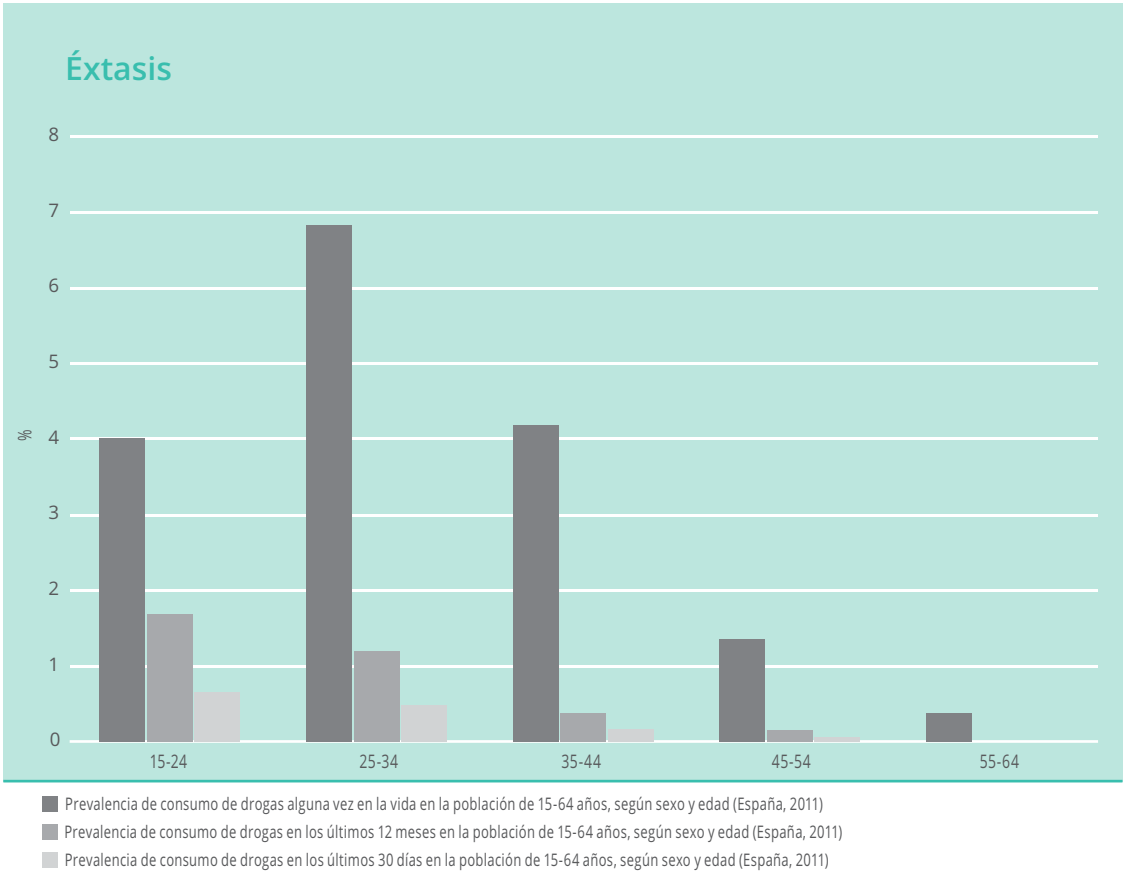
Nota: Se entiende por consumo problemático: CAST (CANNABIS ABUSE SCREENING TEST) ≥4.

ÉXTASIS

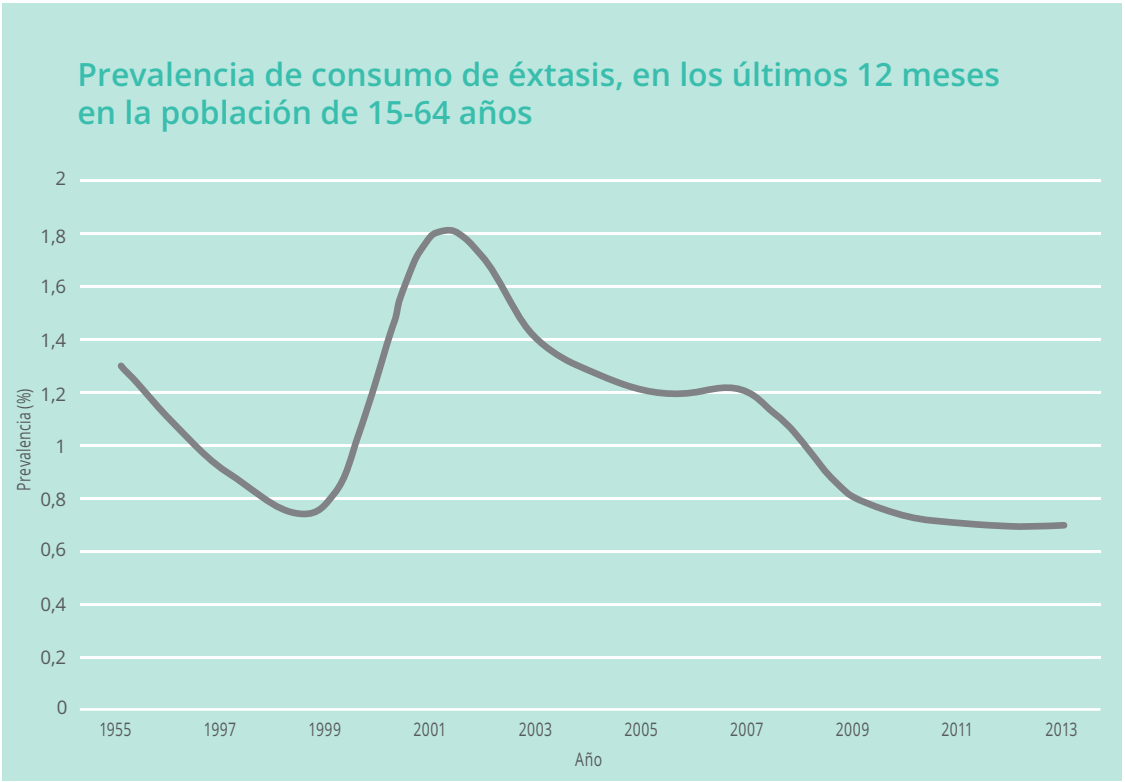
		GÉNERO		EDAD				
Éxtasis (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	3,6	5,1	2	4	6,8	4,2	1,4	0,4
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,7	1	0,4	1,7	1,2	0,4	0,2	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,3	0,4	0,2	0,7	0,5	0,2	0,1	0

Mayor prevalencia





Si revisamos la encuesta realizada en el año 2015, se observa una tendencia descendente iniciada en 2001 para ambos sexos:

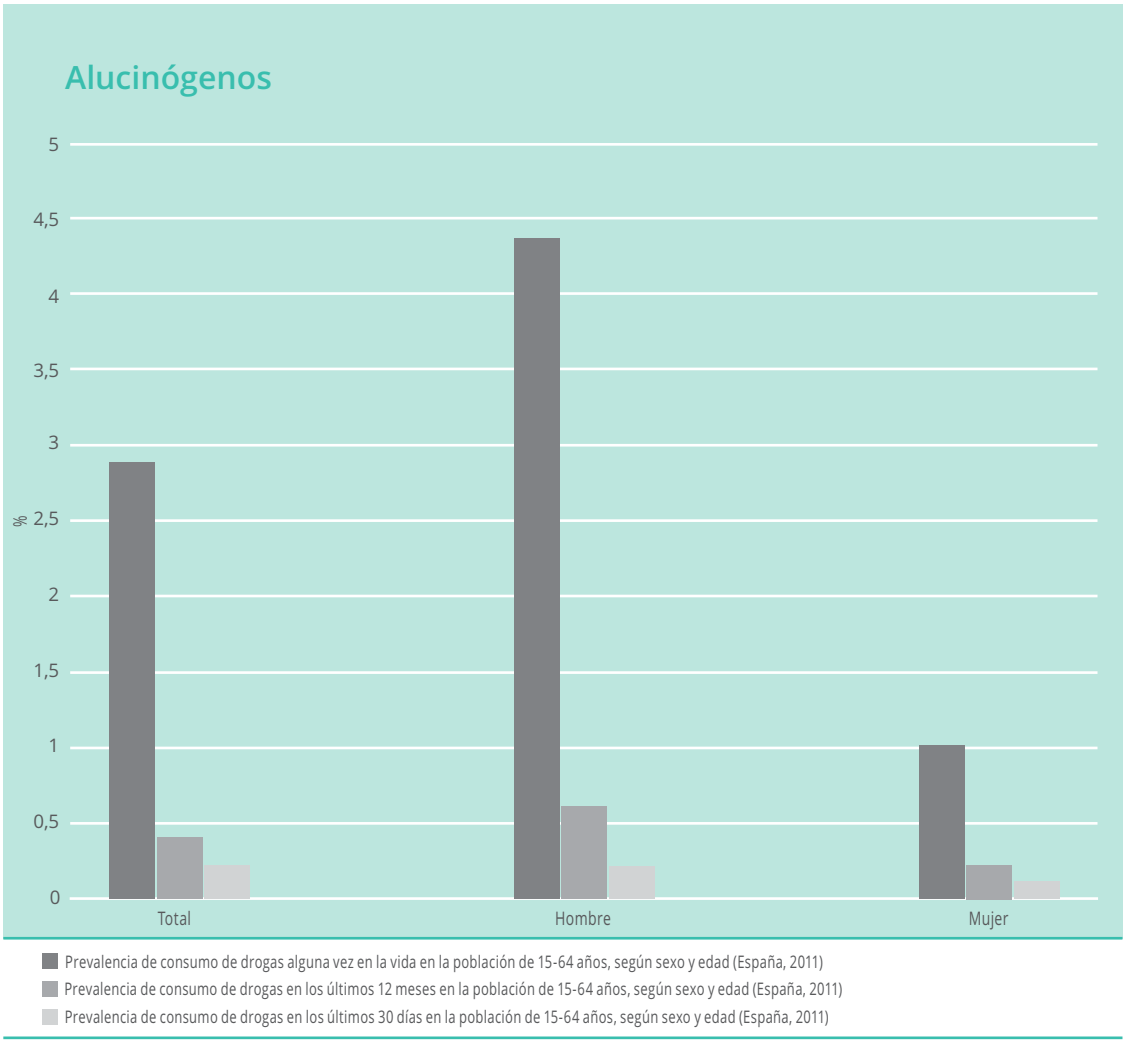


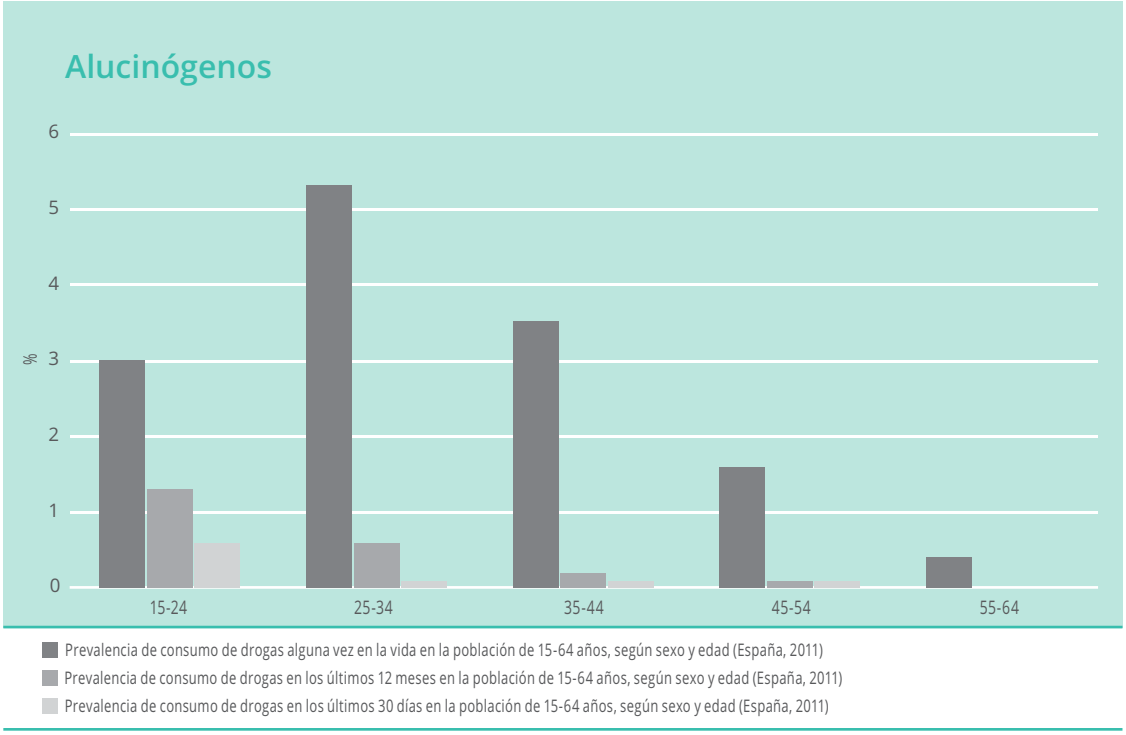
Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas.

ALUCINÓGENOS

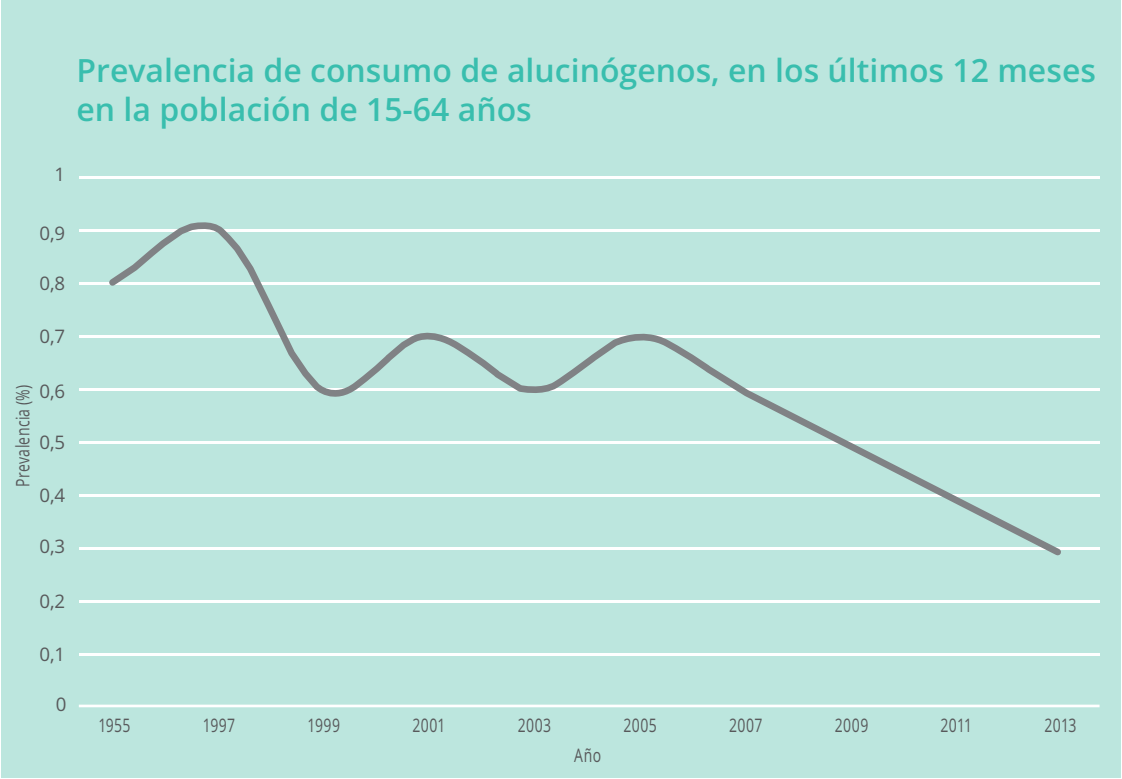
		GÉNERO		EDAD				
Alucinógenos (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	2,9	4,4	1,4	3	5,3	3,5	1,6	0,4
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,4	0,6	0,2	1,3	0,6	0,2	0,1	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,2	0,2	0,1	0,6	0,1	0,1	0,1	0

Mayor prevalencia





Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa una tendencia descendente iniciada en 2001 para ambos sexos:

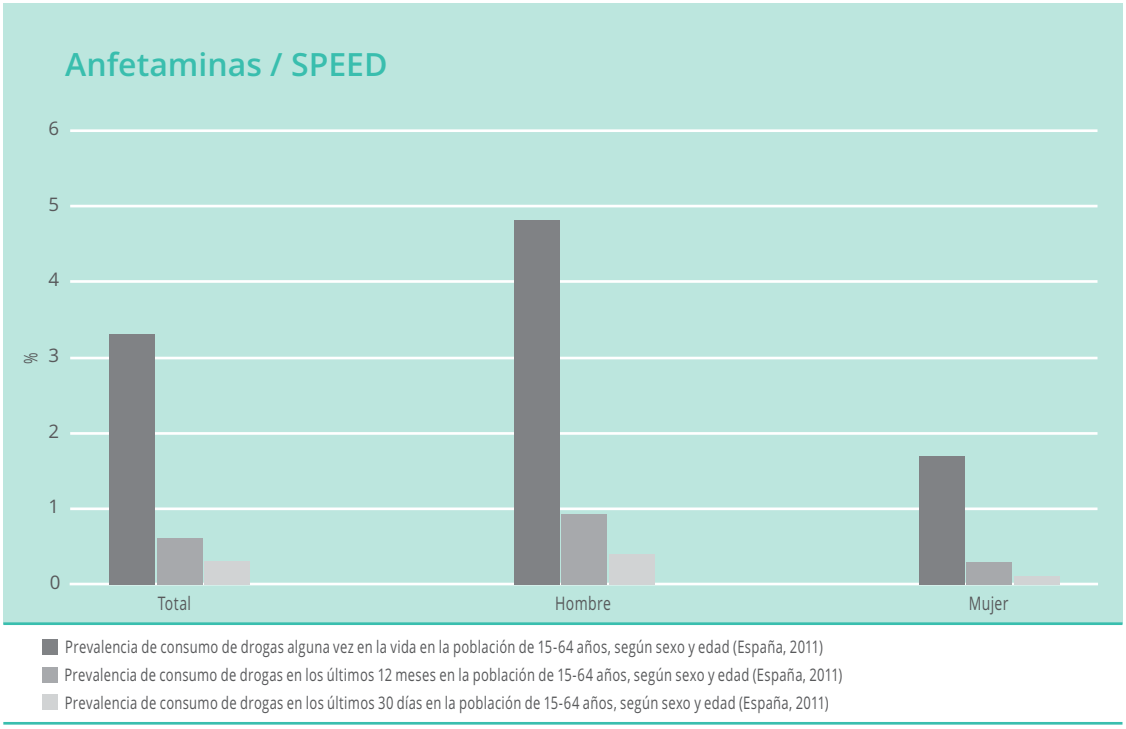


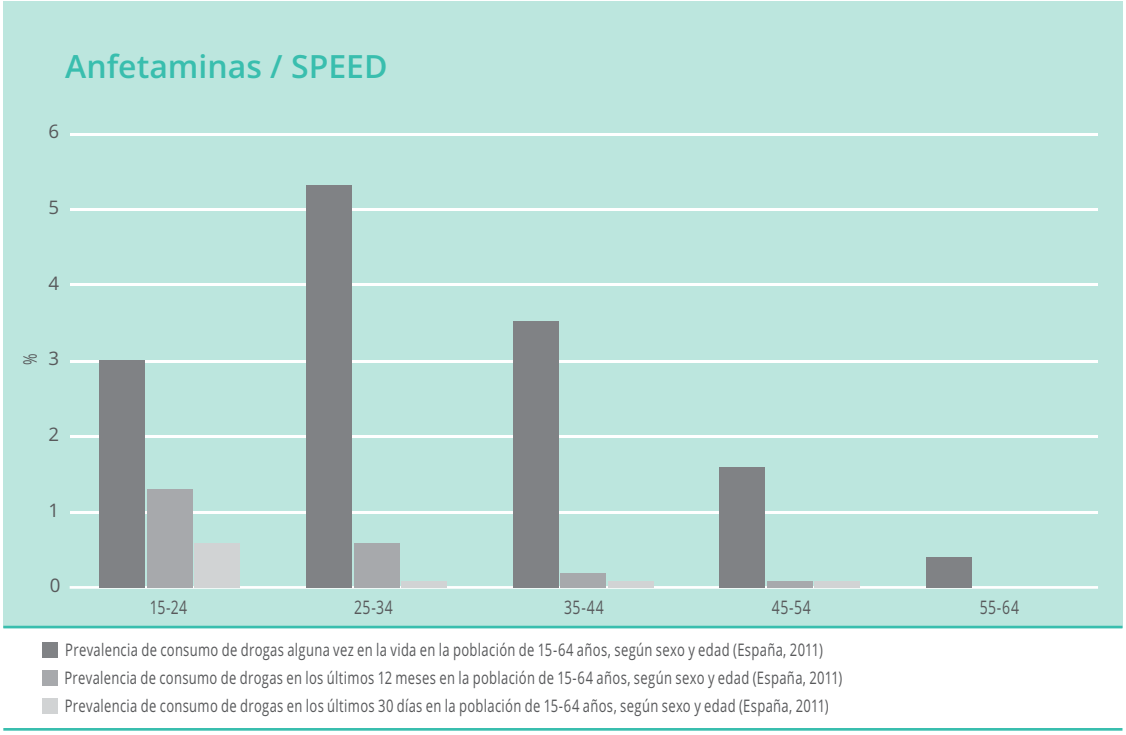
Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas.

ANFETAMINAS / SPEED

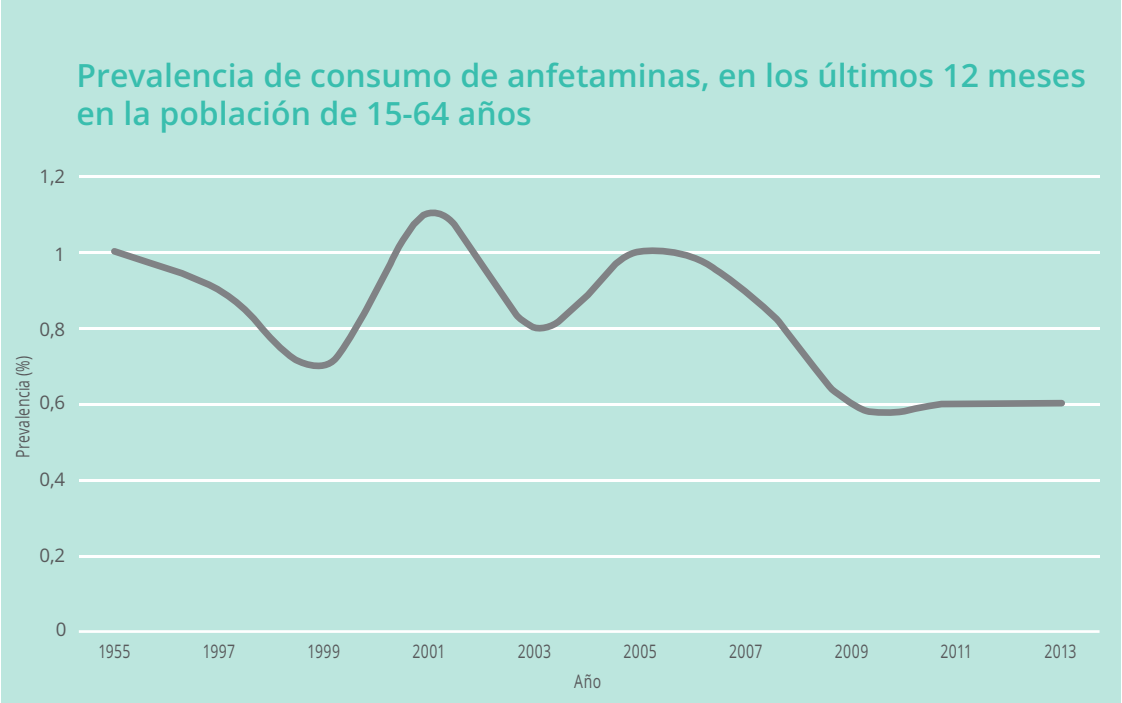
		GÉNERO		EDAD				
Anfetaminas/ SPEED (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	3,3	4,8	1,7	3	5,7	4,2	1,9	0,5
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,6	0,9	0,3	1,4	0,9	0,5	0,2	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,3	0,4	0,1	0,7	0,4	0,1	0,1	0

Mayor prevalencia





Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa una tendencia descendente iniciada en 2001 para ambos sexos:

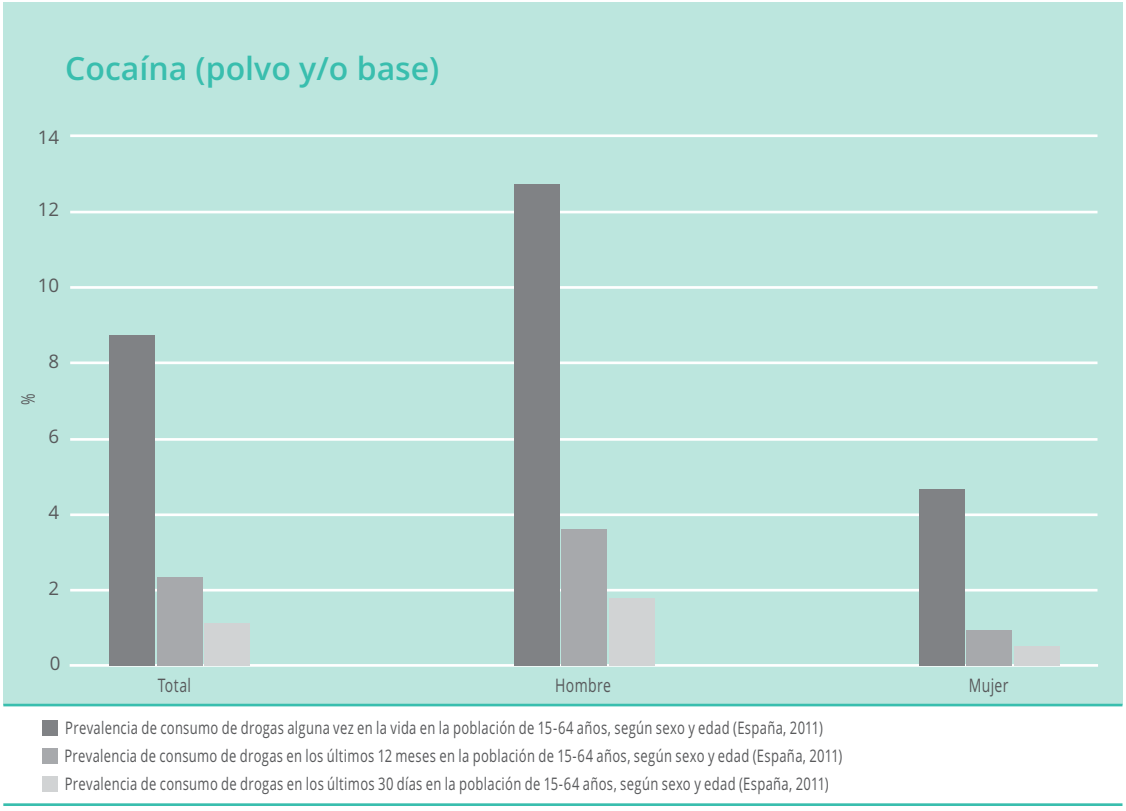


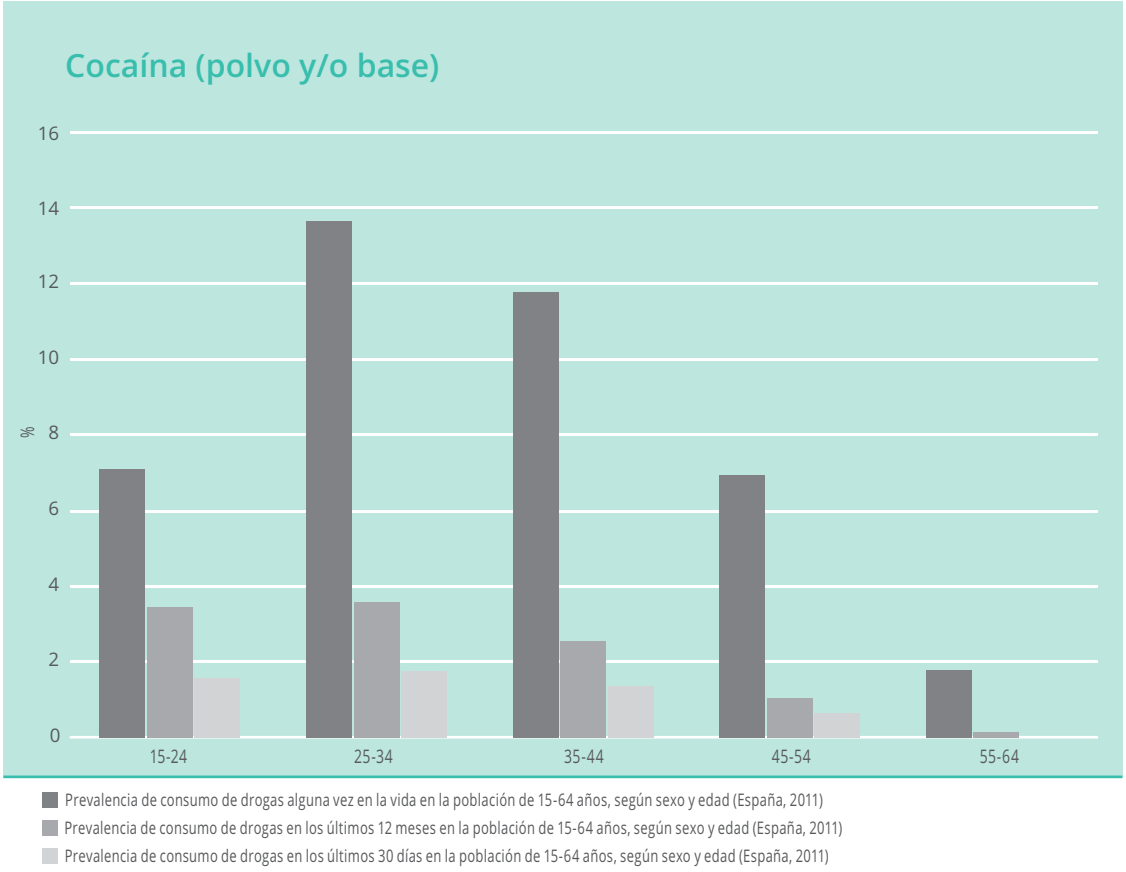
Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas.

COCAÍNA (POLVO Y/O BASE)

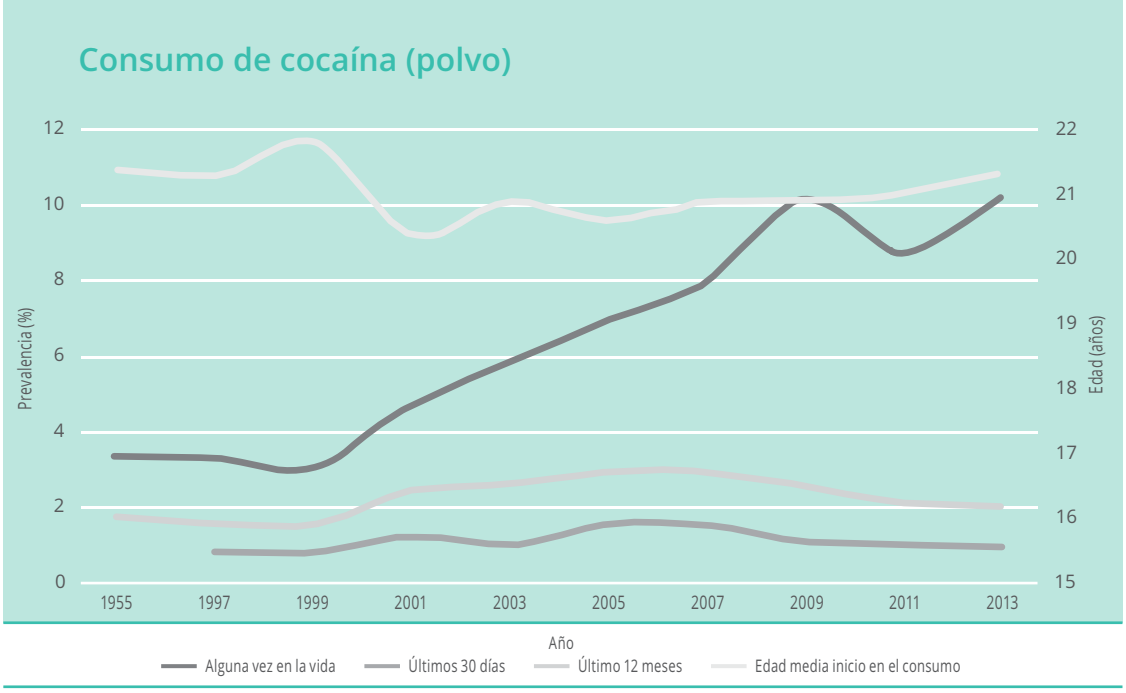
		GÉNERO		EDAD				
Cocaína (polvo y/o base) (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	8,8	12,8	4,7	7,1	13,7	11,8	7	1,8
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	2,3	3,6	0,9	3,5	3,6	2,6	1,1	0,2
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	1,1	1,8	0,5	1,6	1,8	1,4	0,7	0

Mayor prevalencia



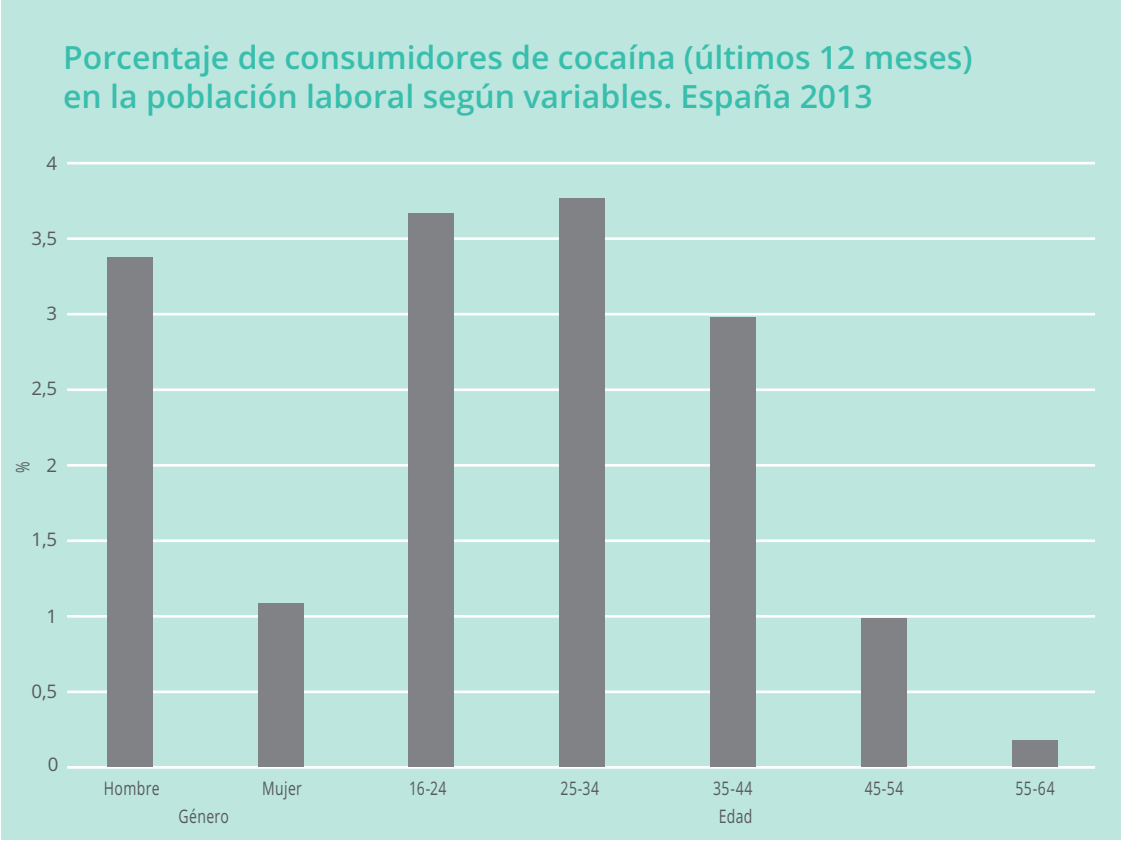


Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa una tendencia descendente desde el año 2005 en el consumo de cocaína en polvo:



ÁMBITO LABORAL:

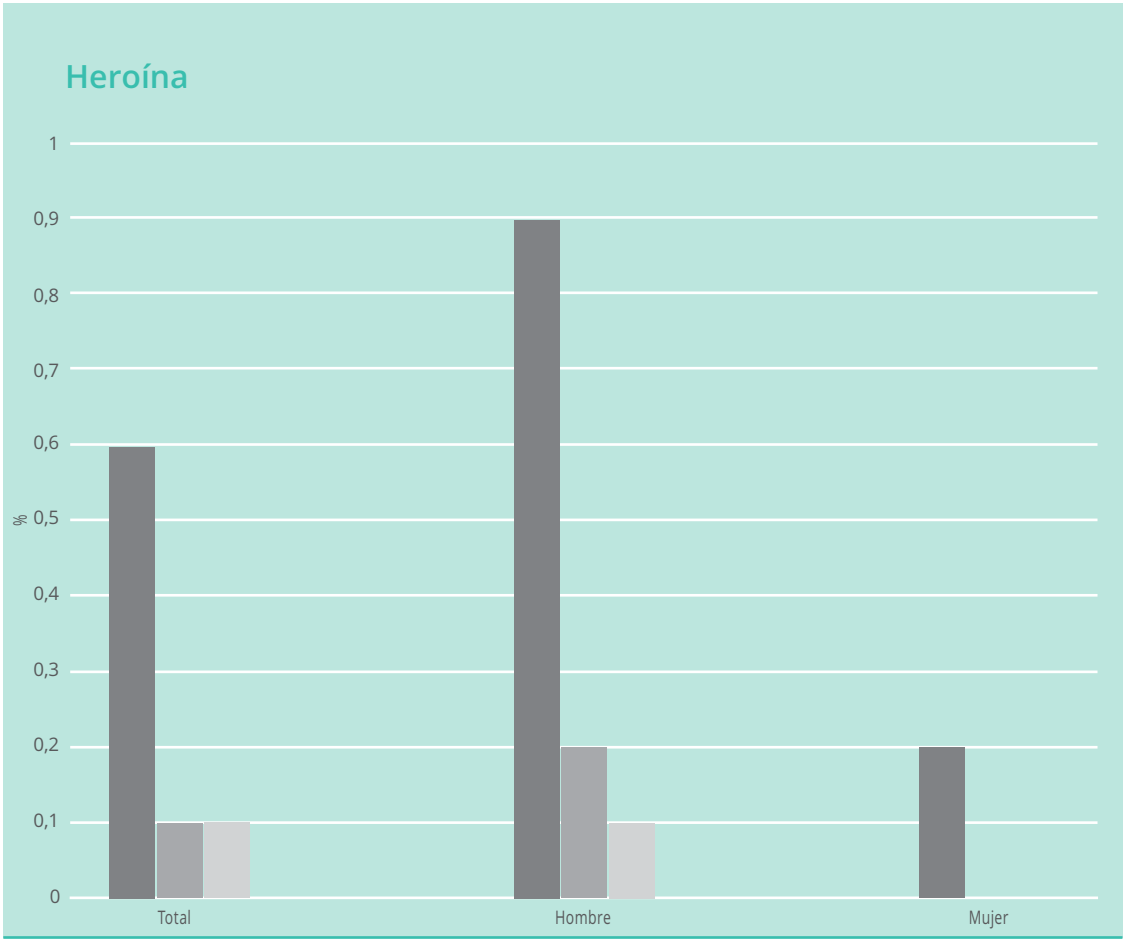
Según la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, se observa que las prevalencias de consumo alcanzan valores más elevados entre las los hombres menores de 35 años.

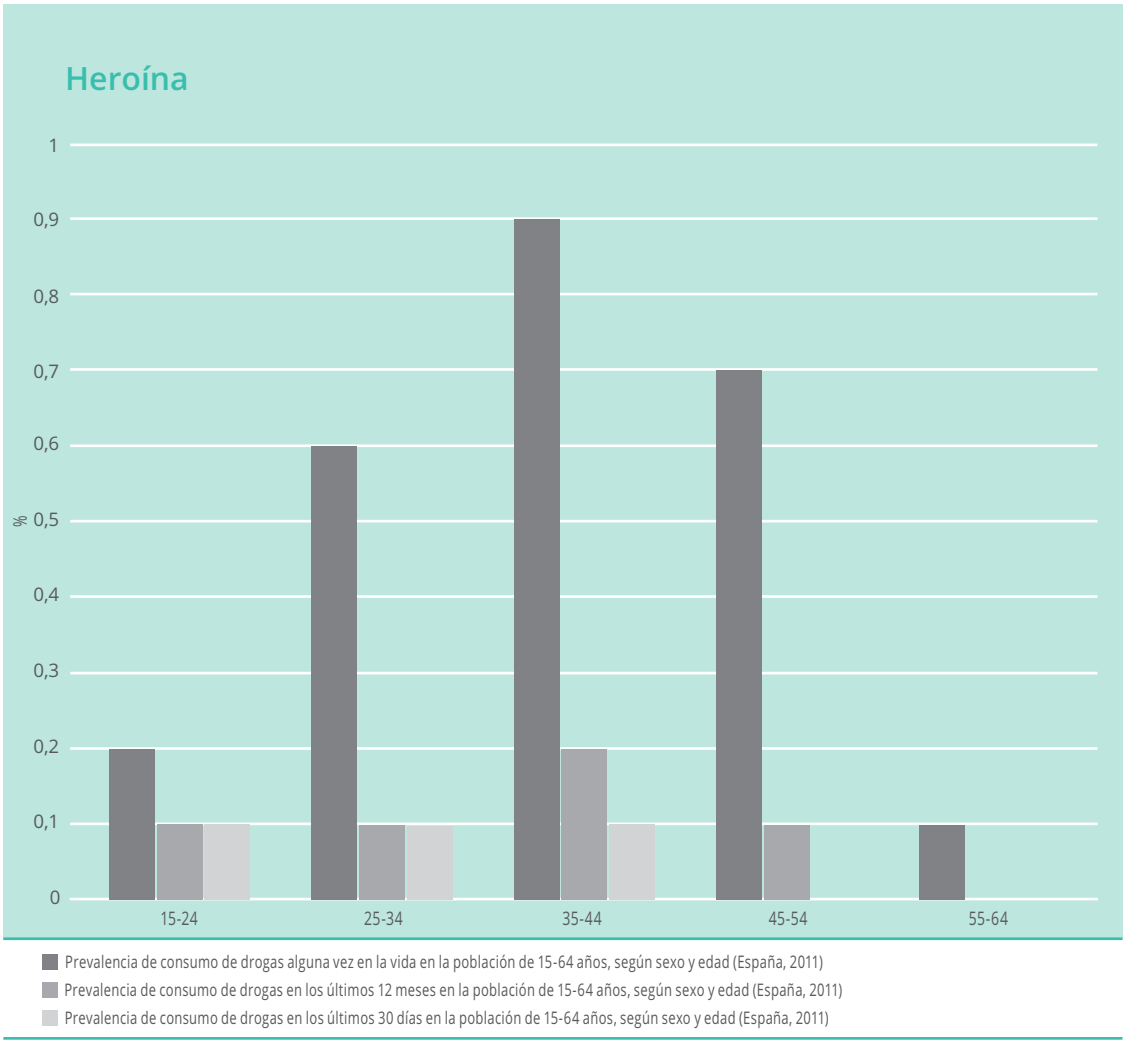


HEROÍNA

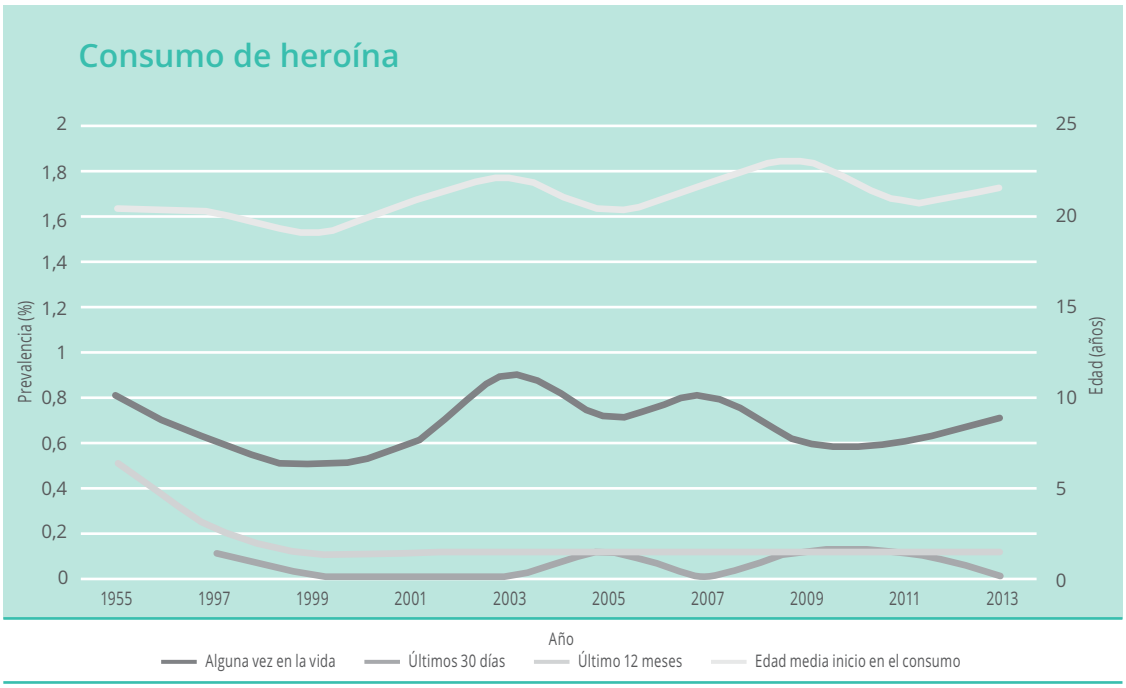
		GÉNERO		EDAD				
Heroína (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,6	0,9	0,2	0,2	0,6	0,9	0,7	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,2	0	0,1	0,1	0,2	0,1	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0	0

Mayor prevalencia





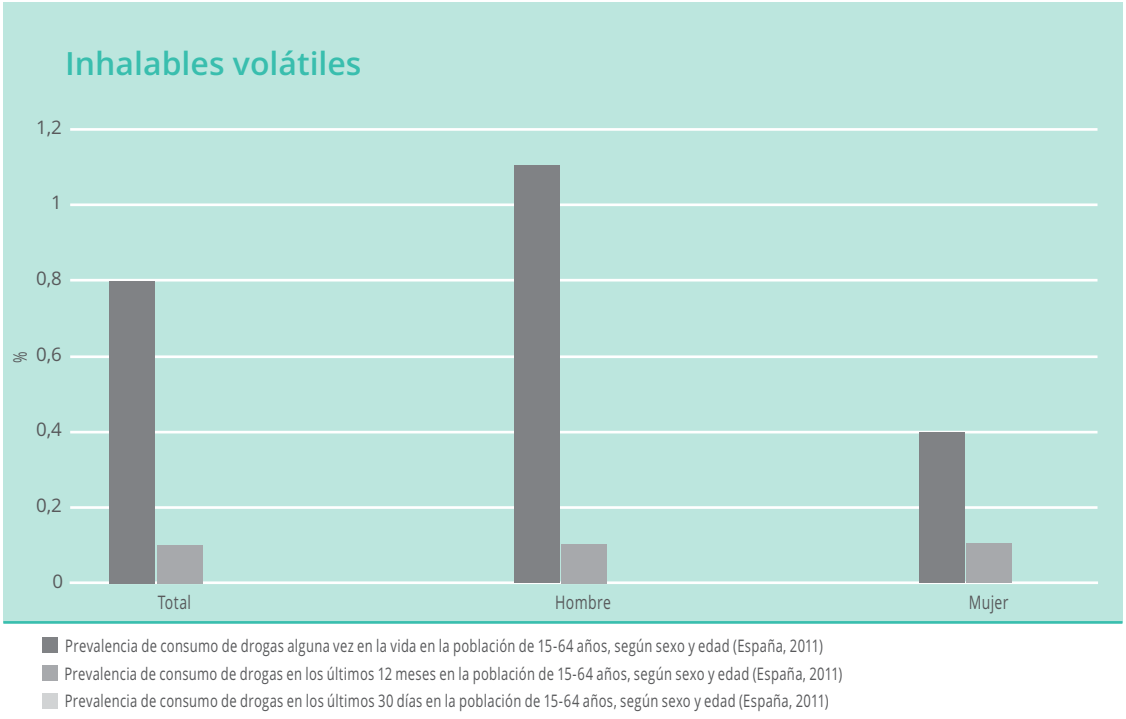
Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa que no hay cambios con respecto a las encuestas anteriores:

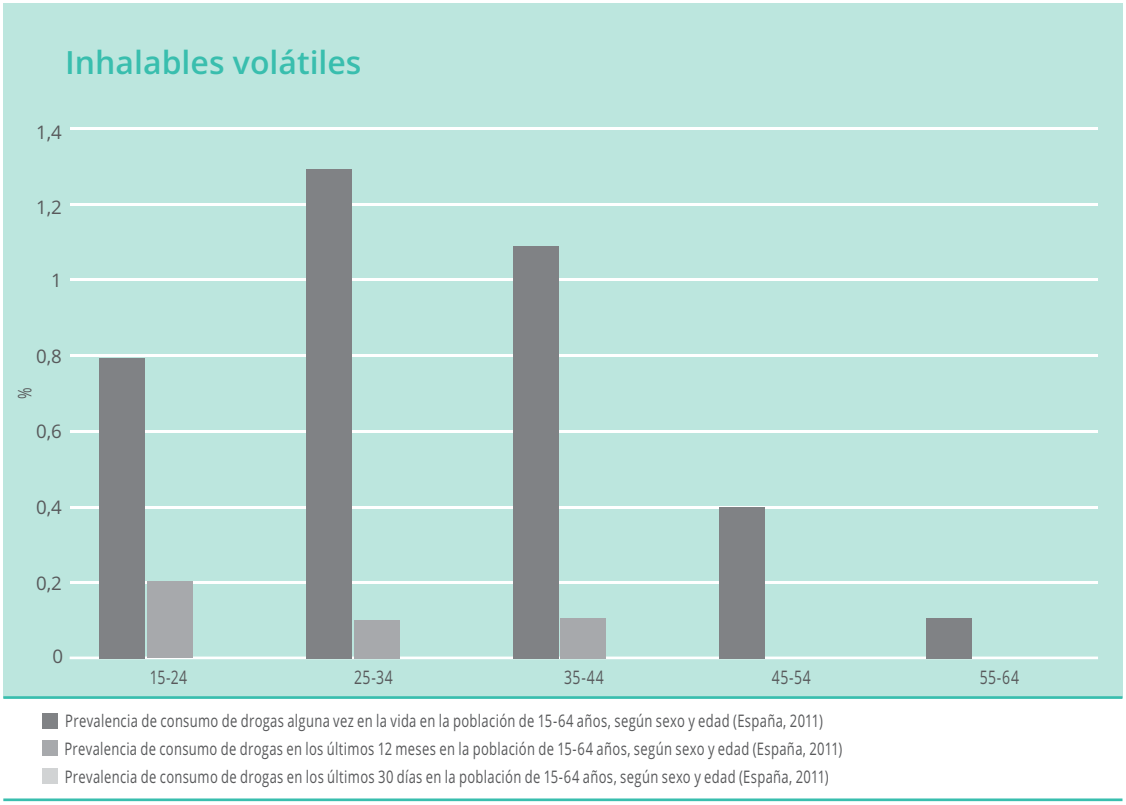


INHALABLES VOLÁTILES

		GÉNERO		EDAD				
Inhalables volátiles (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,8	1,1	0,4	0,8	1,3	1,1	0,4	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0	0	0	0	0	0	0	0

Mayor prevalencia

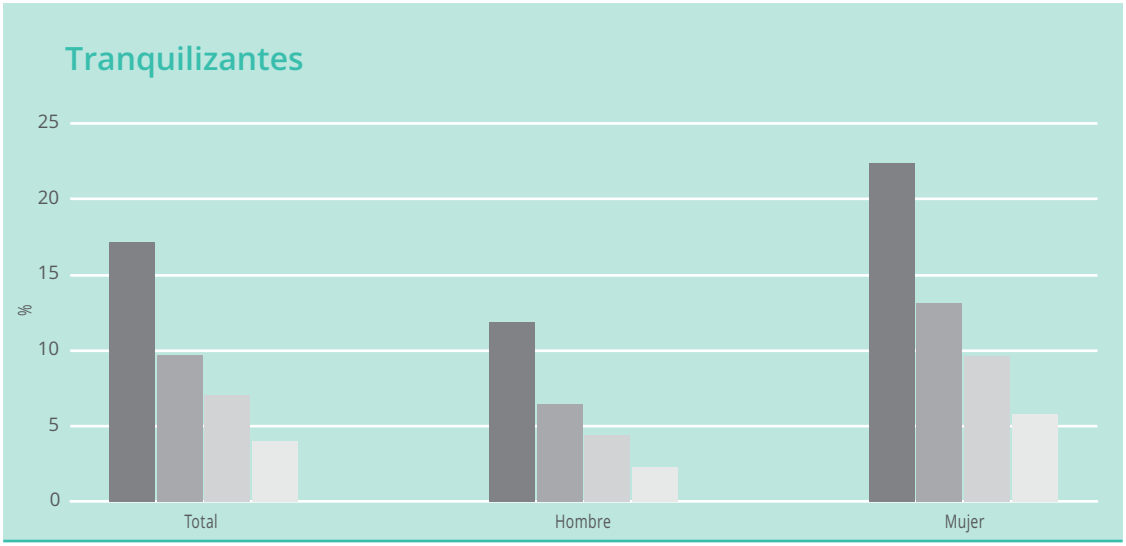




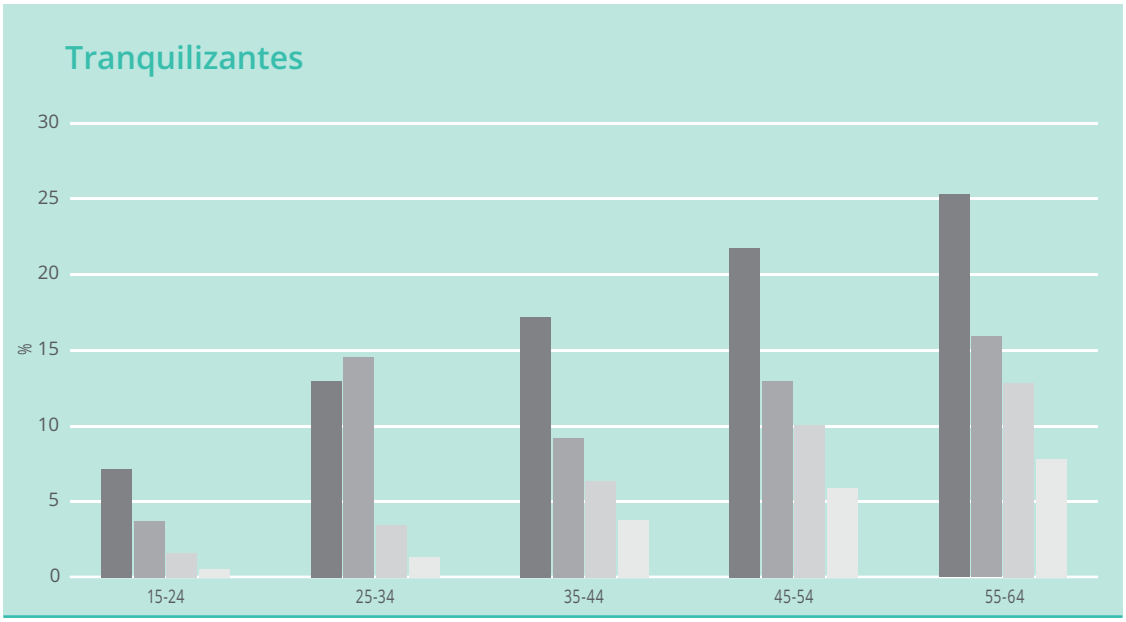
TRANQUILIZANTES (CON / SIN RECETA)

		GÉNERO		EDAD				
Tranquilizantes (con o sin receta) (%)	**Total**	**Hombre**	**Mujer**	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	17,1	11,9	22,3	7,2	13	17,2	21,8	25,3
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	9,8	6,4	13,2	3,9	6,6	9,3	13,1	15,9
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	6,9	4,4	9,6	1,8	3,5	6,5	10,1	12,9
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	4	2,2	5,8	0,7	1,5	3,8	6	7,9

Mayor prevalencia



Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)

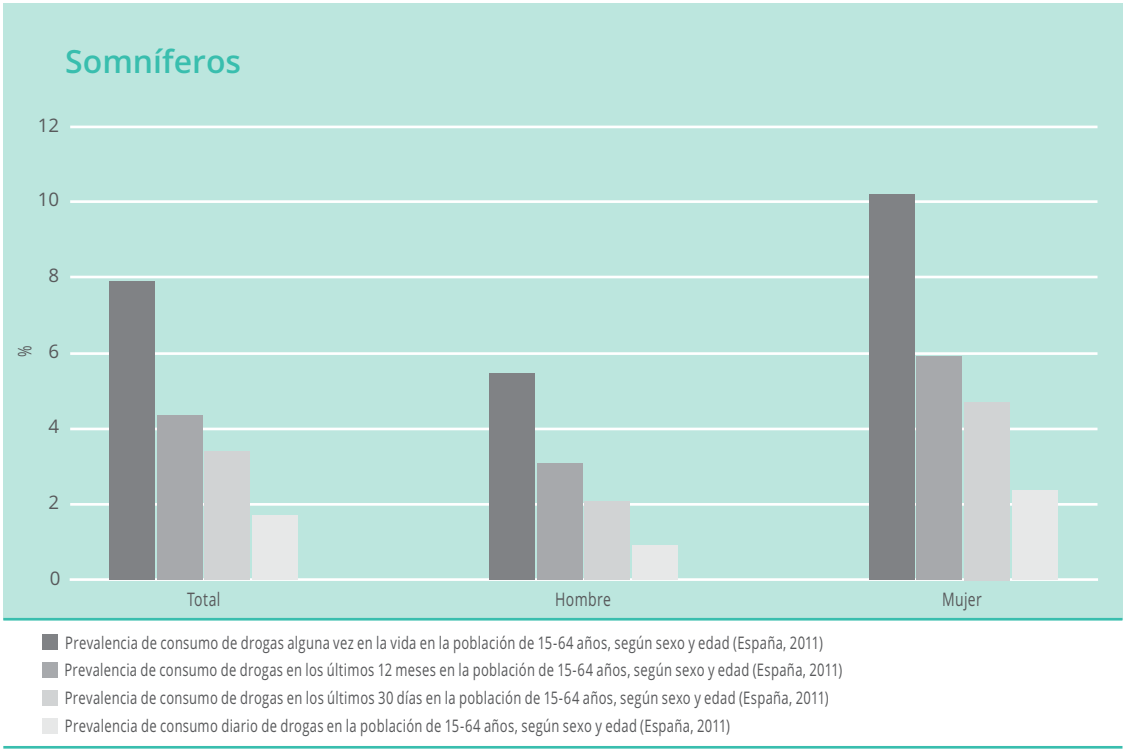


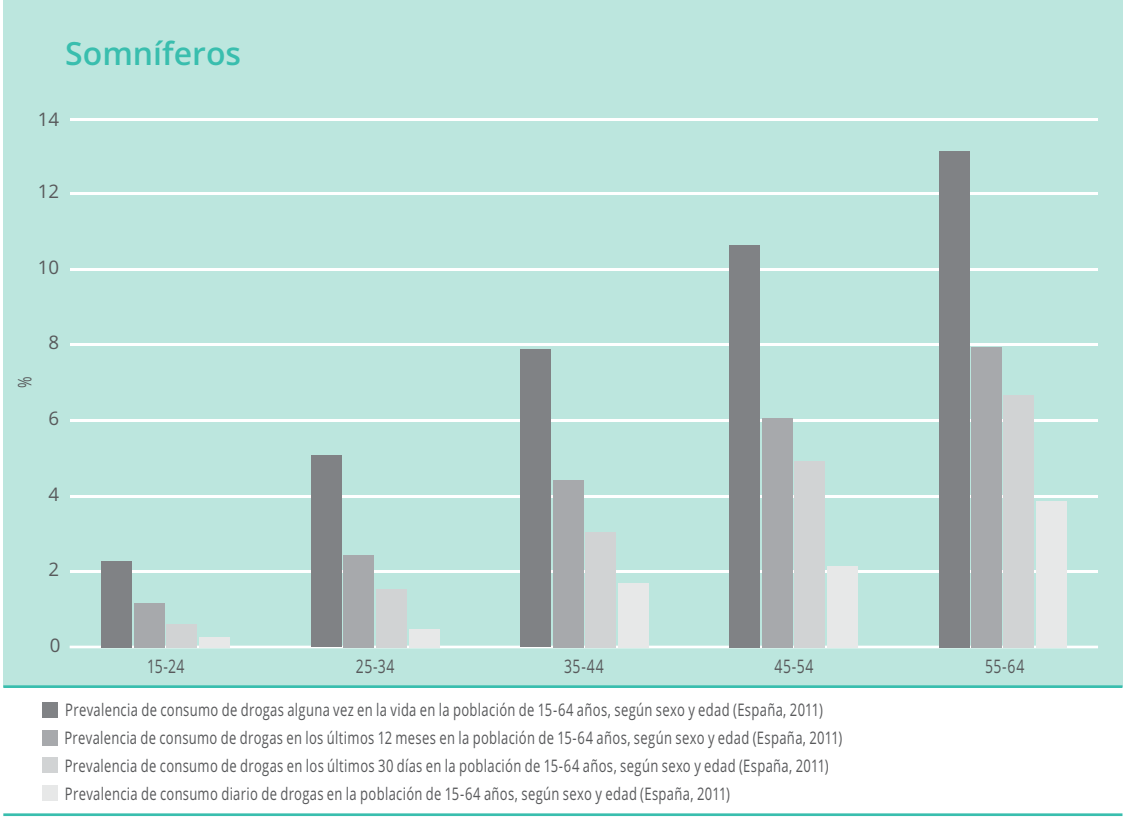
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)

SOMNÍFEROS (CON / SIN RECETA)

		GÉNERO		EDAD				
Somníferos[6] (con o sin receta) (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	7,9	5,5	10,2	2,3	5,1	7,9	10,7	13,2
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	4,4	3,1	5,9	1,2	2,5	4,4	6,1	8
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	3,4	2,1	4,7	0,7	1,6	3,1	5	6,7
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	1,7	0,9	2,4	0,3	0,5	1,7	2,2	3,9

Mayor prevalencia

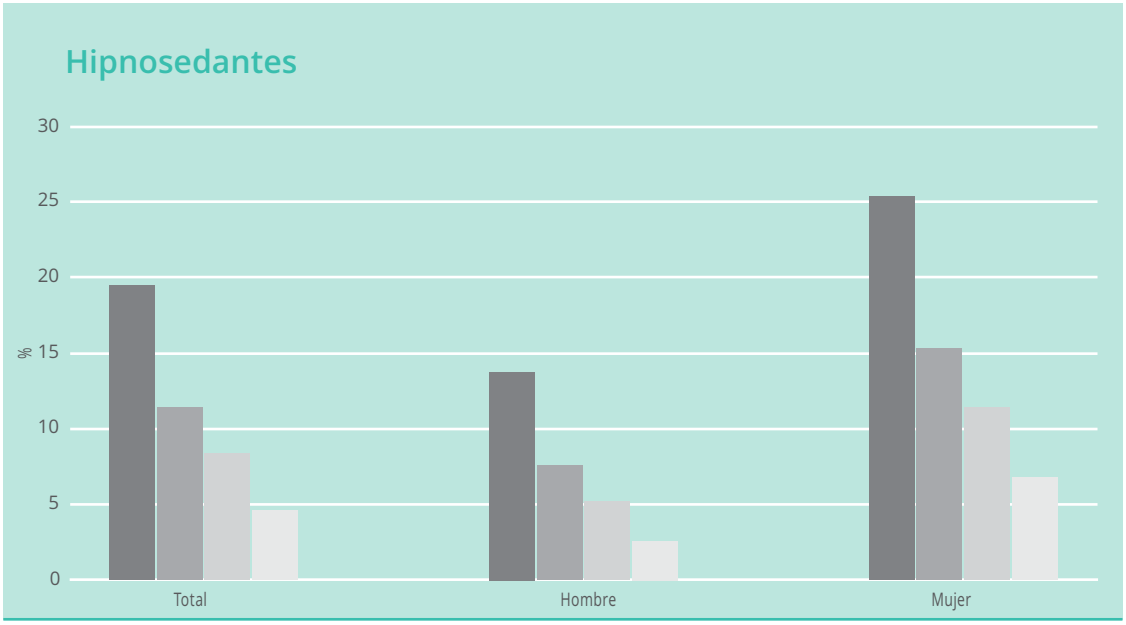




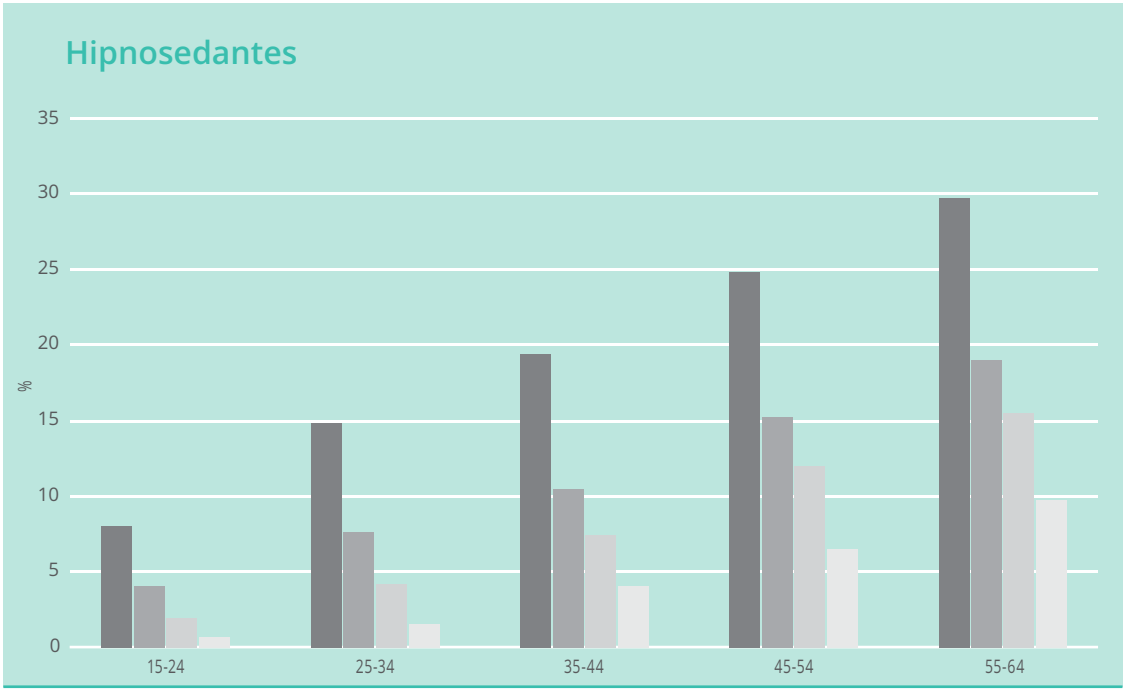
HIPNOSEDANTES (CON / SIN RECETA)

		GÉNERO		EDAD				
Hipnosedantes (con o sin receta) (%)	**Total**	**Hombre**	**Mujer**	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	19,5	13,7	25,4	8	14,8	19,3	24,9	29,8
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	11,4	7,6	15,3	4,2	7,7	10,5	15,3	19,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	8,3	5,2	11,4	2	4,3	7,5	12	15,7
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	4,6	2,5	6,7	0,8	1,7	4,2	6,6	9,7

Mayor prevalencia

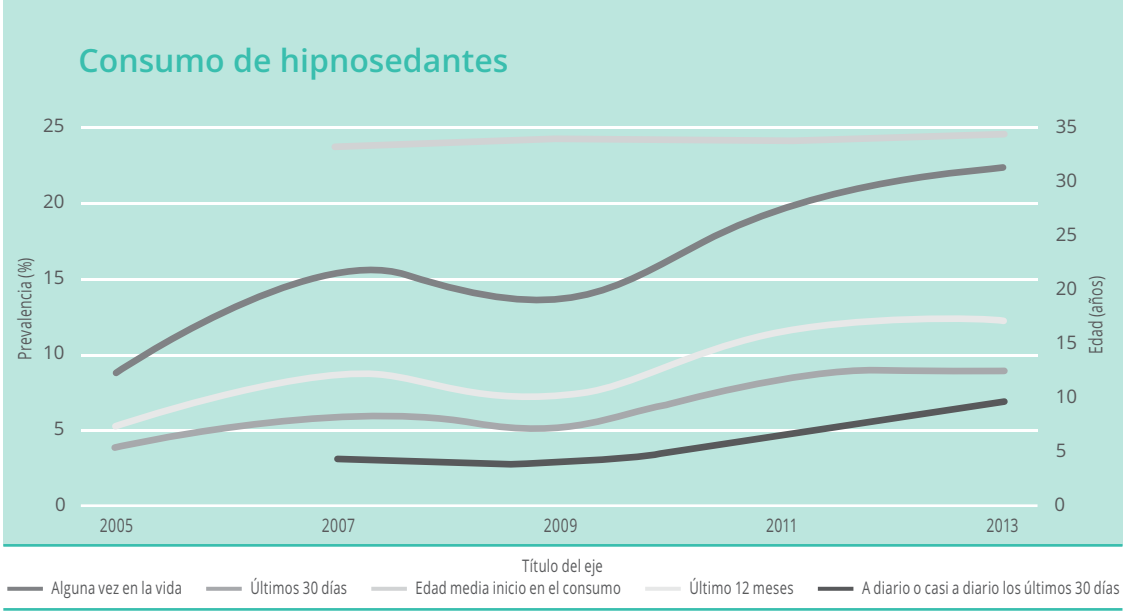


Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)



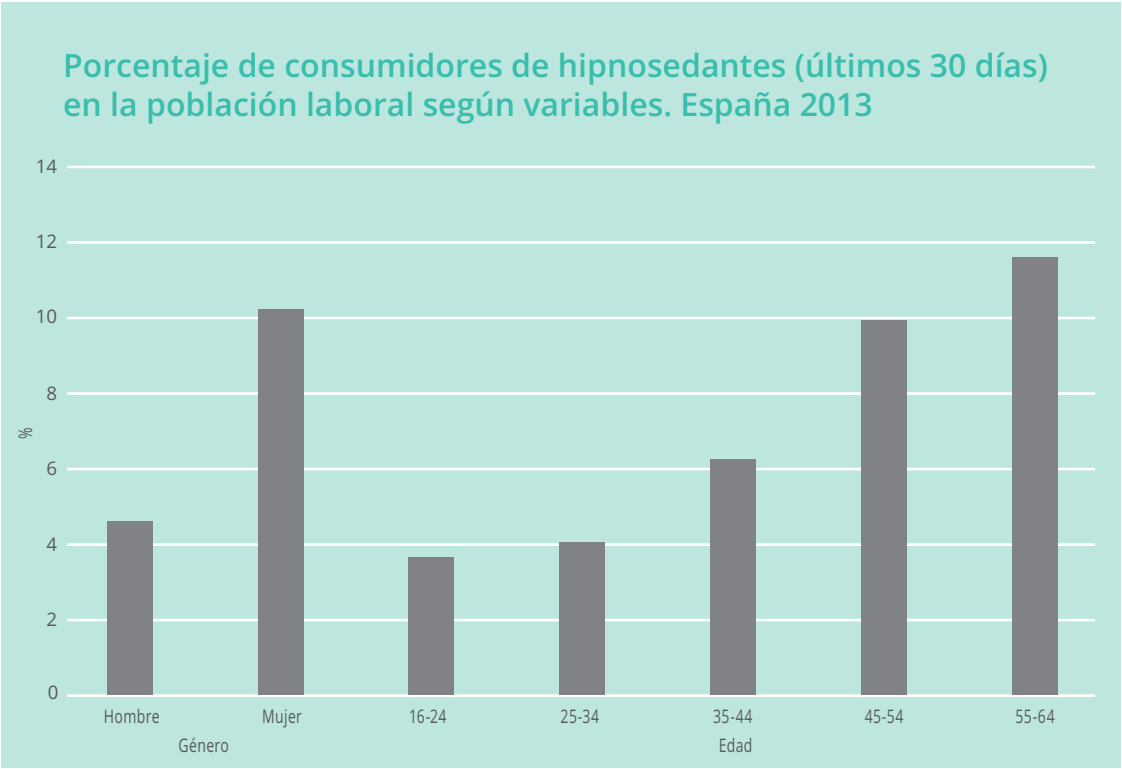
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)

Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa una tendencia creciente desde el año 2005:



ÁMBITO LABORAL:

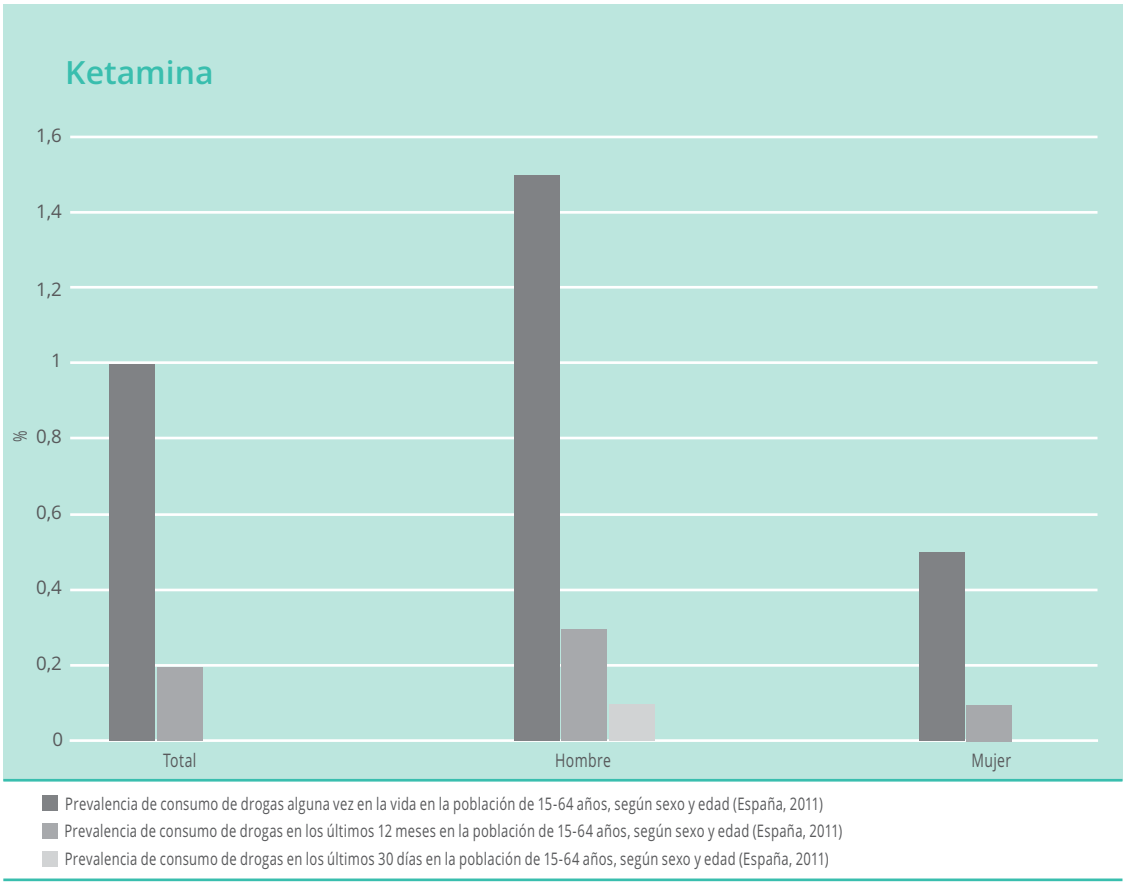
Según la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, se observa que las prevalencias de consumo alcanzan valores más elevados entre las mujeres mayores de 45 años.

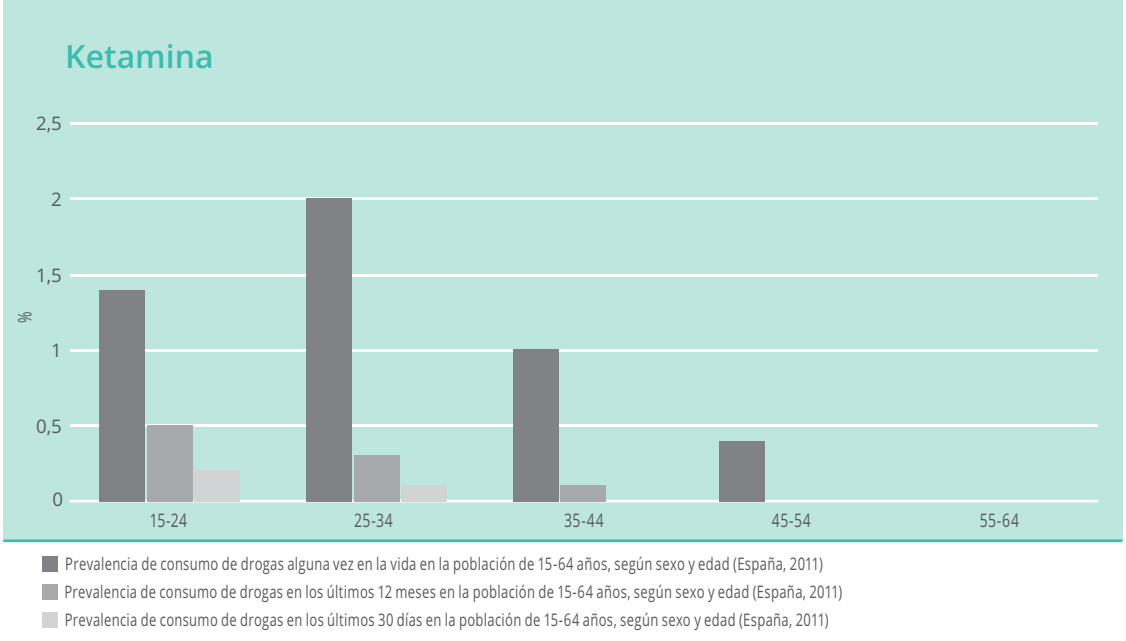


KETAMINA

		GÉNERO		EDAD				
Ketamina (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	1	1,5	0,5	1,4	2	1	0,4	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,2	0,3	0,1	0,5	0,3	0,1	0	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0	0,1	0	0,2	0,1	0	0	0

Mayor prevalencia

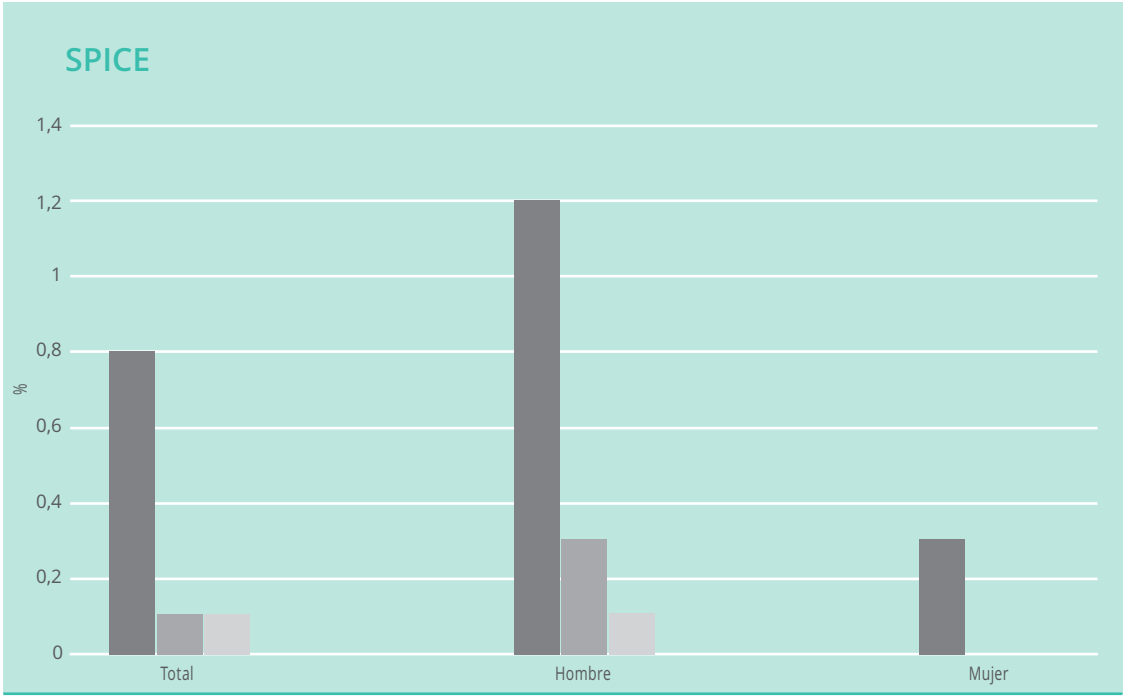




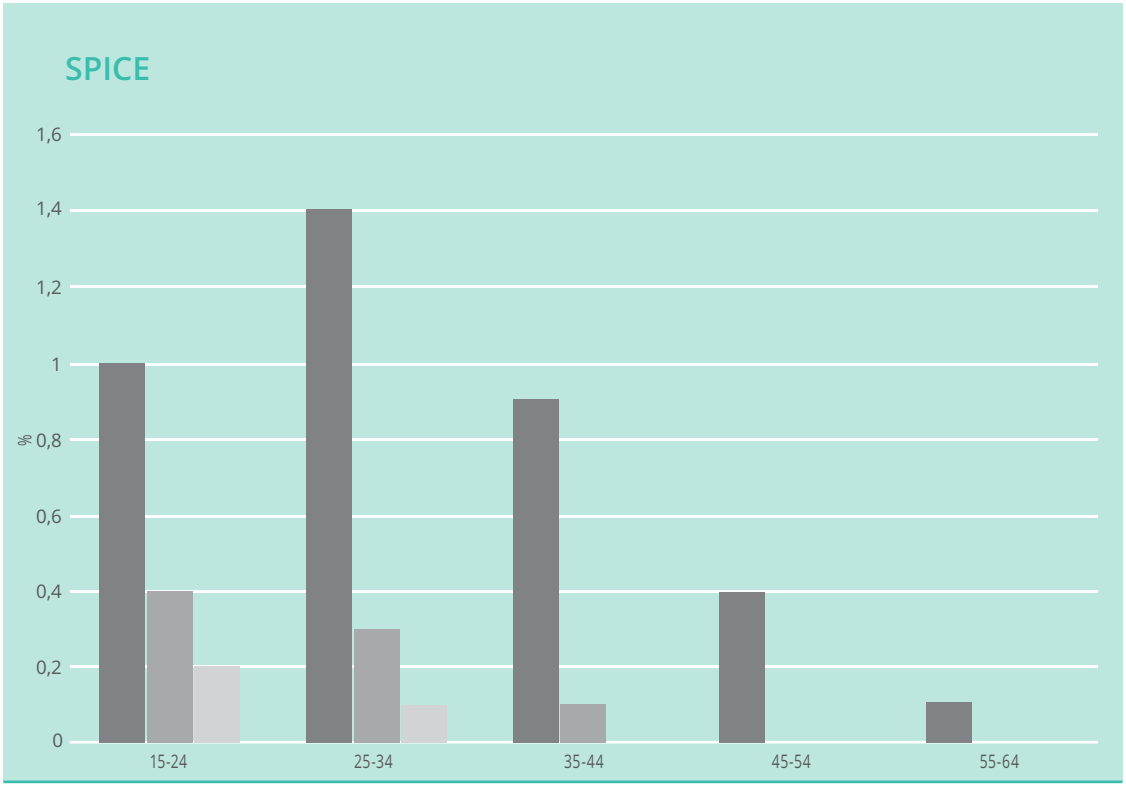
SPICE

		GÉNERO		EDAD				
SPICE (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,8	1,2	0,3	1	1,4	0,9	0,4	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,3	0	0,4	0,3	0,1	0	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,1	0	0,2	0,1	0	0	0

Mayor prevalencia



Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)

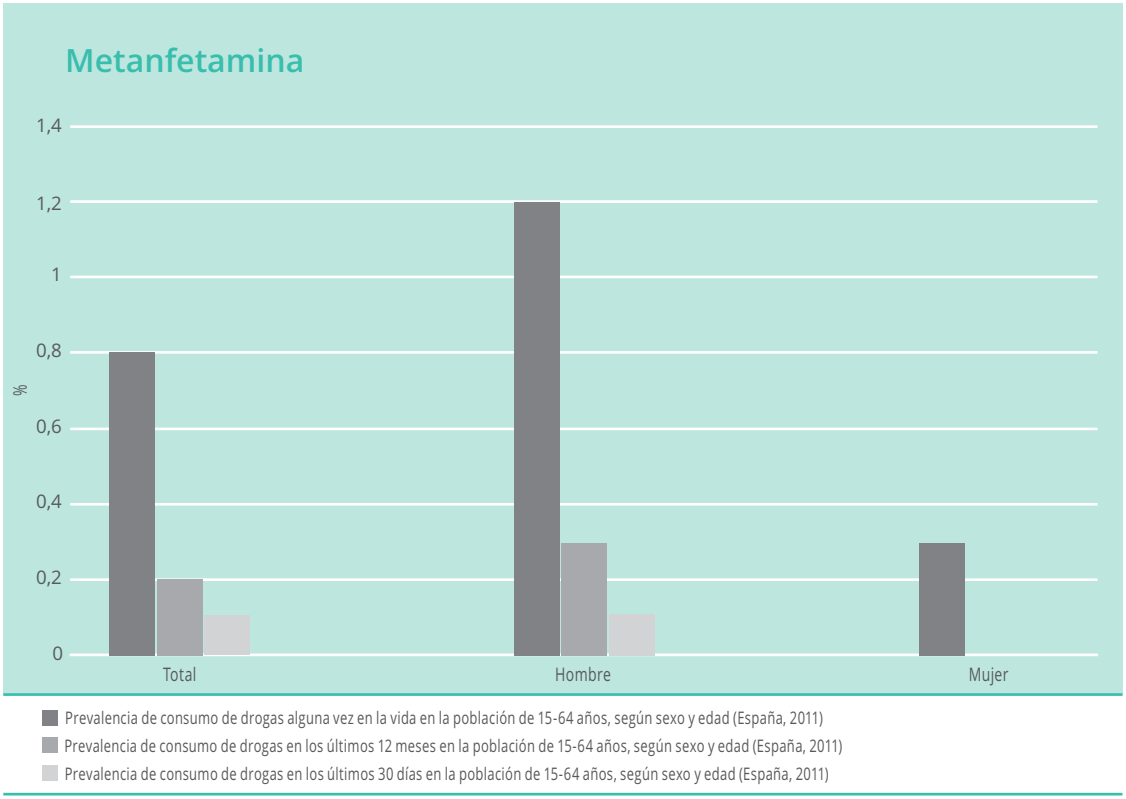


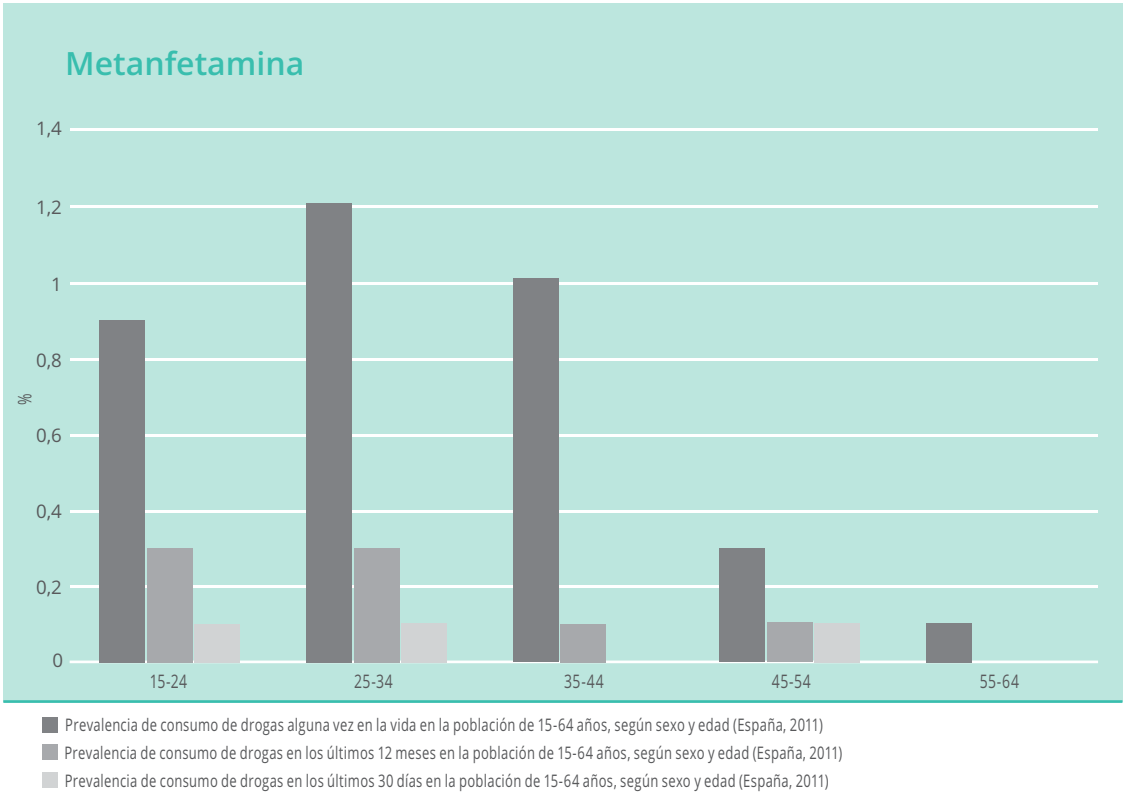
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)

METANFETAMINA

		GÉNERO		EDAD				
Metanfetamina (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,8	1,2	0,3	0,9	1,2	1	0,3	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,2	0,3	0	0,3	0,3	0,1	0,1	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0	0,1	0

Mayor prevalencia

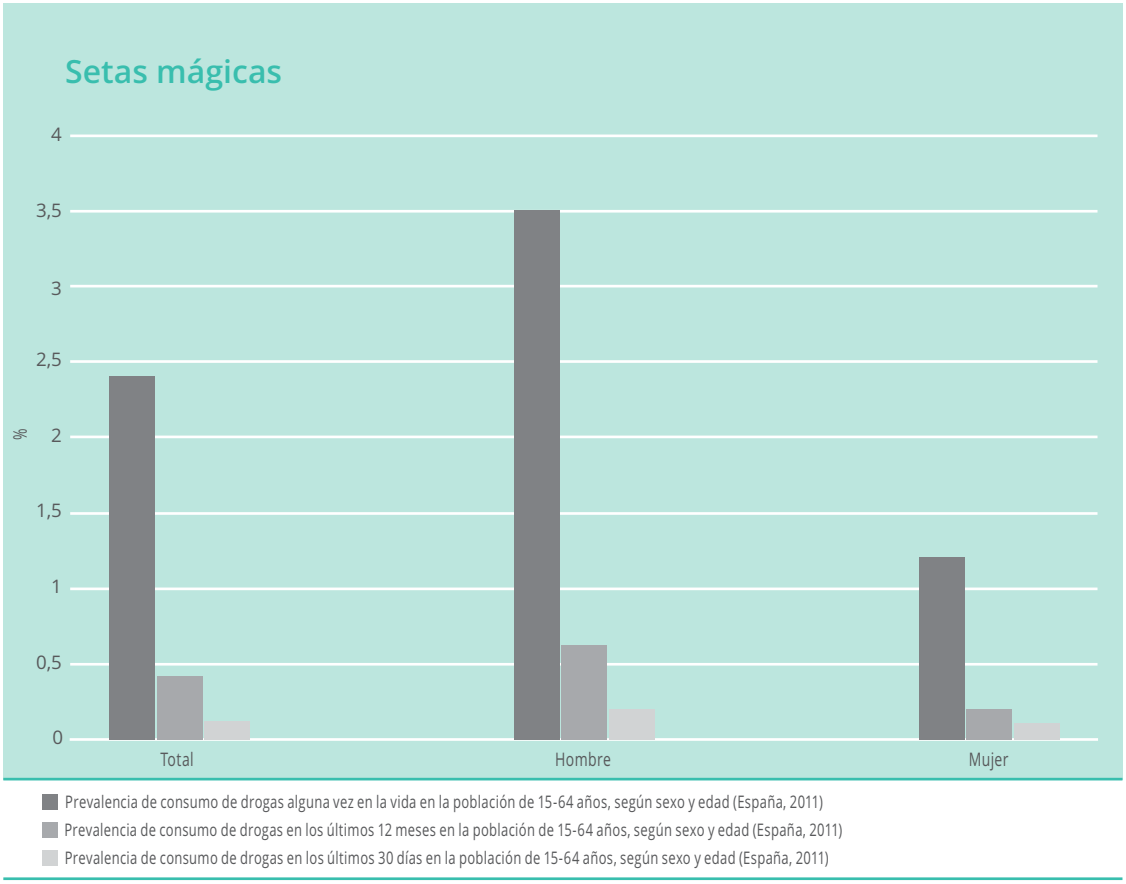


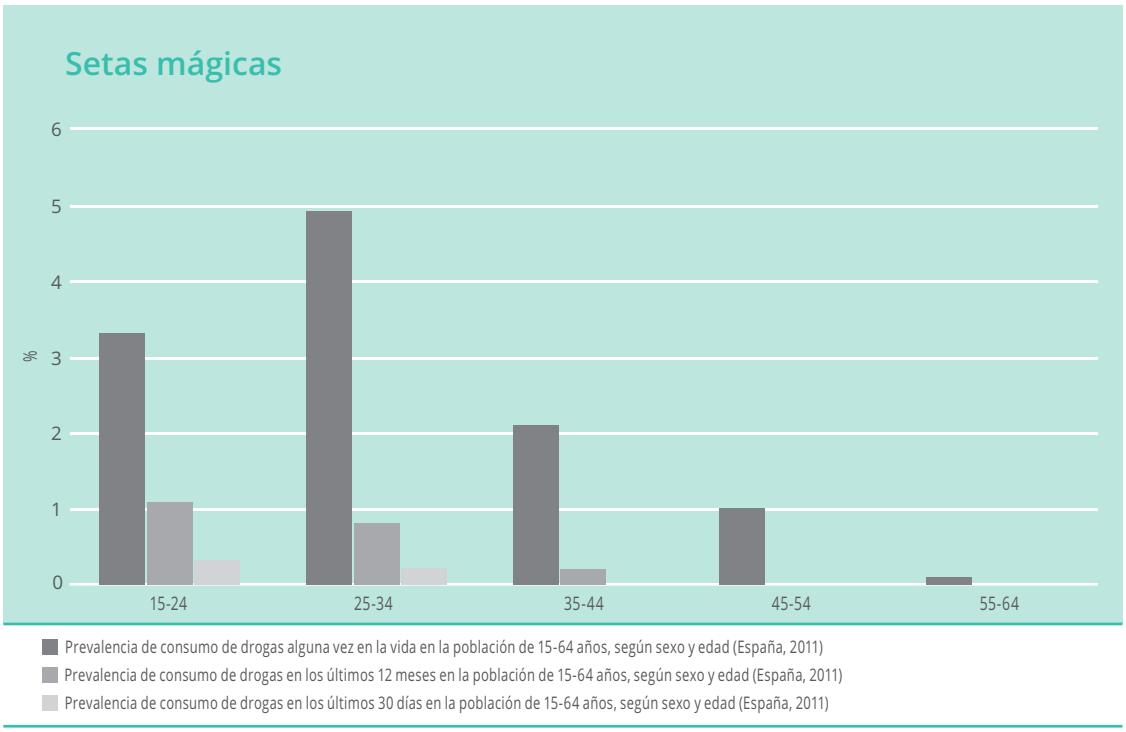


SETAS MÁGICAS

		GÉNERO		EDAD				
Setas mágicas (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	2,4	3,5	1,2	3,3	4,9	2,1	1	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,4	0,6	0,2	1,1	0,8	0,2	0	0
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	0	0	0

Mayor prevalencia

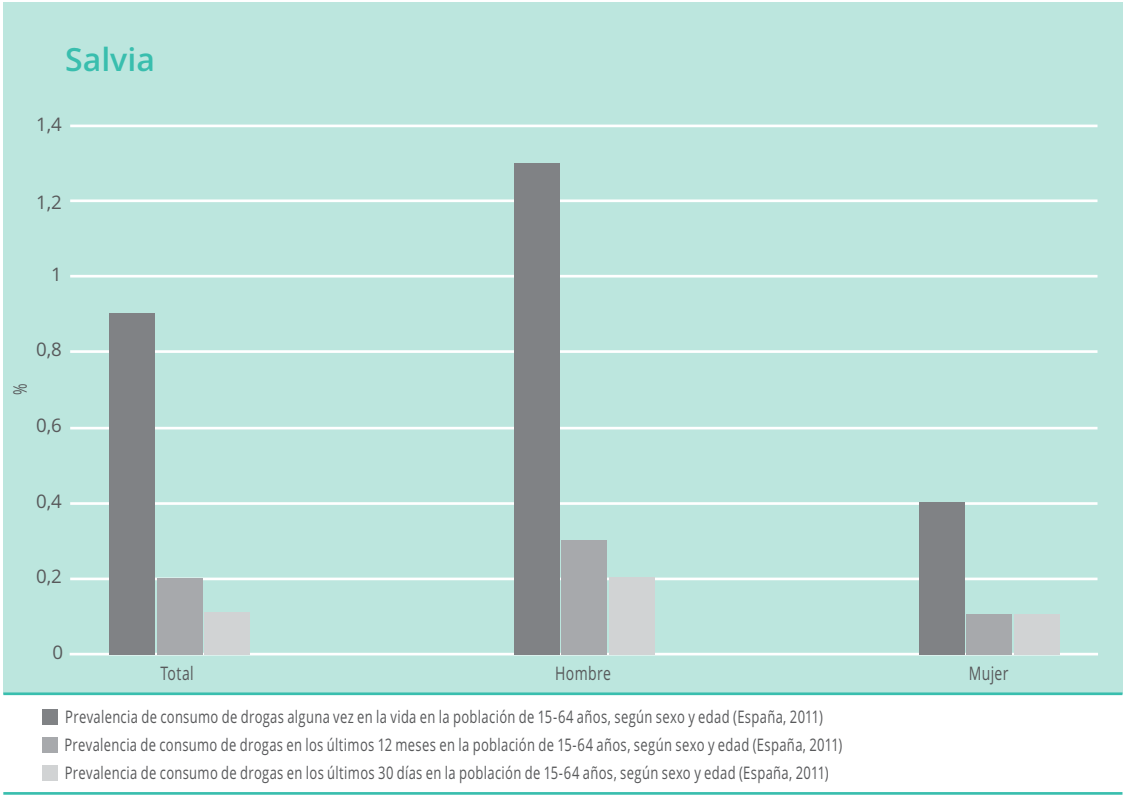

Setas mágicas
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
%
Total
Hombre
Mujer
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)

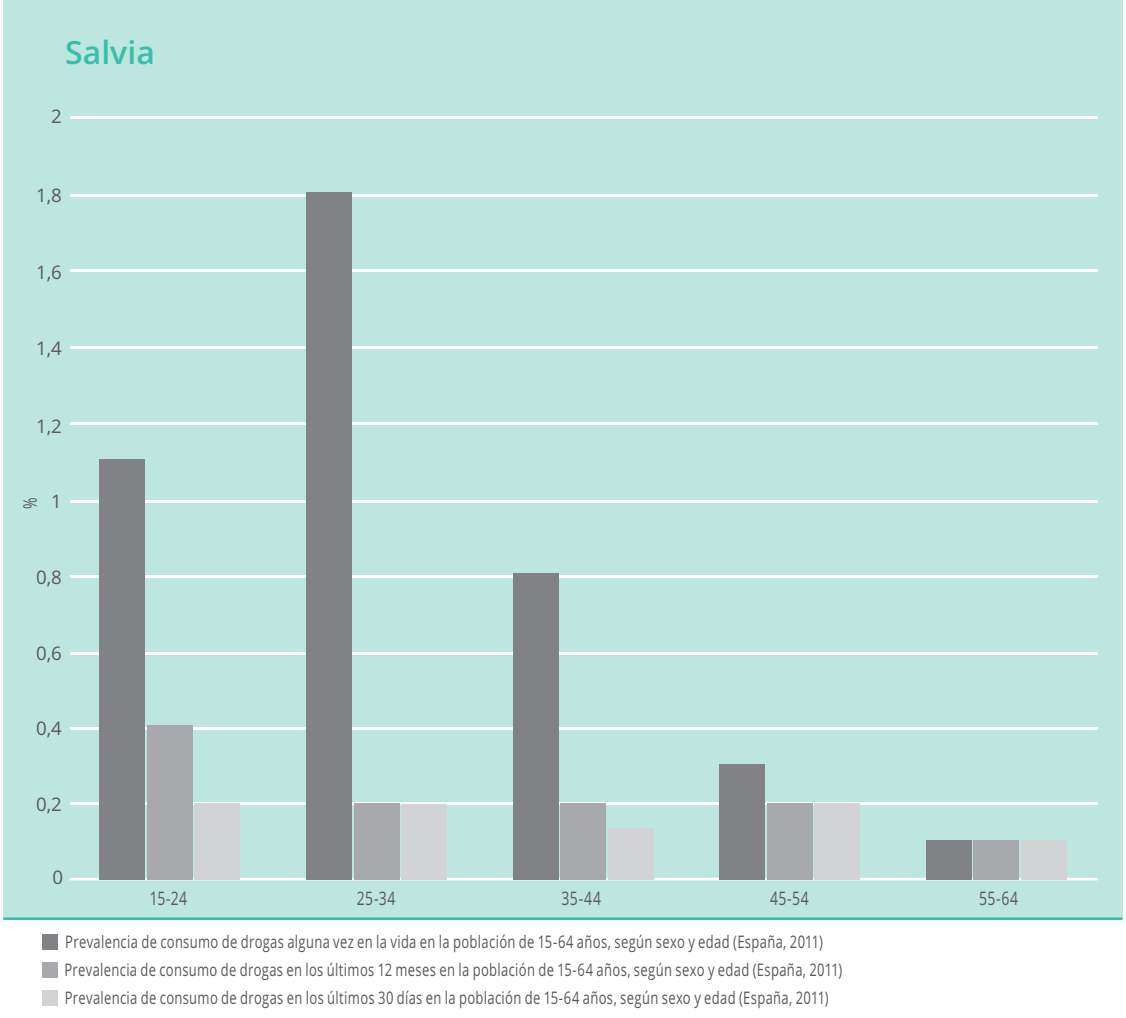

Setas mágicas
6
5
4
3
2
1
0
%
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)

SALVIA

		GÉNERO		EDAD				
Salvia (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,9	1,3	0,4	1,1	1,8	0,8	0,3	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,2	0,3	0,1	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1

Mayor prevalencia

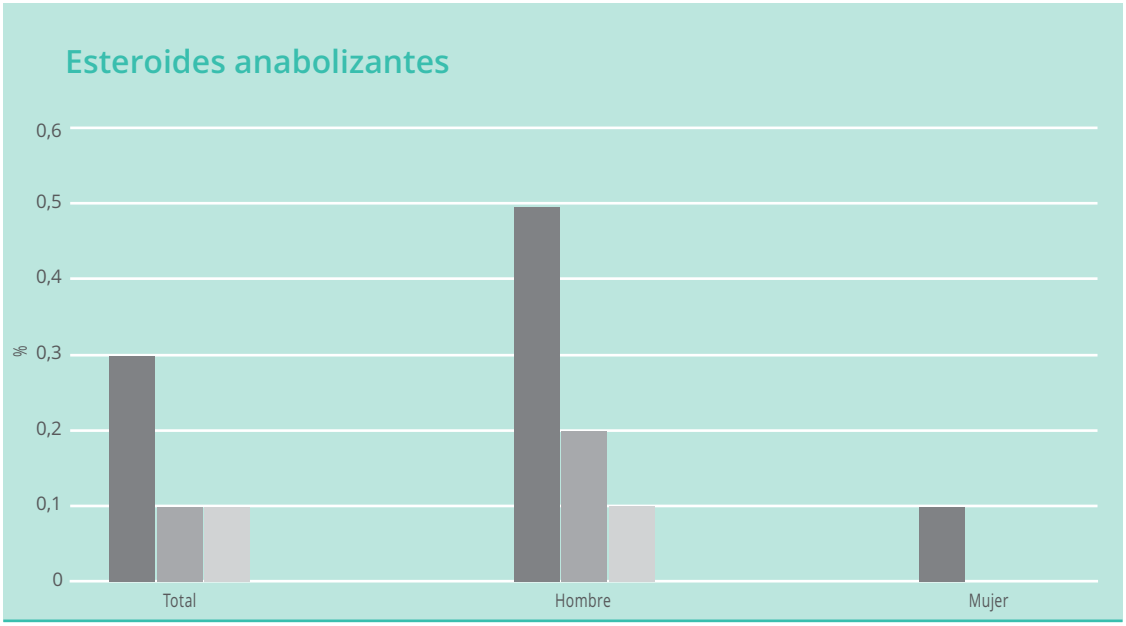


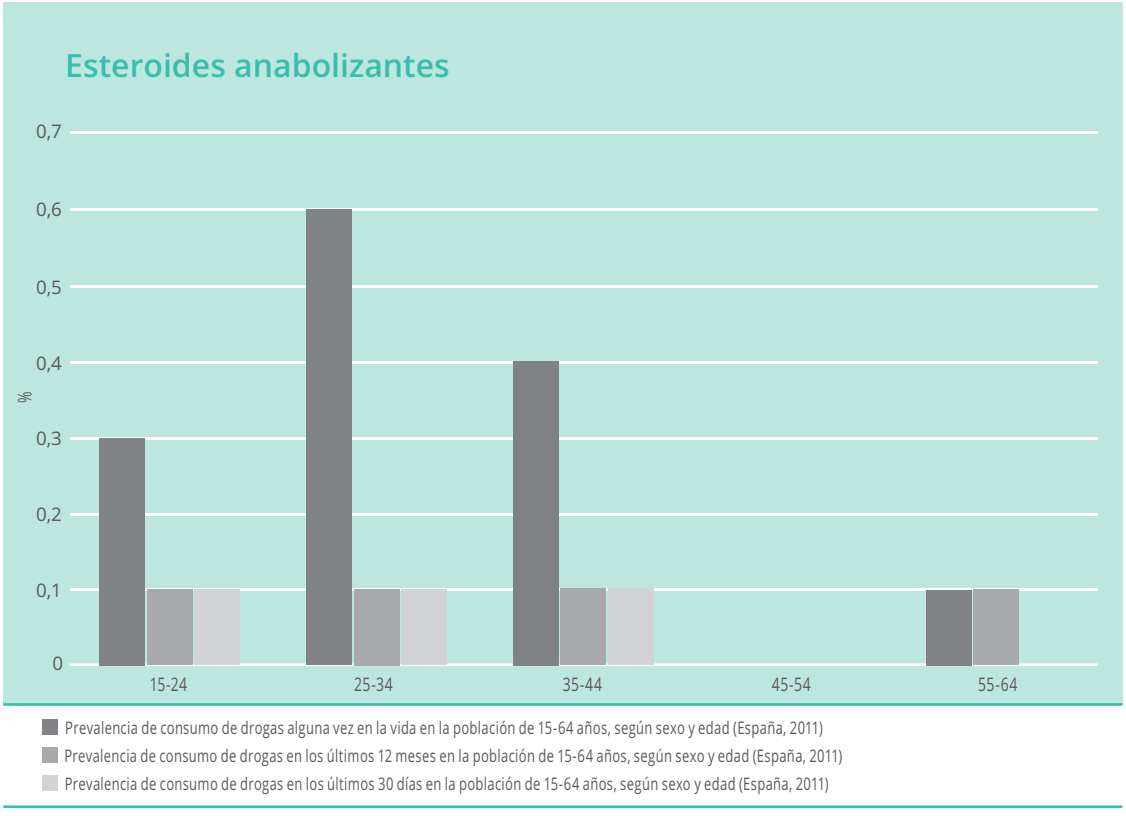


ESTEROIDES ANABOLIZANTES

		GÉNERO		EDAD				
Esteroides anabolizantes (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,3	0,5	0,1	0,3	0,6	0,4	0	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,2	0	0,1	0,1	0,1	0	0,1
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0	0

Mayor prevalencia



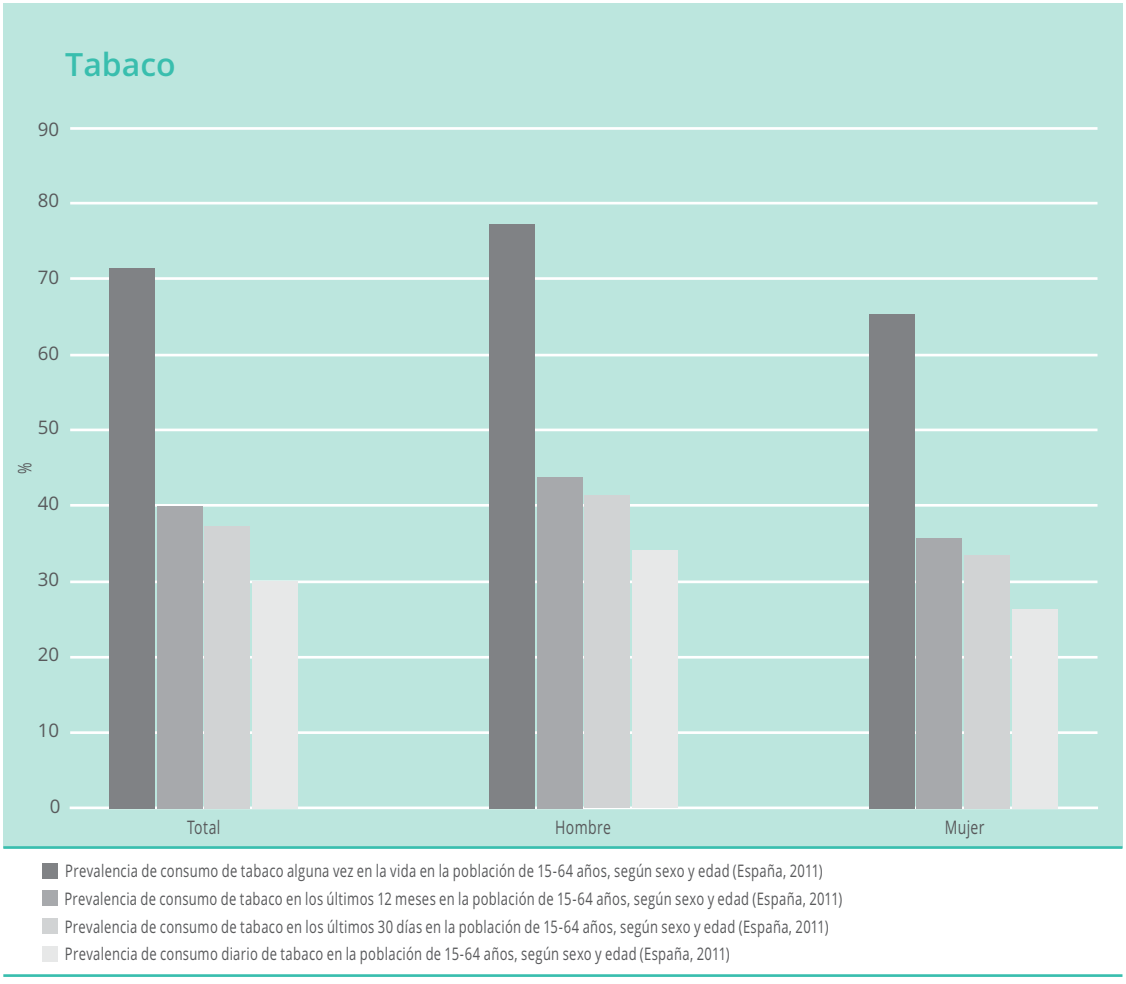


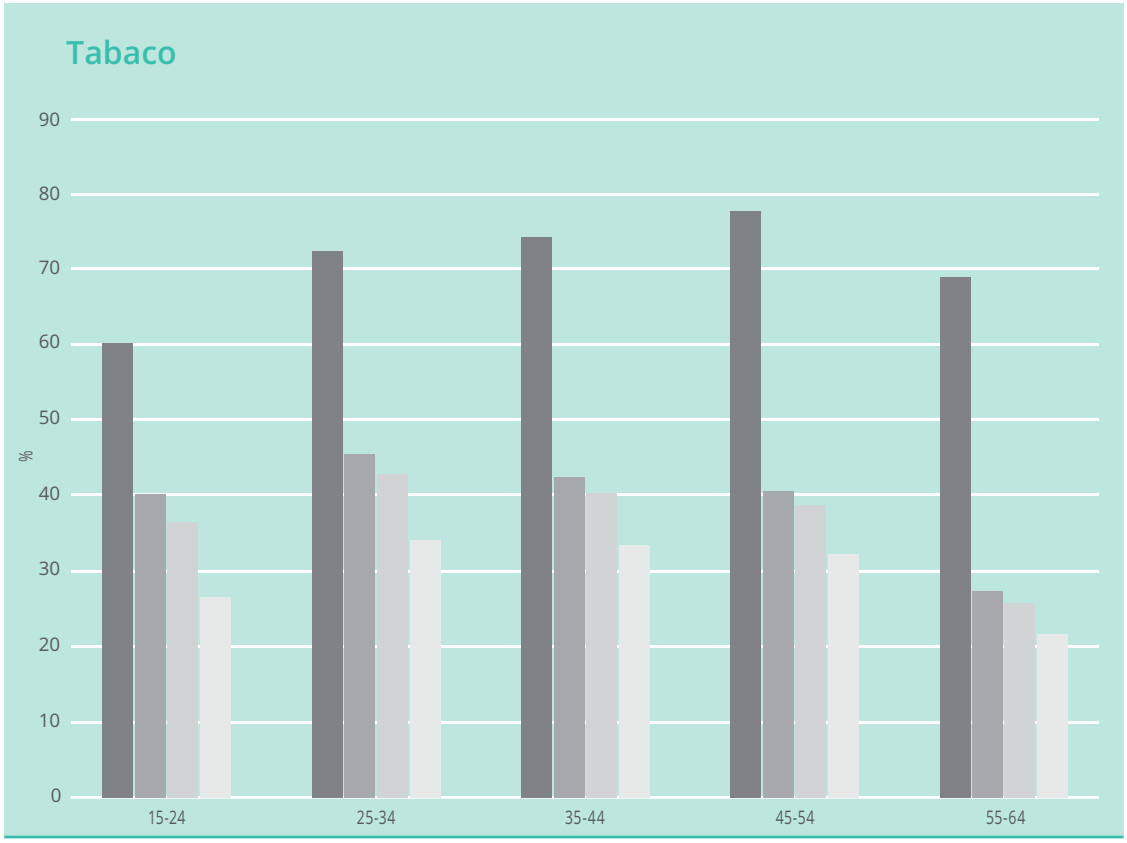
TABACO

Según las encuestas de 2011, los hombres muestran un porcentaje de consumo mayor que las mujeres (prevalencia): 44,2% hombres y 36,0% mujeres. La proporción de hombres que consumen tabaco con respecto a las mujeres es de 1,23 hombres por cada mujer.

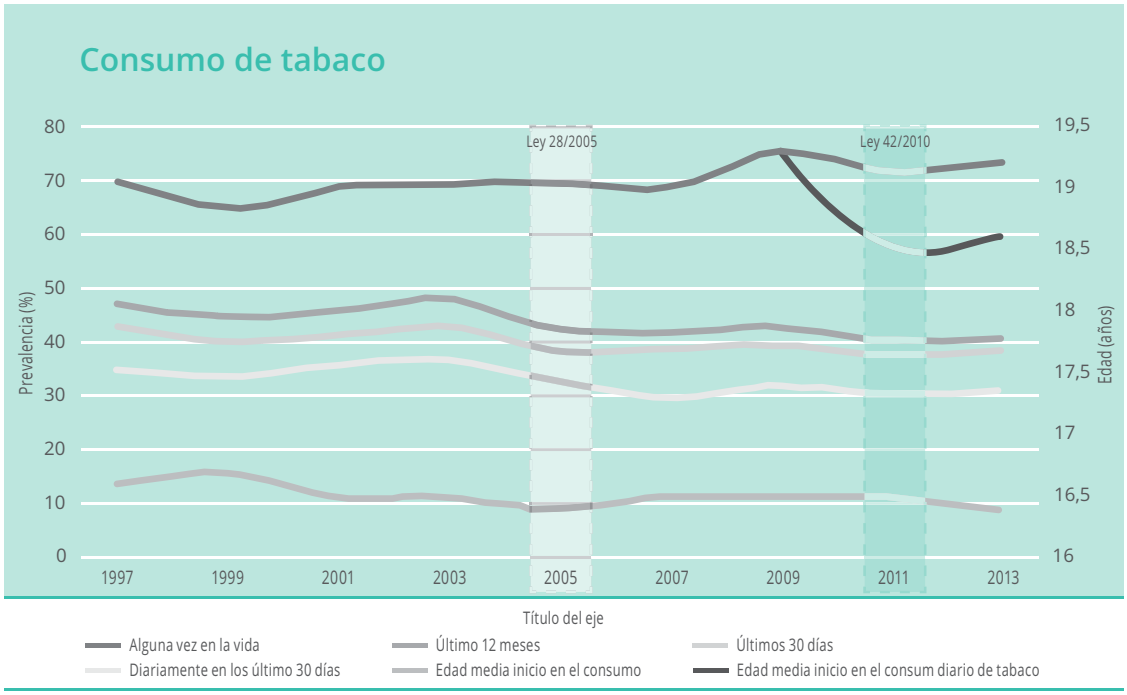
		GÉNERO		EDAD				
Tabaco (%)	**Total**	**Hombre**	**Mujer**	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**
Prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	71,7	**77,6**	65,7	60,6	**72,5**	**74,4**	**78**	69,3
Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	40,2	**44,2**	36	40,6	**45,9**	**42,7**	40,9	27,7
Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	37,6	**41,4**	33,7	36,5	**42,9**	**40,5**	38,9	25,9
Prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	30,4	**34,1**	26,7	26,8	**34,2**	**33,7**	**32,3**	21,9

Mayor prevalencia





Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa que existe una tendencia estable de la prevalencia de consumo diario de tabaco en todos los rangos de edad y en ambos sexos:

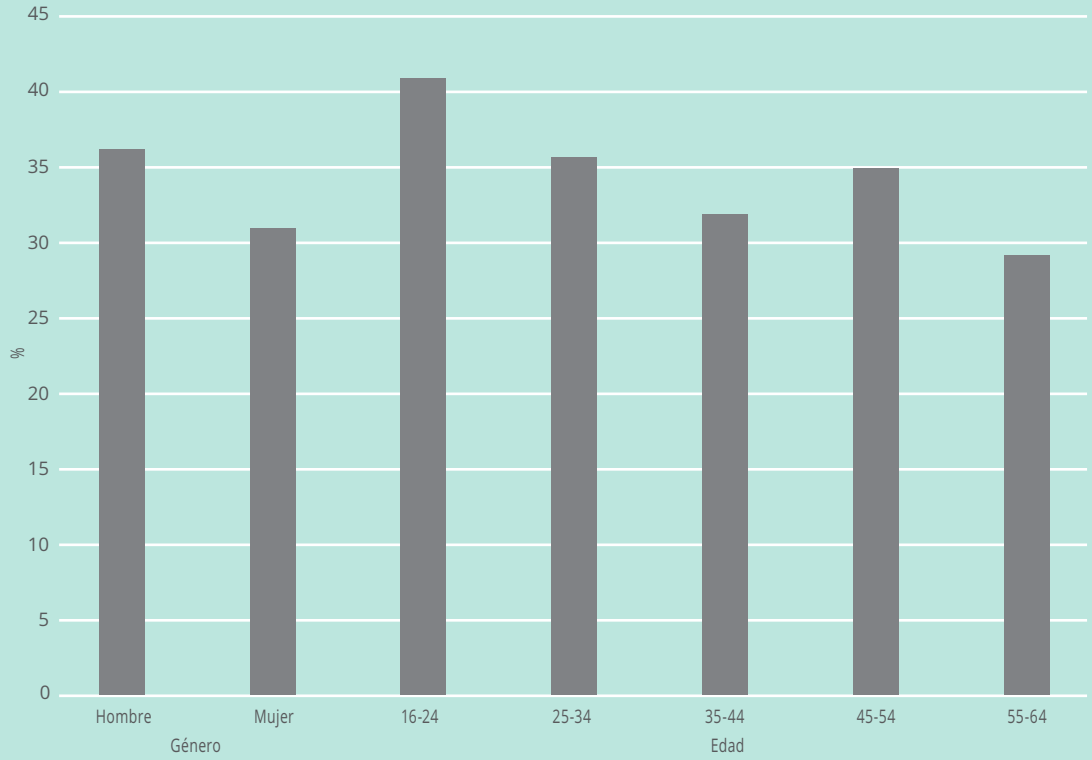


Nota Ley 28/2005: entra en vigor el 1/01/2006. / Nota Ley 42/2010: entra en vigor el 2/01/2011.

ÁMBITO LABORAL:

Según la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, se observa que las prevalencias de consumo de tabaco alcanzan valores más elevados entre los hombres y las personas más jóvenes.

Porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en la población laboral según variables. España 2013

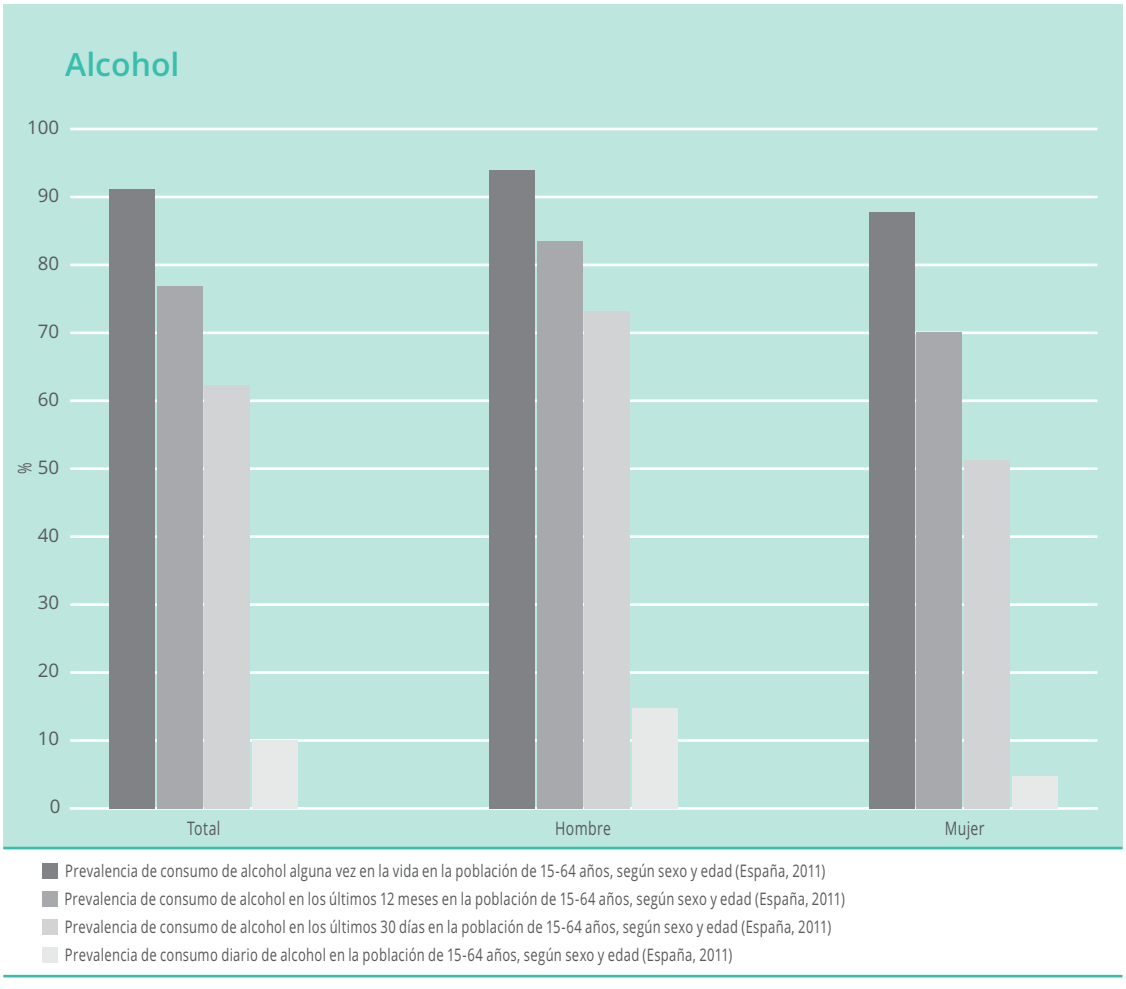


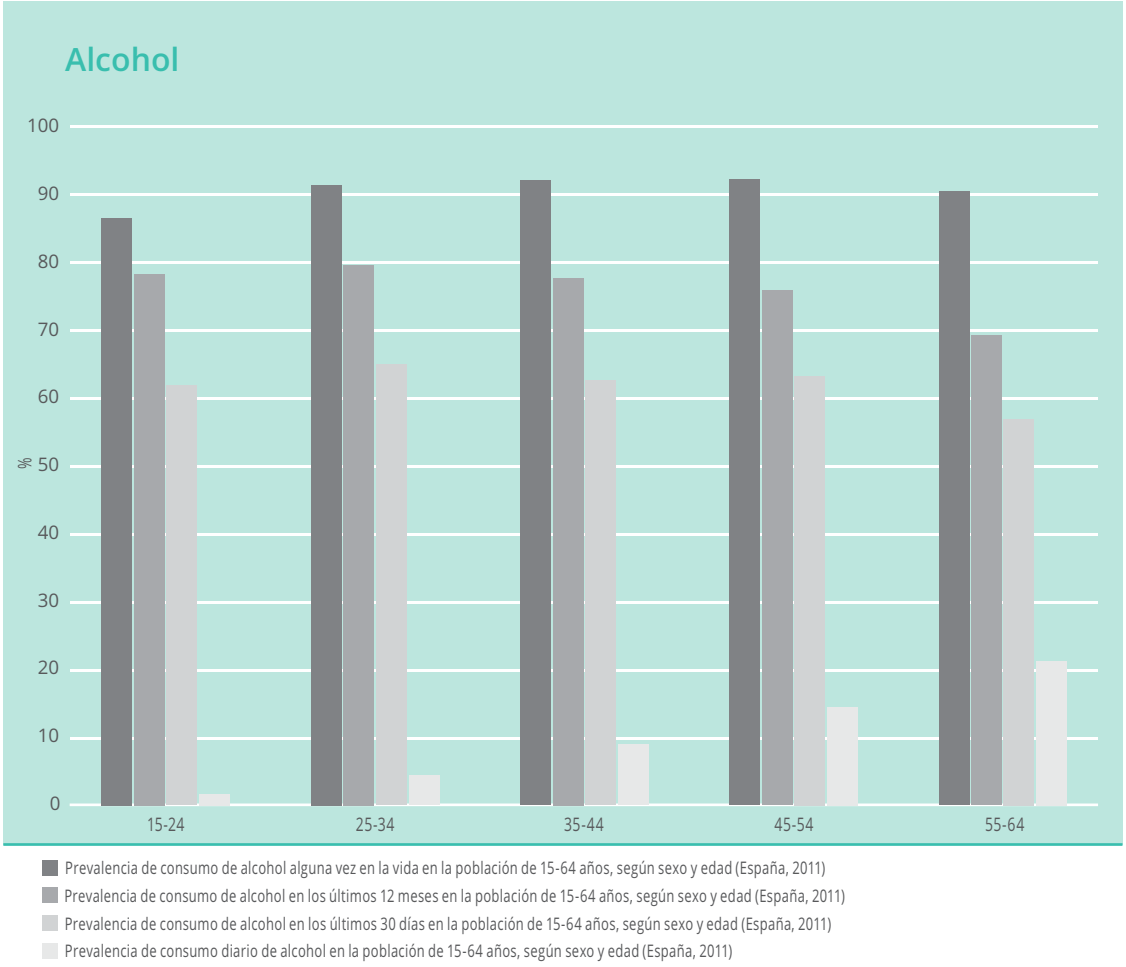
ALCOHOL

Según las encuestas de 2011, los hombres muestran una prevalencia de consumo (en los últimos 12 meses) mayor que las mujeres, siendo un 83,3% para los hombres y 69,9% para las mujeres. Esta diferencia aumenta si los valores a comparar son de los últimos 30 días: 73,2% para los hombres y 51,2% para las mujeres.

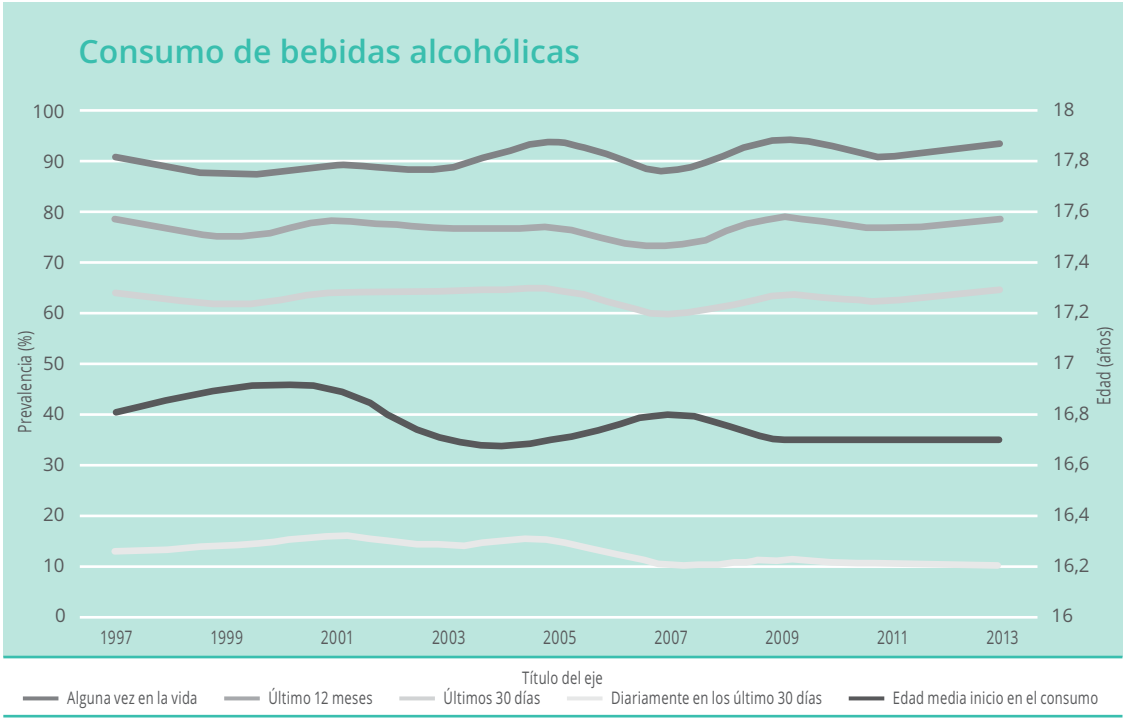
		GÉNERO		EDAD				
Alcohol (%)	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	90,9	94	87,7	86,3	91,5	92	92,5	90,6
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	76,6	83,2	69,9	78,5	79,5	78	76,5	69,3
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	62,3	73,2	51,2	61,9	64,9	63,1	63,6	56,9
Prevalencia de consumo diario de alcohol en la población de 15-64 años, según sexo y edad (España, 2011)	10,2	15,3	5	1,6	4,8	9,2	14,4	21,6

Mayor prevalencia





Si revisamos la encuesta publicada en el año 2015, se observa que durante los últimos 10 años existe una tendencia estable, pero a niveles elevados, de consumo de bebidas alcohólicas:



En la siguiente tabla se comparan los resultados de la encuesta publicada en 2015 con los correspondientes al año 2009:

Consumo de riesgo y posible dependencia. Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 3 de marzo de 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el PNSD.

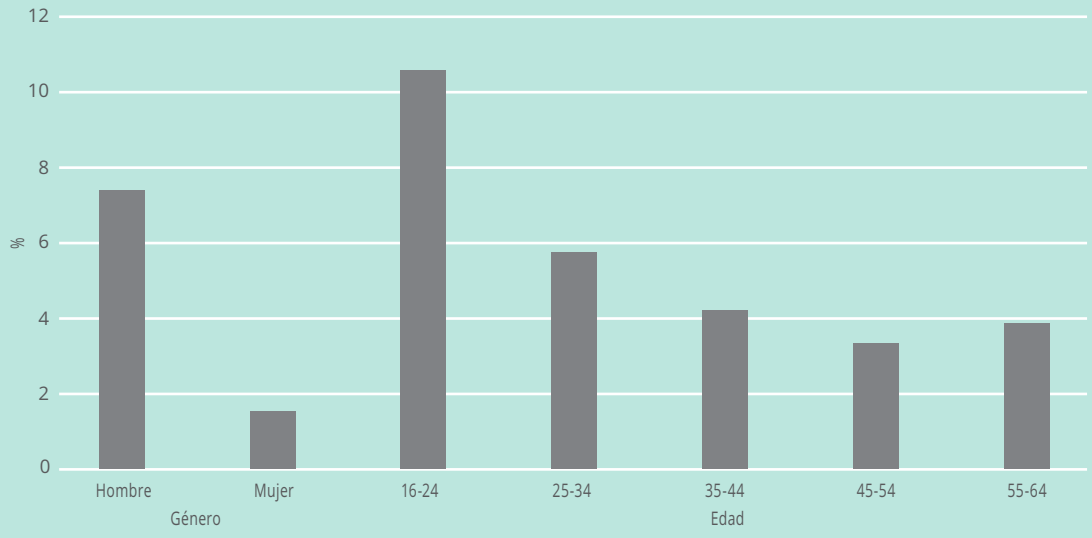
AUDIT	2009 (población general)	2013/2014 (población general)
Consumo de riesgo de alcohol	4,6	4,5
Posible dependencia de alcohol	0,2	0,4

NOTA: para el cálculo del consumo de riesgos de alcohol en 2009 y 2011 se empleó la cantidad de consumo de alcohol y no AUDIT.

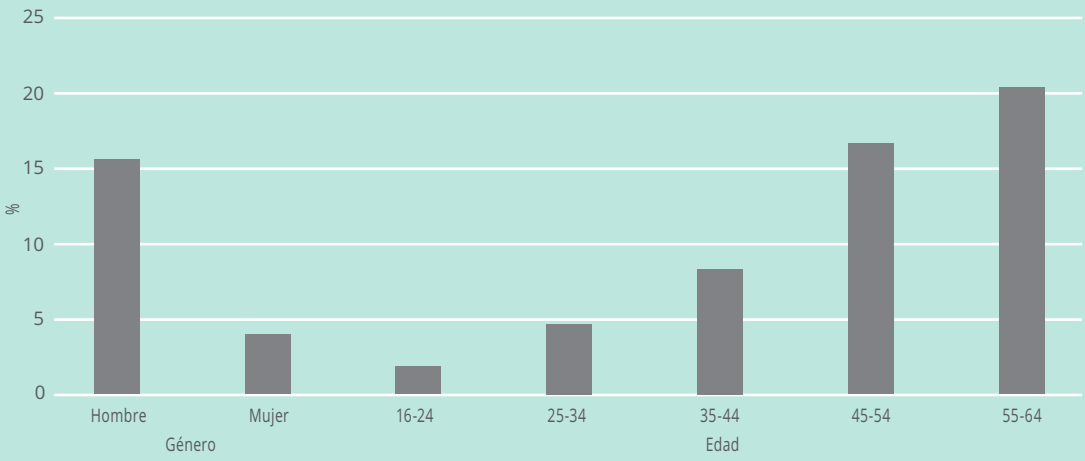
ÁMBITO LABORAL:

Según la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, se observa que las prevalencias de consumo alcanzan valores más elevados entre los hombres más jóvenes (menores de 25 años). Las diferencias en el porcentaje de consumo según sexo y edad son significativas.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT≥ 8) en la población laboral según variables. España 2013



Porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas a diario (últimos 30 días) en la población laboral según variables. España 2013



CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

Según el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo del INSHT, «*las ocupaciones que favorecen el consumo de drogas*» son:

- Profesiones con un régimen irregular de horarios (personal sanitario, pilotos, azafatas, etc.).
- Profesiones especialmente desagradables o mal consideradas socialmente (poceros, empleados de los cementerios, etc.).
- Profesiones que mezclan el tedio cotidiano con momentos de gran tensión (Bomberos, policías, seguridad privada, etc.).
- Profesiones que implican una intensa vida social (relaciones públicas, ventas).
- Profesiones en relación directa con el consumo de alcohol (empleados de hostelería).

Encontramos también bibliografía acerca de las profesiones con fácil acceso a este tipo de sustancias:

- Hostelería (personal de discotecas, salas de fiesta y lugares de ocio, etc.).
- Profesiones sanitarias (anestesistas y consumo de opiáceos, consumo de psicofármacos en personal de enfermería y urgencias, etc.).
- Centros veterinarios.
- Personal de Centros Penitenciarios.

Además, las características del puesto de trabajo o las condiciones de trabajo pueden convertirse en factores de riesgo:

- Personal que viaja:
  - Viajes a zonas remotas.
  - Viajes frecuentes.
  - Expatriados: influencia derivada de los hábitos culturales del país de destino
- Trabajos poco creativos, monótonos y repetitivos.
- Condiciones climatológicas adversas.
- Aislamiento.
- Actividades de alta peligrosidad.
- Ritmos de trabajo demasiado intensos.
- Disponibilidad de la sustancia por proximidad.
- Trabajo nocturno o a turnos (turnos rotativos).
- Jornadas de larga duración con escaso tiempo de descanso.
- Excesivo tiempo muerto.
- Estrés en el trabajo y carga de trabajo (sobrecarga o tareas insuficientes).
- Escasas posibilidades para la promoción profesional.
- Presencia de consumidores en el mismo centro de trabajo.
- Presión de los compañeros de trabajo.
- Tolerancia en el centro hacia el consumo de ciertas drogas: política permisiva.
- Cultura del puesto de trabajo o profesión.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que las consecuencias del consumo de drogas pueden ser de diferente gravedad en función de la ocupación del consumidor. En este sentido, según la OIT (Organización Internacional del Trabajo), «*hay ciertas ocupaciones donde el consumo de drogas puede ser más problemático»:*

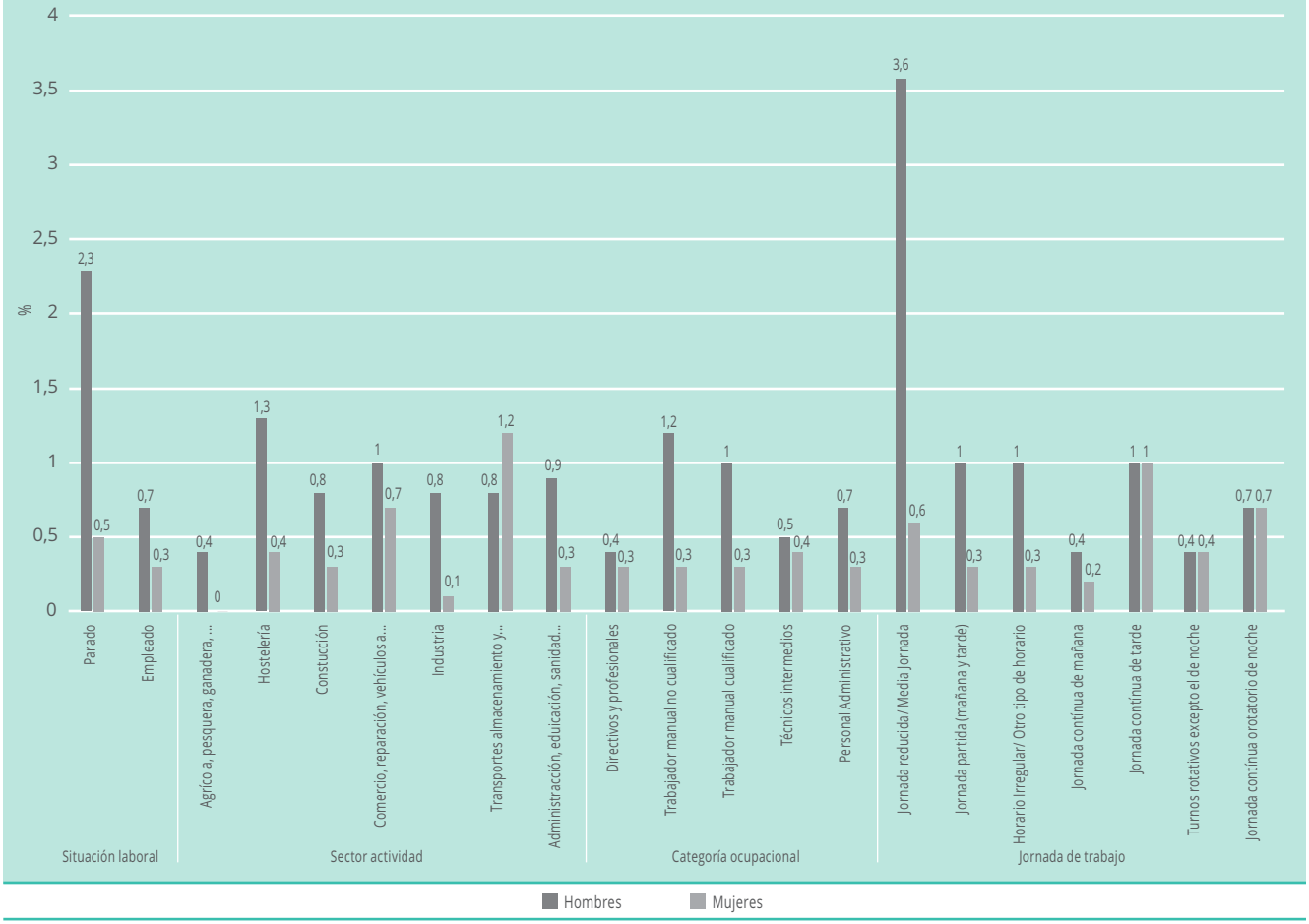
- Transporte por carretera, por avión, ferroviario y marítimo.
- Cuerpos y fuerzas de seguridad. Bomberos.
- Servicios de Salud.
- Industrias peligrosas (de investigación nuclear, química,)

ALUCINÓGENOS

En referencia a la población laboral, se dispone de la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de consumo de alucinógenos:

- Según variables laborales y por sexo:

Porcentaje de población laboral que ha consumido alucinógenos en los últimos 12 meses según las variables laborales y distribuido por sexo (España, 2008)



- Según las condiciones de trabajo:

Porcentaje de población laboral que ha consumido alucinógenos en los últimos 12 meses según las condiciones de trabajo (España, 2008)

Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses:

- General: el porcentaje de consumo de alucinógenos en todas las categorías incluidas es superior en hombres que en mujeres, excepto en el sector de actividad de «transportes, almacenamiento y comunicaciones».
- Situación laboral: para los hombres el porcentaje de población parada es muy superior al de población activa. Para las mujeres, el porcentaje de población parada es superior al de población activa.
- Sector de actividad: para los hombres el sector de mayor consumo es el de hostelería. Para las mujeres, el porcentaje de mayor consumo corresponde al sector de transportes, almacenamiento y comunicaciones.
- Categoría Ocupacional: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde trabajador manual no cualificado. Para las mujeres, corresponde a técnicos intermedios.
- Jornada de Trabajo: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a la jornada reducida o media jornada. Para las mujeres, corresponde a jornada continua de tarde.
- Satisfacción: es superior para los que no están satisfechos con su trabajo.

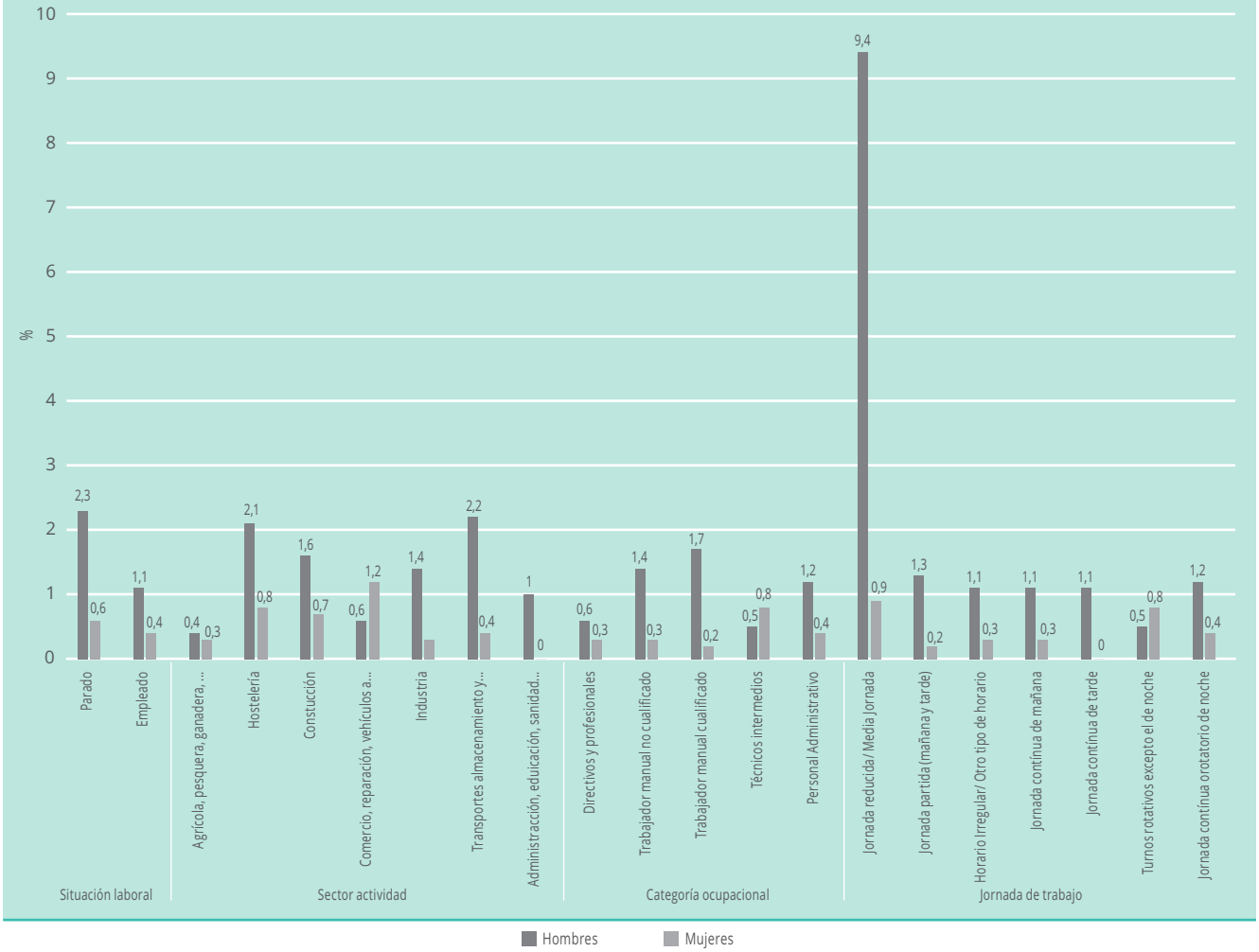
- Riesgos de seguridad: es superior en los trabajos peligrosos y penosos.
- Riesgos psicosociales: es superior y con el mismo porcentaje en: periodos con poco trabajo, trabajo que exige un rendimiento muy alto, los que no están satisfechos con el trato de superiores y con el trato de compañeros.
- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

ANFETAMINAS

En referencia a la población laboral, se dispone de la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de consumo de anfetaminas:

- Según variables laborales y por sexo:

Porcentaje de población laboral que ha consumido anfetaminas en los últimos 12 meses según las variables laborales y distribuido por sexo (España, 2008)



- Según las condiciones de trabajo:

Porcentaje de población laboral que ha consumido anfetaminas en los últimos 12 meses según las condiciones de trabajo (España,2008)

Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses:

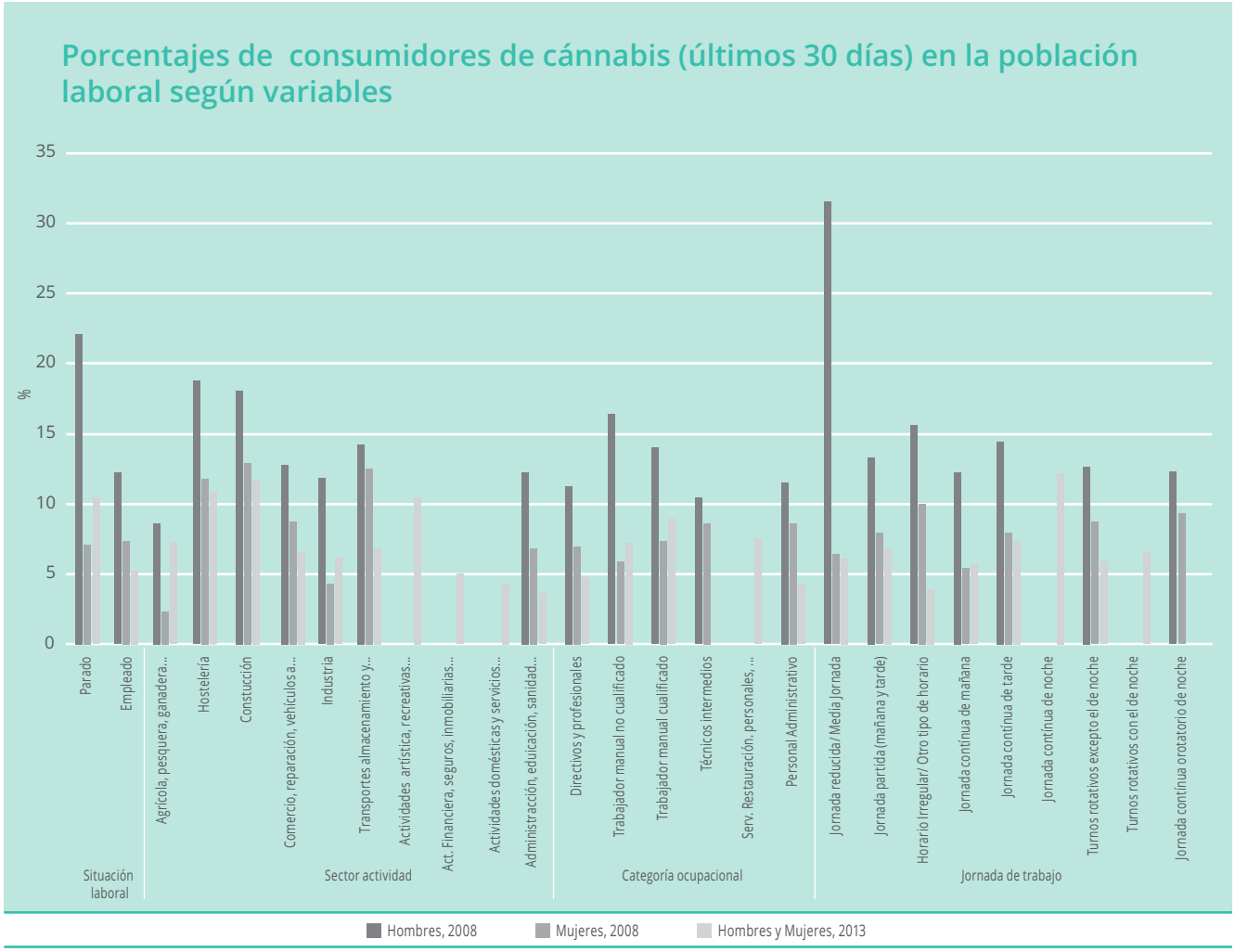
- General: el porcentaje de consumo de anfetaminas en todas las categorías incluidas es superior en hombres que en mujeres, excepto en el sector de actividad de «Comercio, reparación de vehículos a motor y artículos personales», la categoría ocupacional de técnicos intermedios y la jornada laboral de turnos rotativos excepto el de noche.
- Situación laboral: para los hombres el porcentaje de población parada es muy superior al de población activa. Para las mujeres, el porcentaje de población parada es ligeramente superior al de población activa.
- Sector de actividad: para los hombres el sector de mayor consumo es el de transportes, almacenamiento y comunicaciones. Para las mujeres, el porcentaje de mayor consumo corresponde al sector de hostelería.
- Categoría Ocupacional: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde trabajador manual cualificado. Para las mujeres, corresponde a técnicos intermedios.

- Jornada de Trabajo: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a la jornada reducida o media jornada. Para las mujeres, corresponde turnos rotatorios excepto el de noche.
- Satisfacción: es superior para los que no están satisfechos con su trabajo.
- Riesgos de seguridad: es superior en los trabajos peligrosos y penosos.
- Riesgos psicosociales: es superior en periodos con poco trabajo y en los que no están satisfechos con el trato de compañeros.
- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

CÁNNABIS

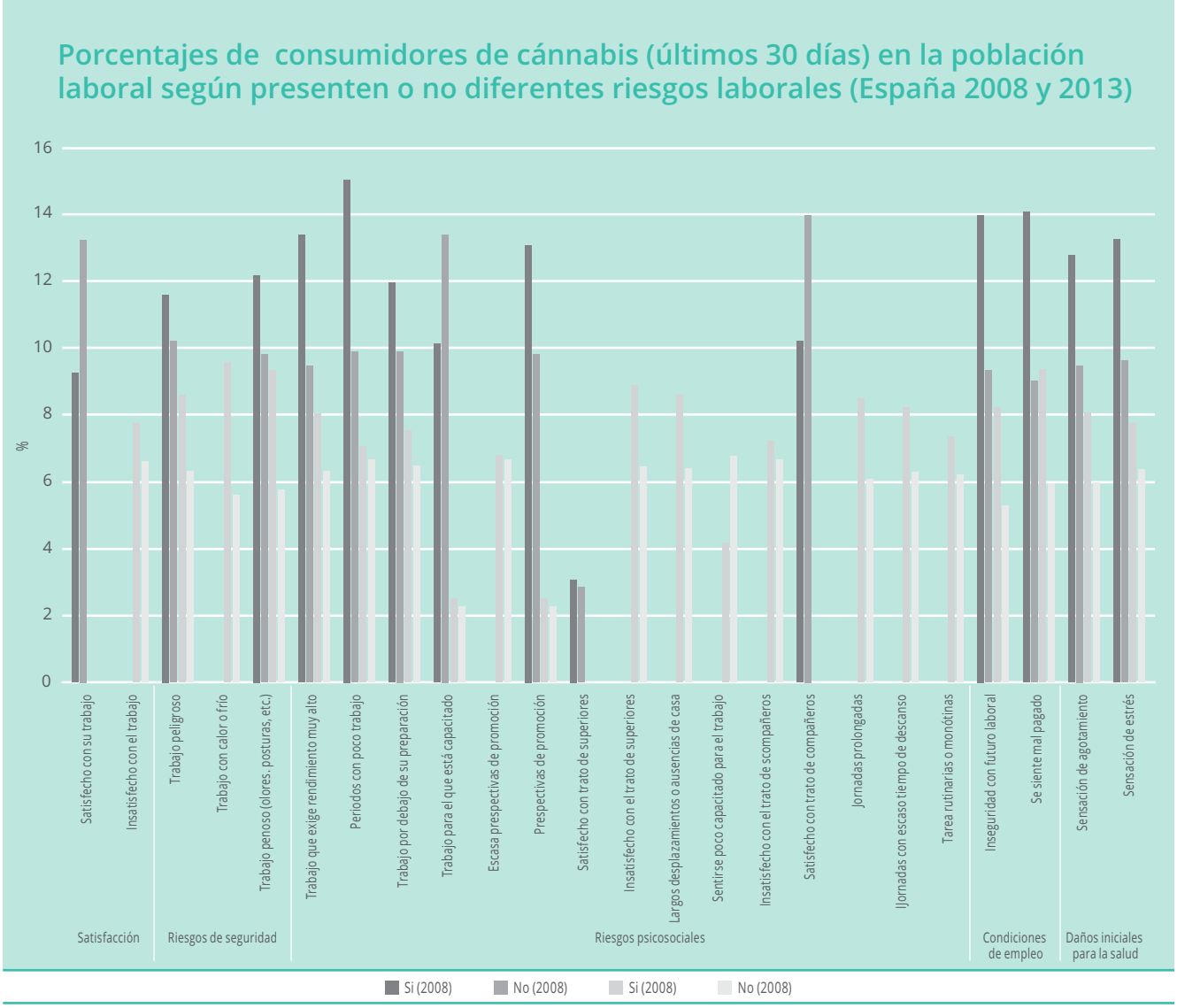
En referencia a la población laboral, se dispone de la encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de consumo de cánnabis:

- Según variables laborales y por sexo[2]:



2. Se han utilizado datos de 2008 y 2013. En algunos casos no se dispone de datos del sector de actividad o categoría de ambos años.

- Según las condiciones de trabajo[3]:



Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo de cánnabis en los últimos 12 meses:

- General: el porcentaje de consumo de cánnabis en todas las categorías incluidas es superior en hombres que en mujeres.
- Situación laboral: en 2008, para los hombres el porcentaje de población parada es muy superior al de población activa. Para las mujeres, el porcentaje de población parada es ligeramente superior al de población activa. Según datos de la encuesta de 2013, la probabilidad de consumir cánnabis es más elevada entre los parados que los empleados.
- Sector de actividad: los sectores de construcción y hostelería registran los porcentajes de consumidores de cánnabis más elevados, tanto en 2008 como 2013. En el año 2013, las actividades artísticas, recreativas y deportivas ocupan el tercer lugar en porcentaje de consumidores.

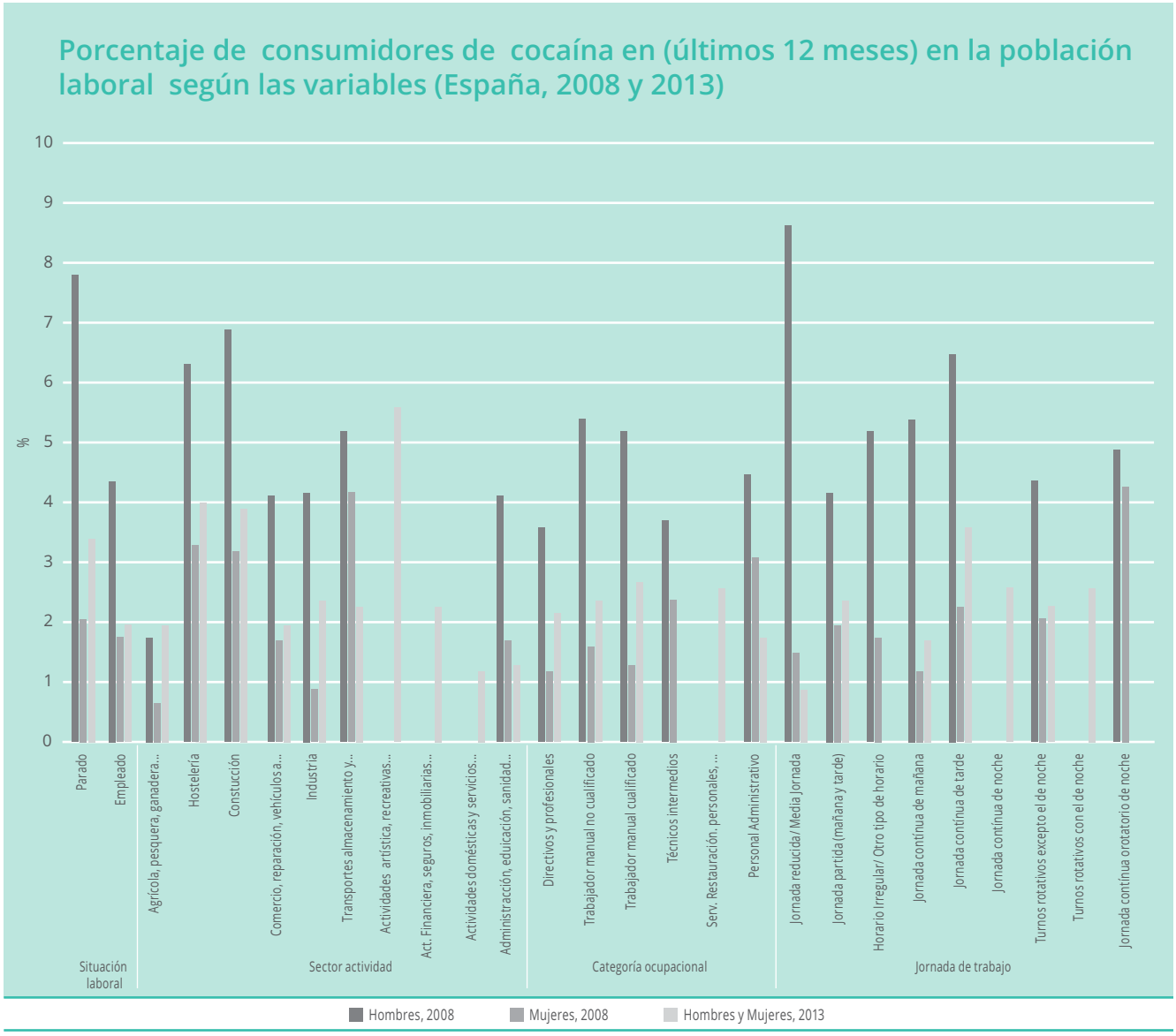
3. Se han utilizado datos de 2008 y 2013. En algunos casos no se dispone de datos de ambos años.

- Categoría Ocupacional: en 2008, para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde trabajador manual no cualificado. Para las mujeres, corresponde al personal administrativo y técnicos intermedios. Sin embargo, en 2013 el mayor porcentaje de consumidores de cánnabis corresponde a trabajador manual cualificado, seguido de servicios de restauración, personales, protección y vendedores.
- Jornada de Trabajo: en 2008, para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a la jornada reducida o media jornada. Para las mujeres, corresponde al horario irregular u otro tipo de horario. Sin embargo, en 2013 los trabajadores con jornada continua de noche registran los porcentajes de consumidores de cánnabis más elevados.
- Satisfacción: es superior para los que no están satisfechos con su trabajo.
- Riesgos de seguridad: es superior entre los que declaran estar expuestos a los trabajos con calor o frío, penosos y peligrosos.
- Riesgos psicosociales: en 2008, es superior en periodos con poco trabajo y en los que no están satisfechos con el trato de compañeros. En el año 2013, los porcentajes son superiores también en aquellos que declaran estar insatisfechos con el trato de superiores y con largos desplazamientos o ausencias de casa.
- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

COCAÍNA

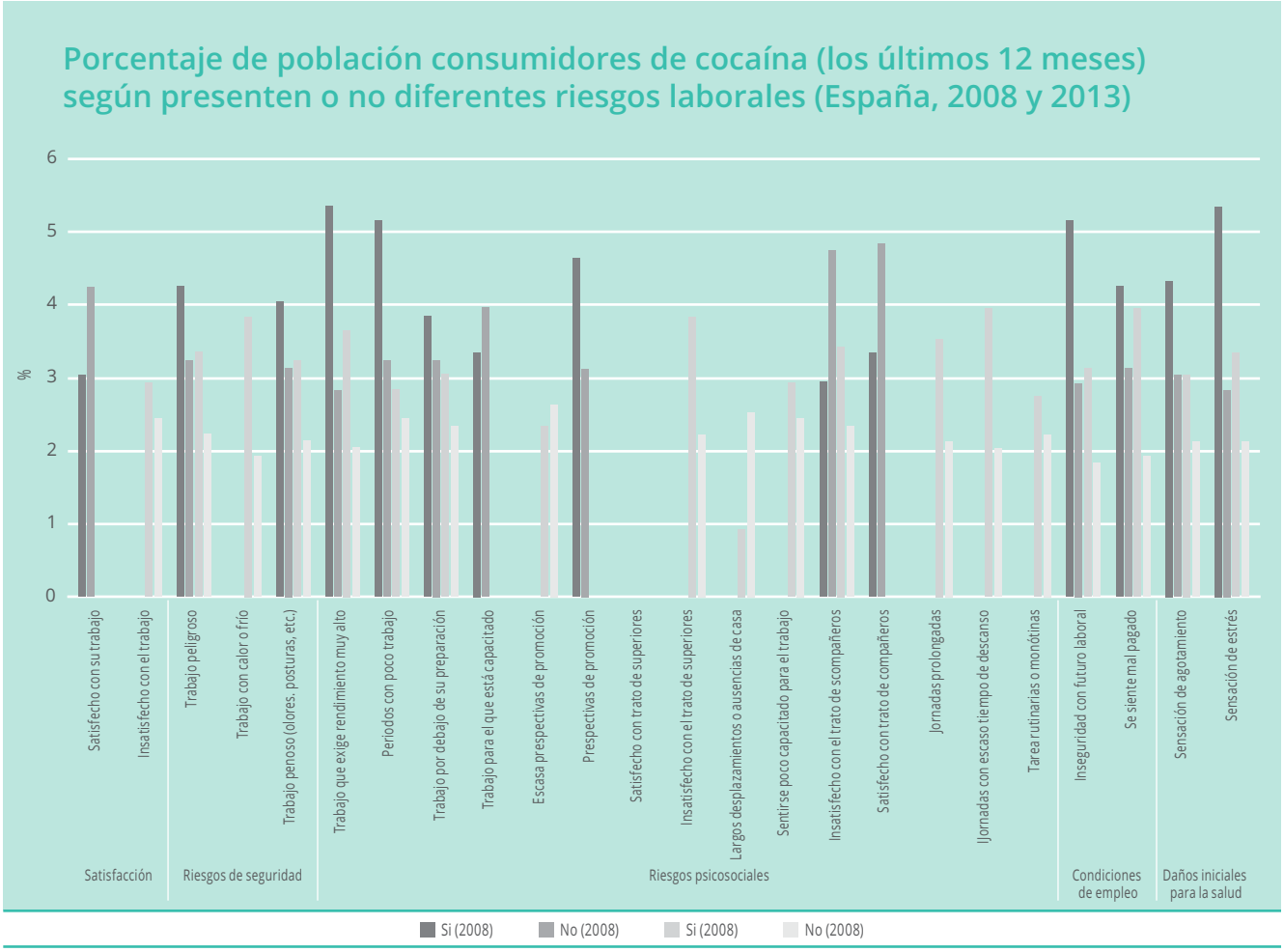
En referencia a la población laboral, se dispone de las encuestas de los años 2007-2008 y 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de consumo de cocaína:

- Según variables laborales y por sexo[4]:



4. Se han utilizado datos de 2008 y 2013. En algunos casos no se dispone de datos del sector de actividad o categoría de ambos años.

- Según las condiciones de trabajo[5]:



Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses:

- General: el porcentaje de consumo de cocaína en todas las categorías incluidas es superior en hombres que en mujeres.
- Situación laboral: la probabilidad de consumir cocaína es más elevada entre los parados que entre los empleados.
- Sector de actividad: en 2008, para los hombres el sector de mayor consumo es el de la construcción. Para las mujeres, el porcentaje de mayor consumo corresponde a transportes, almacenamiento y comunicaciones. Sin embargo, en el año 2013 el sector de actividades artísticas, recreativas y deportivas registra el porcentaje de consumidores de cocaína más elevado.
- Categoría Ocupacional: en 2008, para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde trabajador manual no cualificado. Para las mujeres, corresponde al personal administrativo. Sin embargo, en el año 2013 las diferencias de porcentaje de consumidores de cocaína, en función de la categoría ocupacional, no son estadísticamente significativas.

5. Se han utilizado datos de 2008 y 2013. En algunos casos no se dispone de datos de ambos años.

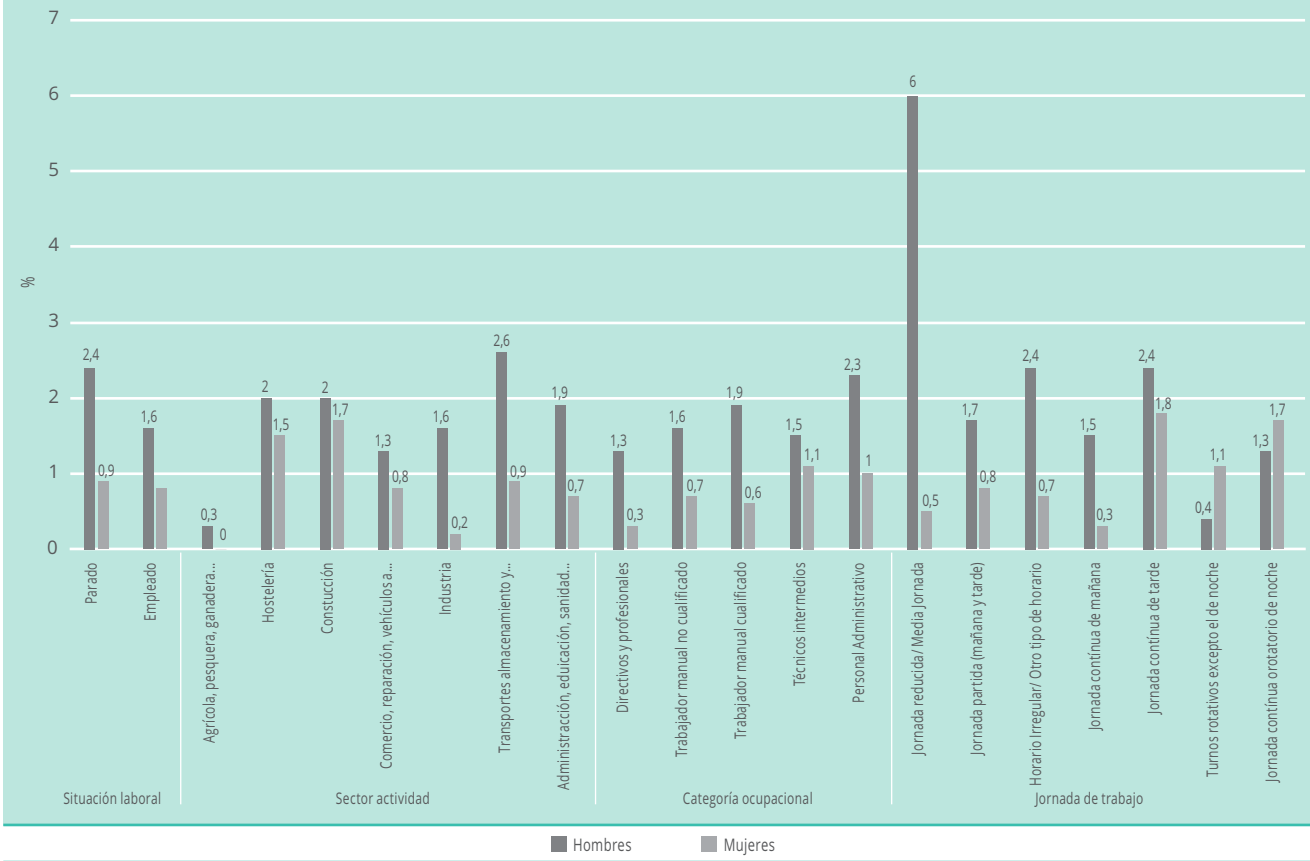
- Jornada de Trabajo: en 2008, para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a la jornada reducida o media jornada. Para las mujeres, corresponde a jornada continua o rotatoria de noche. Sin embargo, en el año 2013 los trabajadores con jornada continua de tarde registran los porcentajes de consumidores de cocaína más elevados.
- Satisfacción: es superior para los que no están satisfechos con su trabajo.
- Riesgos de seguridad: es superior en los trabajos de calor o frío, peligrosos y penosos.
- Riesgos psicosociales: es superior en trabajos con jornadas con escaso tiempo de descanso, largos desplazamientos o ausencias de casa, trabajos que exigen rendimiento muy alto y jornadas prolongadas.
- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

ÉXTASIS

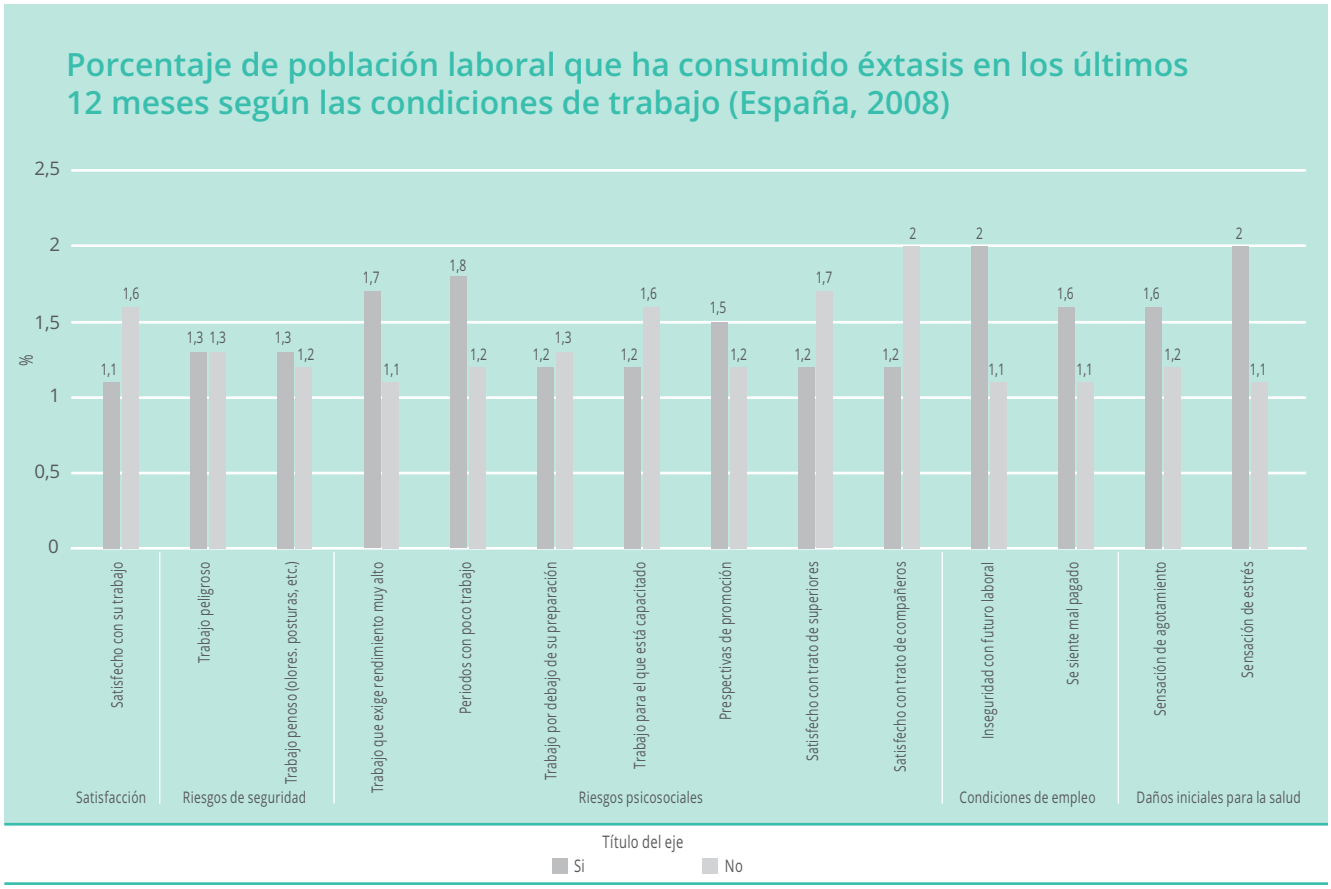
En referencia a la población laboral, se dispone de la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de consumo de éxtasis:

- Según variables laborales y por sexo:

Porcentaje de población laboral que ha consumido éxtasis en los últimos 12 meses según las variables laborales y distribuido por sexo (España, 2008)



- Según las condiciones de trabajo:



Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses:

- General: el porcentaje de consumo de éxtasis es superior en hombres que en mujeres en todas las categorías, excepto en algunas jornadas de trabajo (turnos rotativos excepto el de noche, jornada contínua o rotatorio de noche).
- Situación laboral: para los hombres el porcentaje de población parada es superior al de población activa. Para las mujeres, el porcentaje de población parada es ligeramente superior al de población activa.
- Sector de actividad: para los hombres el sector de mayor consumo es el de transportes, almacenamiento y comunicación. Para las mujeres, el porcentaje de mayor consumo corresponde a construcción.
- Categoría Ocupacional: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a personal administrativo. Para las mujeres, corresponde a técnicos intermedios.
- Jornada de Trabajo: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a la jornada reducida o media jornada. Para las mujeres, corresponde a jornada continua de tarde.
- Satisfacción: es superior para los que no están satisfechos con su trabajo.
- Riesgos de seguridad: es superior en los trabajos peligrosos y penosos.
- Riesgos psicosociales: es superior en los que no están satisfechos con el trato de los compañeros y periodos con poco trabajo.

- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

HEROÍNA

En referencia a la población laboral, se dispone de la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se puede observar los siguientes porcentajes de población laboral que ha consumido heroína según sexo, edad y situación laboral distribuido por frecuencia de consumo (España, 2008):

FRECUENCIA DE CONSUMO	TOTAL	HOMBRE	MUJER	16-34 AÑOS	35-64 AÑOS	EMPLEADO	PARADO CON EXPERIENCIA LABORAL
ALGUNA VEZ EN LA VIDA	1	1,5	0,3	0,7	1,2	0,8	2,1
ÚLTIMOS 12 MESES	0,1	0,2	0	0,1	0,1	0,1	0,3

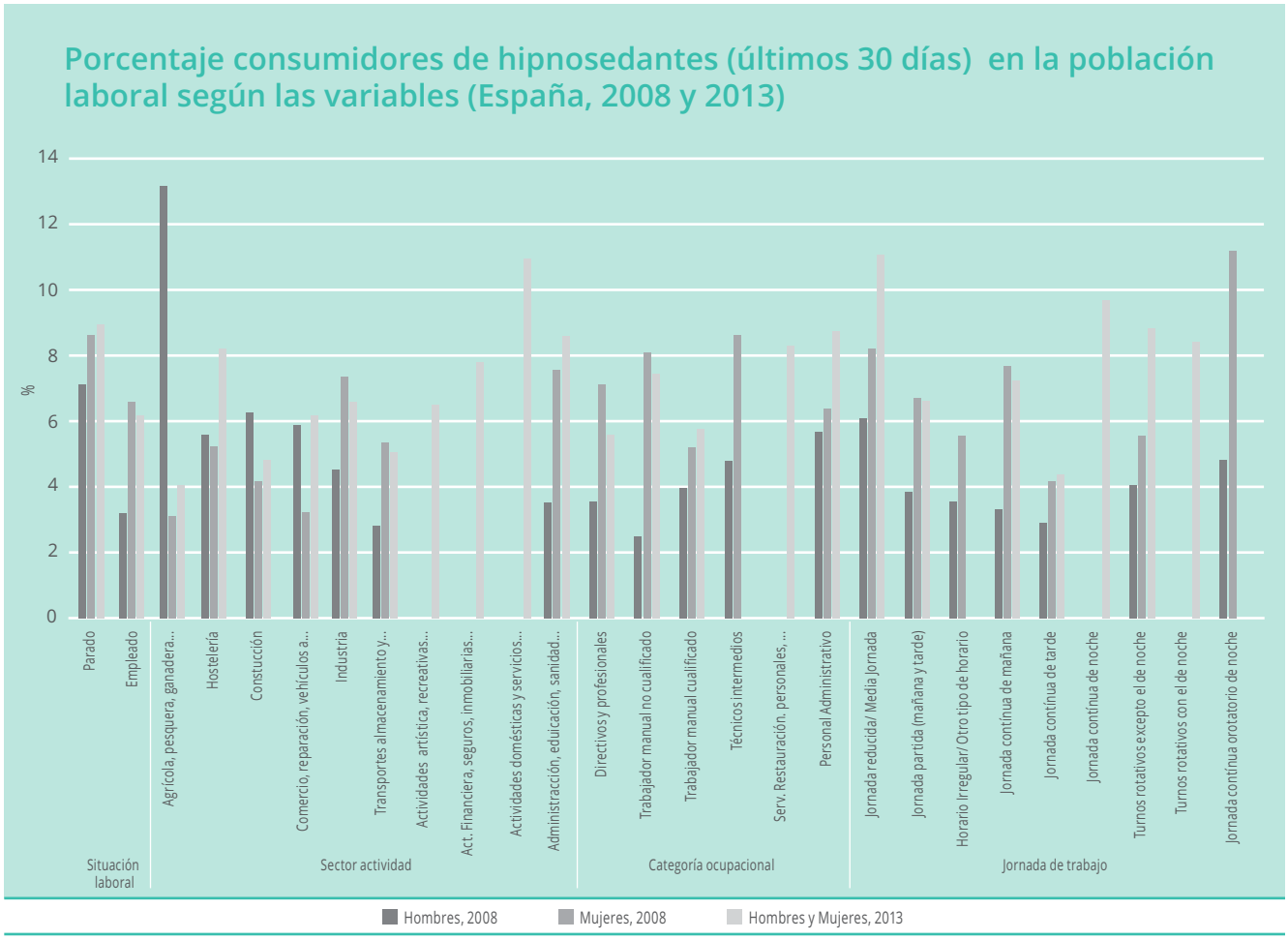
Mayor prevalencia

Los valores más elevados corresponden a los hombres, los más jóvenes y los parados con experiencia laboral.

HIPNOSEDANTES

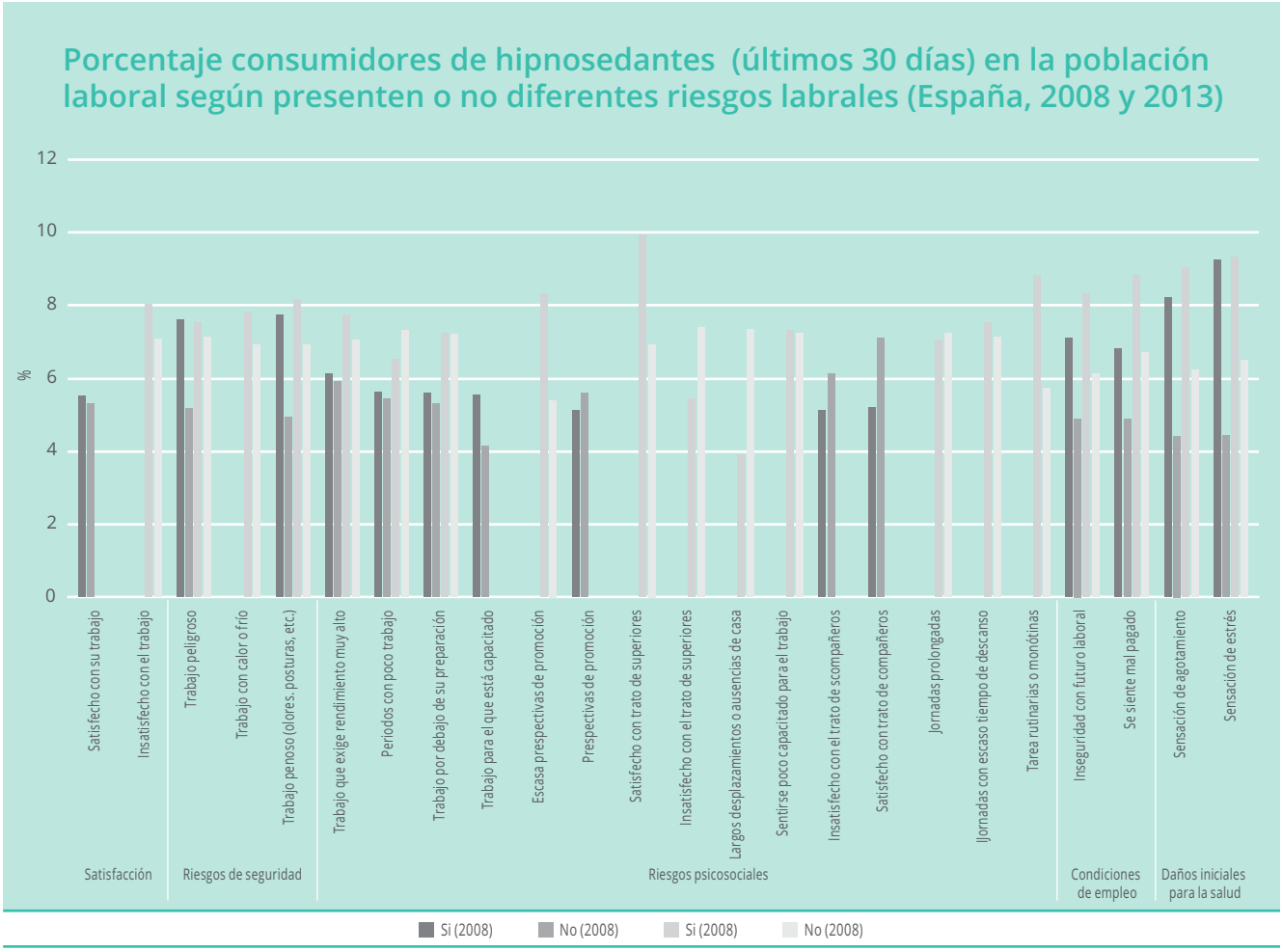
En referencia a la población laboral, se dispone de las encuestas de los años 2007-2008 y 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de consumo de hipnosedantes:

- Según variables laborales y por sexo[6]:



6. Se han utilizado datos de 2008 y 2013. En algunos casos no se dispone de datos del sector de actividad o categoría de ambos años.

- Según las condiciones de trabajo:



Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo de hipnosedantes en los últimos 30 días:

- General: el porcentaje de consumo de mujeres es mayor que el de hombres en todas las categorías incluidas, excepto en el sector de actividad de hostelería.
- Situación laboral: el porcentaje de la población parada es superior al de la población activa en ambos sexos. La probabilidad de consumir hipnosedantes es más elevada entre los parados que entre los empleados.
- Sector de actividad: en 2008, para las mujeres el sector de mayor consumo es el primario. Para los hombres, el porcentaje de mayor consumo corresponde al sector de la hostelería. En el año 2013, el sector de actividades domésticas y servicios personales registra el porcentaje de consumidores de hipnosedantes más elevado.
- Categoría Ocupacional: en 2008, para las mujeres el porcentaje de mayor consumo corresponde a los técnicos intermedios. Para los hombres, corresponde al personal administrativo. Así mismo, en el año 2013 el personal administrativo y aquellos que trabajan en servicios de restauración, personales, protección y vendedores registran los porcentajes más elevados de consumidores de hipnosedantes.
- Jornada de Trabajo: en 2008, para las mujeres el porcentaje de mayor consumo corresponde a la jornada continua o rotatoria de noche. Para los hombres, la jornada reducida o media jornada. Así mismo, en el año 2013 los trabajadores con jornada reducida registran los porcentajes de consumo más elevados.

- Satisfacción: es superior para los que están insatisfechos con su trabajo.
- Riesgos de seguridad: es superior en los trabajos penosos.
- Riesgos psicosociales: es superior en los que están insatisfechos con el trato de compañeros.
- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

INHALABLES VOLÁTILES

En referencia a la población laboral, se dispone de la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se puede observar los siguientes porcentajes de población laboral que ha consumido inhalables volátiles según sexo, edad y situación laboral distribuido por frecuencia de consumo (España, 2008):

FRECUENCIA DE CONSUMO	TOTAL	HOMBRE	MUJER	16-34 AÑOS	35-64 AÑOS	EMPLEADO	PARADO CON EXPERIENCIA LABORAL
ALGUNA VEZ EN LA VIDA	1,4	2	0,6	2,1	1	1,3	2,1
ÚLTIMOS 12 MESES	0,2	0.2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2

Mayor prevalencia

Los valores más elevados corresponden a los hombres, los más jóvenes y los parados con experiencia laboral.

ALCOHOL

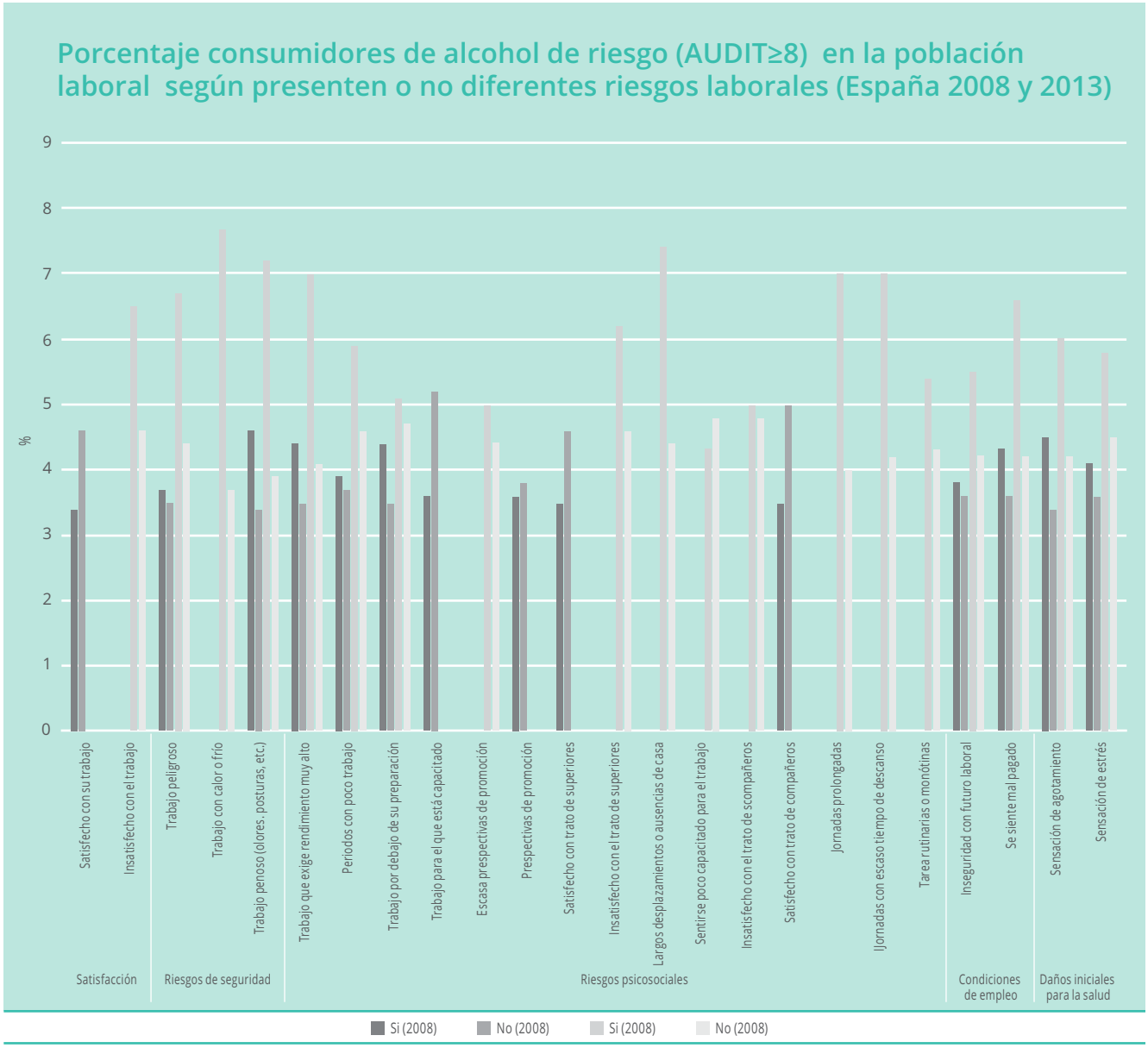
En referencia a la población laboral, se dispone de las encuestas de los años 2007-2008 y 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de población laboral con consumo de alcohol de alto riesgo (2008: >50cc/día hombres y >30cc/día mujer, 2013: AUDIT ≥8) según las variables y distribuido por sexo (España, 2008 y 2013):

- Según variables laborales y por sexo[7]:

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT ≥8) en la población laboral según las variables (España, 2008 y 2013)

7. Se han utilizado datos de 2008 y 2013. En algunos casos no se dispone de datos de ambos años.

- Según las condiciones de trabajo:



Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo de alcohol de alto riesgo que:

- General: el porcentaje de los hombres es mayor que el de las mujeres en todas las categorías incluidas.
- Situación laboral: el porcentaje de la población parada es ligeramente superior al de la población activa en ambos sexos.
- Sector de actividad: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a las actividades del sector primario y hostelería. Para las mujeres, el porcentaje de mayor consumo corresponde a las actividades de hostelería. Y según la encuesta de 2013-2014, en la construcción, agricultura/pesca/ganadería/extracción y hostelería se registran los porcentajes de consumo de alcohol de riesgo más elevados.
- Categoría Ocupacional: en 2008, los Directivos y Profesionales presentan un mayor porcentaje de consumo de alcohol de alto riesgo para ambos sexos. Sin embargo,

en el año 2013 los trabajadores manuales registran los porcentajes de consumo de alcohol de riesgo más elevados.

- Jornada de Trabajo: en 2008, para los hombres el porcentaje de consumo mayor corresponde a la jornada reducida y media jornada. Para las mujeres, el porcentaje de consumo mayor corresponde a la jornada continua de tarde. Sin embargo, en el año 2013 los trabajadores con jornada continua de noche registran los mayores porcentajes de consumo de alcohol de riesgo.
- Satisfacción: es superior para los que no están satisfechos con su trabajo.
- Riesgos de seguridad: es superior en los trabajos peligrosos, penosos y con calor o frío.
- Riesgos psicosociales: en 2008 es superior en los que no están satisfechos con el trato de superiores y para los que no se sienten capacitados para el trabajo. En 2013, es superior para las jornadas con escaso tiempo de descanso, jornadas prolongadas y trabajo que exige rendimiento muy alto.
- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

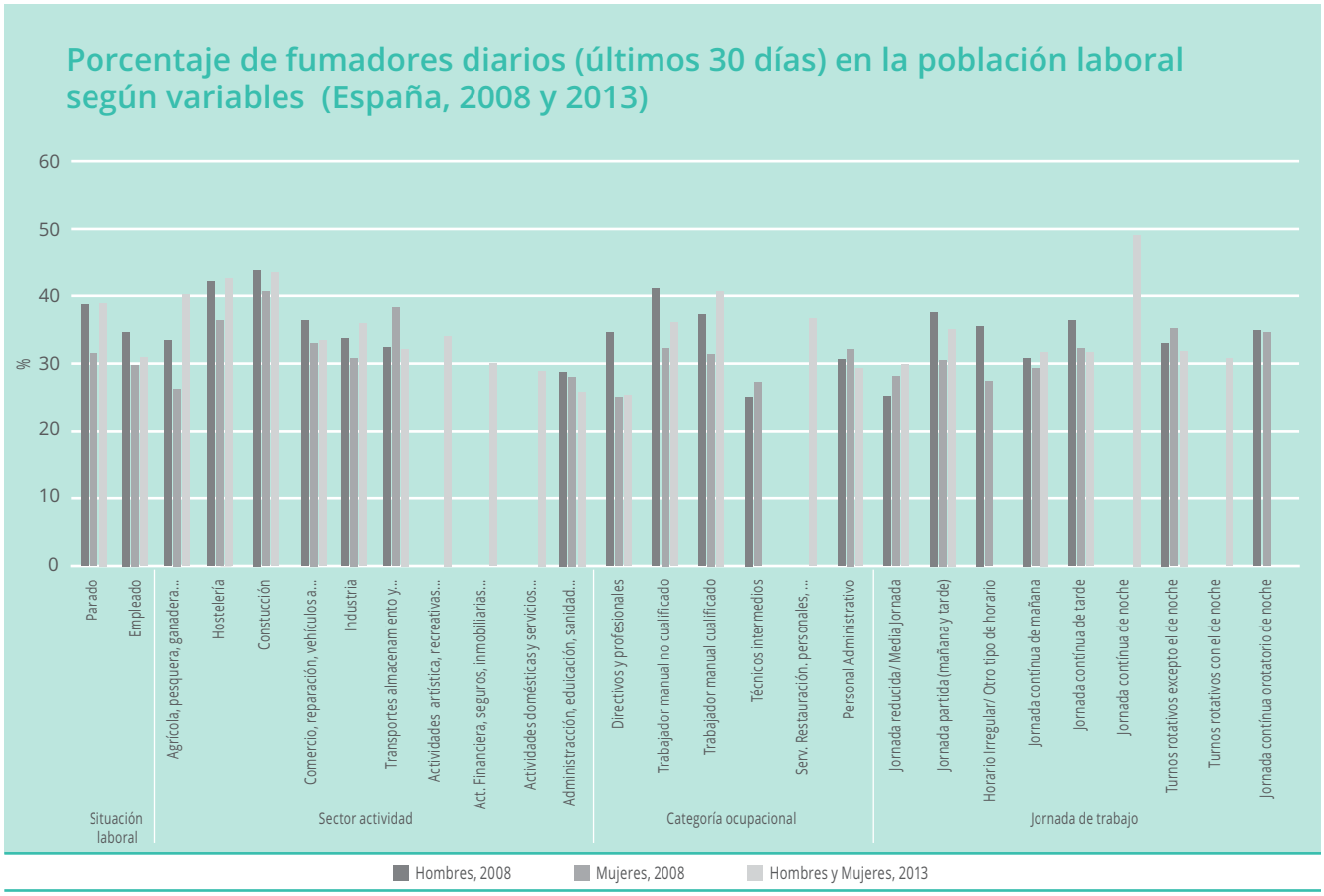
Según la encuesta del año 2013-2014, sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral, se observan los siguientes porcentajes de consumidores de bebidas alcohólicas A DIARIO:

- El porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas a diario es similar entre los empleados (10,5%) y los parados con trabajo previo (10,5%).
- Los trabajadores manuales registran los porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas a diario más elevadas (17,6%) seguido por los trabajadores manuales no cualificados (10,7%).
- Los sectores de la construcción (19,4%) y agricultura, pesca, ganadería y extracción (13,5%) registran los porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas a diario más elevados.
- Los trabajadores con jornada partida (mañana y tarde, 12%) y jornada continua de noche (11,5%) registran los porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas a diario más elevados.
- En general, el porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas a diario es mayor entre los que afirman estar expuestos a ciertos factores de riesgo (riesgos psicosociales, riesgos de seguridad, condiciones de empleo, daños iniciales para la salud), aunque es ligeramente menor en el caso de «insatisfecho con el trabajo» (9,6% Sí; 10,6% No). Los porcentajes más elevados se hallan:
  - Riesgos psicosociales: en los periodos de poco trabajo (13,6%).
  - Riesgos de seguridad: trabajo con calor o frío (15,1%).
  - Condiciones de empleo: inseguridad en el futuro laboral (10,6%).
  - Daños iniciales para la salud: sentir tensión o estrés durante el trabajo (11,2%).

TABACO

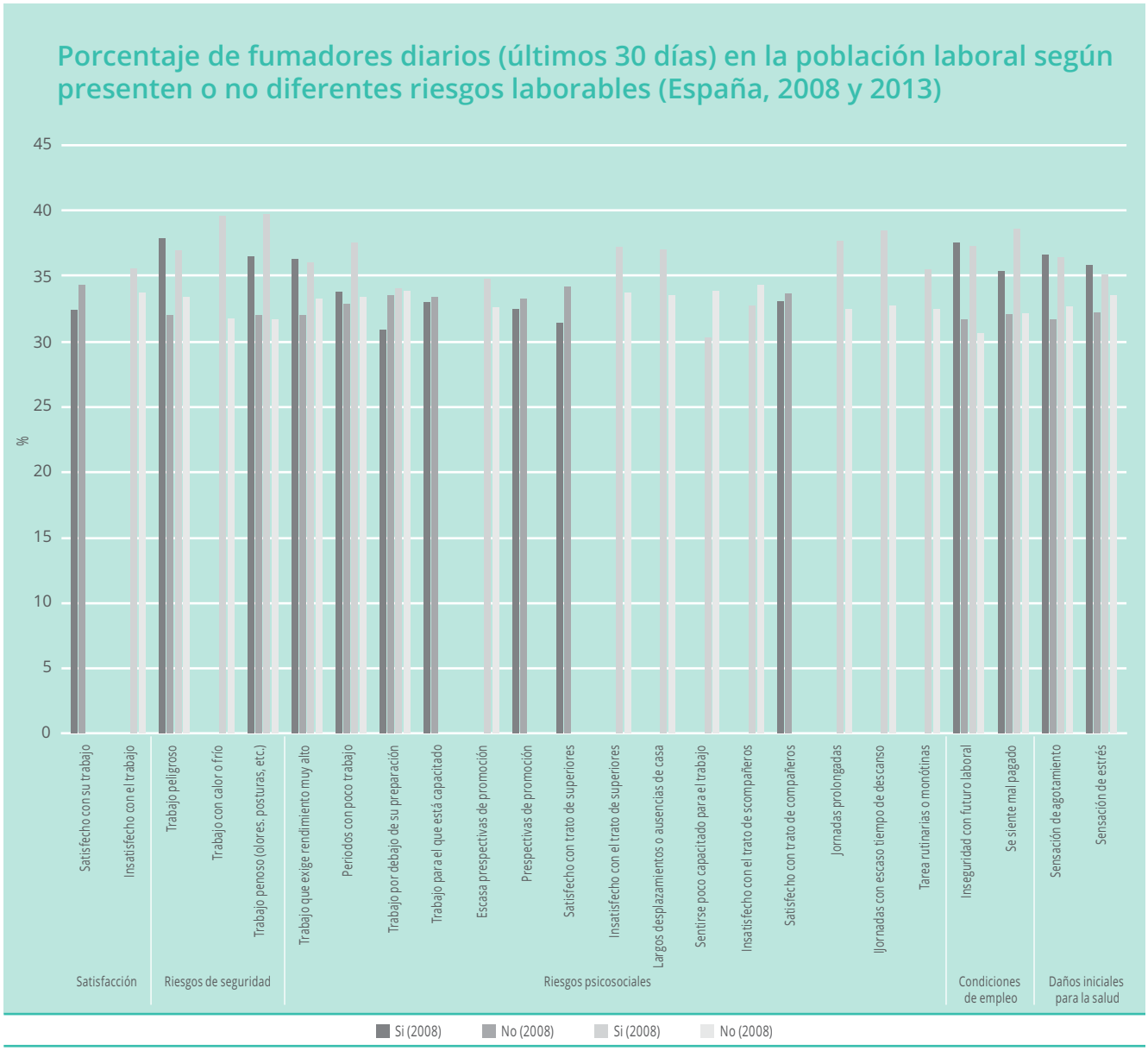
En referencia a la población laboral, se dispone de las encuestas de los años 2007-2008 y 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes de consumo de tabaco (2008: diario, 2013: diario, últimos 30 días):

- Según variables laborales y por sexo[8]:



8. Se han utilizado datos de 2008 y 2013. En algunos casos no se dispone de datos del sector de actividad o categoría de ambos años.

- Según las condiciones de trabajo:



Según los gráficos, se pueden observar en la población laboral de consumo diario de tabaco:

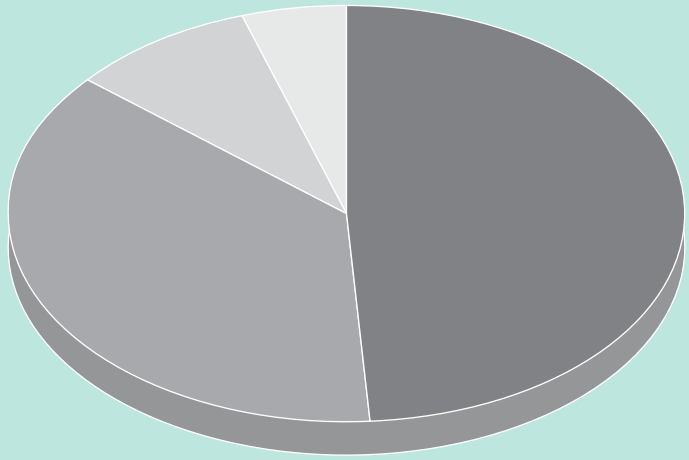
- General: en el año 2008, el porcentaje de los hombres es mayor que el de las mujeres en todas las categorías incluidas, excepto en: transporte, almacenamiento y comunicaciones, personal administrativo, técnicos intermedios, turnos rotatorios excepto el de noche y jornada reducida / media jornada.
- Situación laboral: el porcentaje de la población parada es superior al de la población activa.
- Sector de actividad: para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde al sector de la construcción y hostelería. Para las mujeres, para la construcción y transportes, almacenamiento y comunicaciones. En el año 2013, los porcentajes de mayor consumo corresponden a al sector de la construcción y hostelería.

- Categoría Ocupacional: en el año 2008, el porcentaje de mayor consumo es para el trabajador manual no cualificado, para ambos sexos. Sin embargo, en el año 2013 corresponde al trabajador manual cualificado.
- Jornada de Trabajo: en el año 2008, para los hombres el porcentaje de mayor consumo corresponde a la jornada partida (mañana y tarde). Para las mujeres, corresponde a los turnos rotatorios excepto el de noche. Sin embargo, en el año 2013 corresponde a la jornada continua de noche.
- Satisfacción: es superior para los que no están satisfechos con su trabajo.
- Riesgos de seguridad: es superior en los trabajos peligrosos, penosos y trabajo con calor/ frío.
- Riesgos psicosociales: en el año 2008, es superior en los que el trabajo exige un rendimiento muy alto y en los que no están satisfechos con el trato de superiores. En el año 2013, es superior en jornadas con escaso tiempo de descanso, jornadas prolongadas, insatisfecho con el trato de superiores y largos desplazamientos o ausencias de casa.
- Condiciones de empleo: es superior en las situaciones de inseguridad en el futuro laboral y sentimiento de mal pagado.
- Daños iniciales para la salud: es superior en las situaciones de sensación de agotamiento y estrés.

PERCEPCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL

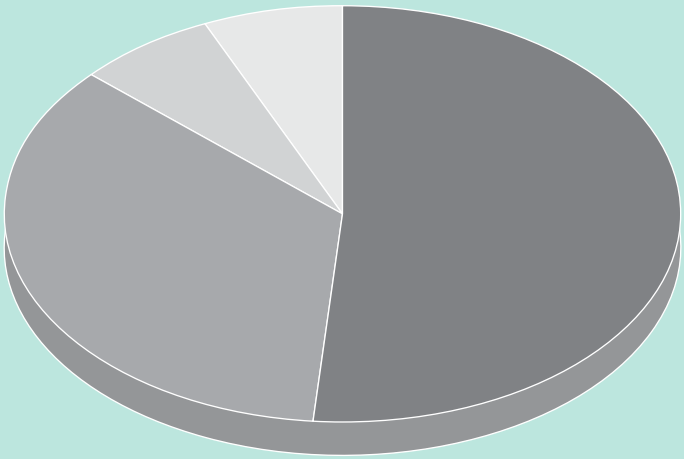
En referencia a la población laboral, se dispone de las encuesta de 2008 y 2013 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Observatorio Español sobre Drogas, PNSD) donde se pueden observar los siguientes porcentajes según la percepción del consumo:

Porcentaje de la población laboral, según importancia otorgada al problema del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral (España, 2008)



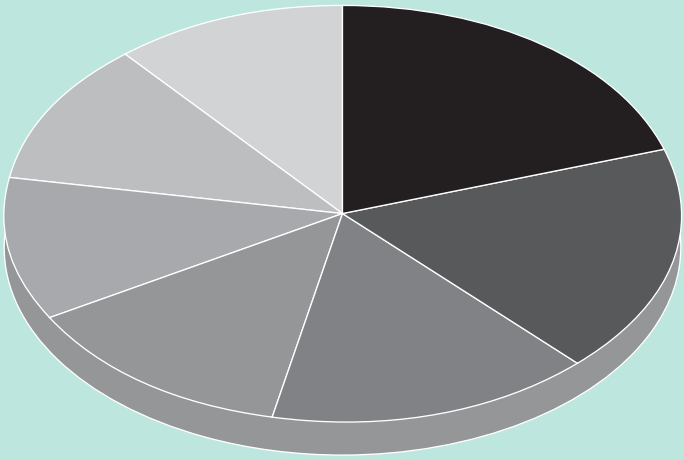
Muy importante | Bastante importante | Poco importante | No, nada importante

Porcentaje de la población laboral, según importancia otorgada al problema del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral (España, 2013)



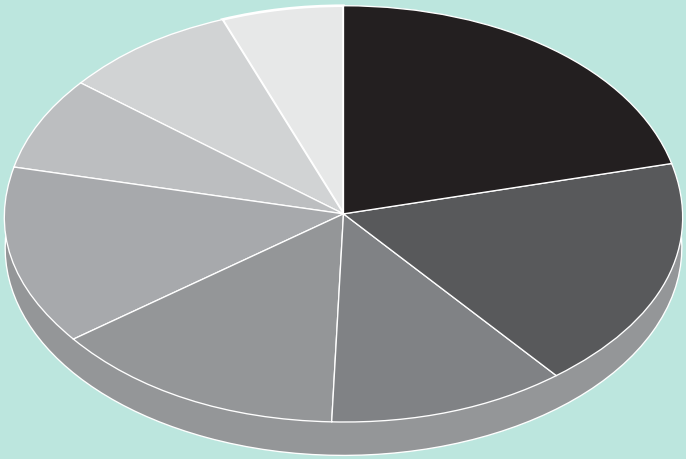
Muy importante | Bastante importante | Poco importante | No, nada importante

Porcentaje de la población laboral que considera que las drogas son un problema importante en el ámbito laboral por diferentes razones (España, 2008)



Provoca accidentes laborales | Disminuye productividad-rendimiento | Mal ambiente / Mala relación compañeros | Absentismo
Consecuencias para terceros | Provoca enfermeades | Sanciones o despidos

Motivos por los que la población laboral opina que el consumo de alcohol y otras drogas es un problema bastante/muy importante (España, 2013)



Provoca accidentes laborales
Disminuye productividad-rendimiento
Mal ambiente / Mala relación compañeros
Absentismo
Consecuencias para terceros
Provoca enfermeades
Sanciones o despidos
Lo acaban pagando todos los trabajadores

En el año 2013, aproximadamente 9 de cada 10 trabajadores opinan que el consumo de alcohol u otras drogas en el medio laboral es un problema bastante o muy importante. Este valor es similar a los obtenidos en la encuesta de 2007-2008.

Según los resultados de la encuesta del año 2013, el 21% de los trabajadores afirma que conoce algún compañero que consume alcohol u otras drogas en exceso.

Así mismo, el porcentaje de trabajadores que ha recibido información facilitada por la empresa es de 8,9% en 2013 y 15,5% en 2008. Se observa que la tendencia es descendente. ◆

ANEXO II: DEFINICIONES

ANEXO II: DEFINICIONES

GLOSARIO DE DEFINICIONES

- **Definición de droga según la OMS:** cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse puede alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).
- **Dependencia:** es una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica causada por una exposición reiterada a una droga, haciéndose necesaria la utilización de la sustancia para que desaparezcan los efectos no deseados que aparecen cuando dejan de consumirse. Aparece tras un periodo en el que se ha usado frecuentemente una sustancia.
- La dependencia resulta de la interacción de tres variables: la sustancia adictiva, la persona y el contexto social, económico y cultural que enmarca las dos primeras en un determinado momento y lugar.
- **Dependencia Física:** se produce por la incorporación de la droga al metabolismo del sujeto. El organismo se va habituando a la presencia de la sustancia, de tal forma que necesita mantener un determinado nivel en sangre, para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de un cierto umbral aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga.
- **Dependencia Psíquica:** es la compulsión a consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo positivo (placer, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado afectivo negativo (estrés, timidez, aburrimiento, etc.). Este tipo de dependencia es lo realmente difícil de superar en el proceso de deshabituación de una adicción. Para ello, es necesario propiciar cambios en la conducta y emociones de la persona que le permitan funcionar psicológicamente sin necesidad de recurrir a la sustancia adictiva.
- **Tolerancia:** se dice que una droga produce tolerancia cuando es necesario ir aumentando la cantidad consumida para experimentar los mismos efectos. Es un indicio de alteración metabólica, consecuencia de un consumo crónico del que el organismo intenta defenderse.
- **Tolerancia cruzada:** fenómeno por el cual si una sustancia se consume en repetidas ocasiones, no solamente aparece tolerancia a la misma, sino también a otros cuyos efectos sobre el organismo son similares. Por ejemplo, el alcohol y los barbitúricos.
- **Síndrome de Abstinencia**: conjunto de síntomas y signos de carácter físico y psíquico, que aparecen al suprimir el consumo de una o varias sustancias adictivas.
- **Factor de riesgo**: es la característica individual, situacional y/o del contexto ambiental que aumenta la probabilidad de iniciarse, mantenerse en el consumo de sustancias, e incluso pasar a etapas más avanzadas del proceso hasta llegar a una dependencia.
- **Droga:** es una sustancia que puede modificar el pensamiento y la conducta de la persona que la introduce en el organismo. Tiene la capacidad de modificar el comportamiento y, a la larga, el modo de ser. El cerebro es una de las partes más complejas y delicadas del cuerpo. Del cerebro dependen los sentimientos, la forma

de pensar, nuestro mundo interior y la capacidad de relacionarnos con otras personas. Las drogas inciden en él de manera directa e interfieren en sus mecanismos de funcionamiento. Las drogas siempre son un riesgo muy importante que puede variar según el tipo de sustancia, la manera de consumirla y las características personales de quien las toma.

- **Drogodependiente**: Cuando el abuso de una sustancia ha generado dependencia.
- **Policonsumo**: Consiste en el consumo de dos o más tipos de sustancias, mezcladas o consumidas alternativamente. Buscando sus diferentes efectos, o bien buscando una combinación de los mismos.

ALCOHOL

¿QUÉ ES?

Según la OMS, el alcohol es una *sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia.*

EFECTOS PARA LA SALUD

Según la OMS, el alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol.

Además, el consumo nocivo de alcohol puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad.

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer (cáncer de boca, esófago y laringe) y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

Recientemente se han establecido relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/Sida.

El consumo de alcohol por parte de una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales. Una proporción importante de la carga de morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios.

Los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes.

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres.

ALUCINÓGENOS

¿QUÉ ES?

Los alucinógenos conforman una clase químicamente diversa, pero se caracterizan por su capacidad de producir distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Incluyen sustancias de una amplia variedad de fuentes naturales y sintéticas.

El término alucinógeno se refiere a la propiedad de estas drogas de producir alucinaciones. Sin embargo, éstas no son los únicos efectos que causan, y con frecuencia ocurren sólo a dosis muy elevadas.

Las alucinaciones son comúnmente visuales, pero pueden afectar cualquiera de los sentidos, así como la percepción del tiempo, el mundo y del yo del individuo.

Los alucinógenos se dividen en clases, con base en la similitud estructural de las drogas:

1. Dietilamida de ácido lisérgico (LSD). Éstas son las indolealquilaminas, que son estructuralmente similares al neurotransmisor serotonina. Este grupo incluye la LSA (amina de ácido d-lisérgico, que está en las semillas de diversas variedades de dondiego de día o campanilla), psilocibina y dimetiltriptamina (DMT). Estos últimos tres compuestos son todos de ocurrencia temporal.
2. Drogas de feniletilamina, de las cuales la mescalina, la metilenodioximetanfetamina (MDA) y la metilenodioximetanfetamina (MDMA) son las más populares. Otros integrantes de este grupo son la parametoxianfetamina (PMA), la dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM) y la trimetoxianfetamina (TMA). Estas drogas tienen una estrecha relación estructural con las anfetaminas.

Finalmente, está la familia atropínica, que incluye atropina, escopolamina e hiosciamina.

Aparecen de forma natural en muchas especies de plantas de la papa. También pueden encontrarse en la belladona (Atropa belladonna), el toloache (Datura stramonium) y muchas otras especies emparentadas que se hallan en todo el mundo.

[4]Existen otras drogas que también se clasifican como alucinógeno, que se consideran por separado:

- Anfetaminas.
- Ketamina.
- Éxtasis.
- Cannabis.

EFECTOS PARA LA SALUD

Los riesgos físicos incluyen:

- Insomnio.
- Habla dificultosa.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Coma.

Los efectos sobre la conducta son:

- Incremento en el ritmo cardíaco.
- Presión sanguínea.
- Temperatura corporal.
- Menor apetito.
- Náuseas.
- Vómito.
- Descoordinación motora.
- Dilatación de las pupilas.
- Alucinaciones.

Efectos de uso prolongado:

- Episodios psicóticos agudos o crónicos.
- Reexperimentación de efectos de la droga mucho después de usarla.

ANFETAMINAS

¿QUÉ ES?
Las anfetaminas incluyen D-anfetamina, L-anfetamina, efedrina, metanfetamina, metilfenidato y pemolina. Otro miembro de este grupo es la (-) catinona, el ingrediente activo en hojas recién cortadas de la planta conocida como té de Arabia o khat (Catha edulis), cuya acción es muy similar a la de la anfetamina (Jaffe, 1990).

Médicamente, las anfetaminas se emplean actualmente sólo para el tratamiento de la narcolepsia y para el tratamiento de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.

Las anfetaminas son estimulantes del sistema nervioso central que producen mayor lucidez, excitación, energía, actividad motora y del habla, mayor confianza en uno mismo y capacidad de concentración, una sensación general de bienestar y menos apetito.

EFECTOS PARA LA SALUD
Los efectos a corto plazo de dosis bajas de anfetamina incluyen inquietud, mareo, insomnio, euforia, confusión leve, temblores y pueden inducir episodios de pánico o psicóticos. Hay un aumento general en la lucidez, la energía y la actividad, así como una reducción de la fatiga y la somnolencia. Pueden presentarse palpitaciones cardiacas, ritmo cardiaco irregular, incremento en la respiración, resequedad en la boca y supresión del apetito.

Así como, dolores de cabeza, insomnio y visión borrosa.

A dosis más elevadas estos efectos se intensifican, provocando éxtasis y euforia, flujo rápido de ideas, sensación de mayor capacidad mental y física, excitación, agitación, fiebre y sudoración. Se han observado pensamientos paranoides, confusión y alucinaciones. Las sobredosis severas pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral y la muerte (Jacobs y Fehr, 1987).

La anfetamina es un potente psicotomimético con posibilidades de intensificar los síntomas o precipitar un episodio psicótico en individuos vulnerables (Ujike, 2002). Las personas que usan crónicamente las anfetaminas desarrollan con frecuencia una psicosis muy similar a la esquizofrenia (Robinson y Becker, 1986; Yui y colab., 1999).

El uso prolongado puede causar alucinaciones y paranoia intensa.

SPEED

¿QUÉ ES?
El Speed es una sustancia estimulante, clorhidrato de metanfetamina (derivado de la anfetamina).

CONSECUENCIAS: adicción, insomnio, anorexia, comportamiento violento, accidentes cerebrovasculares, alucinaciones auditivas y visuales y psicosis. Algunas de estas alteraciones pueden persistir después de no consumir mucho tiempo.

RIESGOS PARA LA SALUD:

- Daños vasculares en el cerebro (derrames) por el incremento del gasto cardíaco, presión arterial.
- Golpes de calor.
- Relaciones sexuales de riesgo.
- Psicosis tóxica: ideas paranoides, alucinaciones.
- Conducta violenta o arriesgada: conducción arriesgada.
- Aumento de toxicidad y riesgo de sobredosis. Para mantener los efectos, se consume dosis repetidas, como consecuencia de la rápida tolerancia y efectos placenteros de corta duración, y la eliminación de sangre es bastante lenta (12 horas).
- Riesgos cuando el consumo es por vía inyectada:
  - Flebitis.
  - Abscesos cutáneos.
  - Contagio de enfermedades infecciosas: SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras.

CANNABIS

¿QUÉ ES?

El cannabis es una droga que se extrae de la planta Cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado:

- Marihuana: obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, posee una concentración de THC entre el 1 y el 5%.
- Hachis: elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.
- Aceite de hachis: resina de hachis disuelta y concentrada, con una concentración de THC entre el 25 y 50%.

El THC, principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente.

El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50%. Aunque una persona sólo consuma los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo varios de sus efectos.

Entre todos los canabinoides contenidos en la Cannabis sativa, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es el principal compuesto químico con efectos psicoactivos, que se metaboliza en otro compuesto activo, 11-OH-delta-9-THC.

[1]Los compuestos que son estructuralmente similares a THC se conocen como cannabinoides.

EFECTOS PARA LA SALUD

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos:

- El hecho de fumarse sin filtro, aspirando profundamente el humo, reteniéndolo en los pulmones y apurándolo hasta el final, favorece enfermedades como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón. Además, su efecto broncodilatador potencia la absorción de sustancias tóxicas.
- Altera el sistema cardio-circulatorio, provocando taquicardia, por lo que las personas con hipertensión o insuficiencia cardiaca pueden sufrir un empeoramiento de su sintomatología.
- Existen datos que indican que podría haber un aumento de la incidencia de depresiones y psicosis por el consumo crónico de esta sustancia.

También se debe tener en cuenta que:

- El cannabis afecta el desarrollo cognitivo (capacidad de aprendizaje), incluyendo procesos asociativos.
- El cannabis perjudica el rendimiento psicomotor en una amplia variedad de tareas, tales como la coordinación motora, la atención dividida y las tareas operativas de muchos tipos.

Efectos a largo plazo:

- Problemas de memoria y aprendizaje.
- Peores resultados académicos.
- Abandono prematuro de los estudios.
- Dependencia (7-10 % de los que lo prueban).
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.
- Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer.
- Trastornos del ritmo cardiaco (arritmias).
- Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).

Efectos crónicos sobre la salud del consumo de cannabis

- Alteración selectiva de funcionamiento cognitivo que incluyen la organización e integración de información compleja que involucra diversos mecanismos de los procesos de atención y memoria.
- El uso prolongado puede dar lugar a un mayor deterioro, que no se recupere con el abandono del consumo, y que podría afectar a las funciones de la vida diaria.
- Desarrollo de un síndrome de dependencia del cannabis que se caracteriza por una pérdida de control sobre el consumo de cannabis más probable en los usuarios crónicos.
- El consumo de cannabis puede exacerbar la esquizofrenia en individuos afectados.
- Lesiones epiteliales de los bronquios y tráquea principalmente causada por fumar cannabis a largo plazo.

- Lesión de las vías respiratorias, inflamación de los pulmones y la defensa contra la infección pulmonar alterada por el consumo persistente de cannabis durante períodos prolongados.
- El consumo excesivo de cannabis se asocia con una mayor prevalencia de síntomas de la bronquitis crónica y una mayor incidencia de bronquitis aguda que en la cohorte de no fumadores.
- Cannabis utilizado durante el embarazo se asocia con un deterioro en el desarrollo fetal que conduce a una reducción en el peso al nacer.
- El consumo de cannabis durante el embarazo puede provocar riesgo postnatal de formas raras de cáncer, aunque se necesita más investigación en esta área.

COCAÍNA

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

La presentación más habitual de la cocaína es la de un polvo cristalino de clorhidrato de cocaína que se suele consumir aspirándolo por la nariz (esnifándolo) o inyectado.

La cocaína tiene una poderosa acción estimulante de la que se deriva su enorme potencial adictivo.

EFECTOS PARA LA SALUD
Su uso habitual puede producir las siguientes consecuencias a largo plazo:

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

Los/as consumidores/as suelen volverse depresivos/as, suspicaces e irritables, lo que conlleva a conductas agresivas y violentas.

Cuando se esnifa puede dar lugar a complicaciones nasales, entre ellas erosiones o perforaciones del tabique nasal. Otras complicaciones generales son la anorexia, la pérdida excesiva de peso, malnutrición, deshidratación, temblores y episodios de convulsiones.

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

¿QUÉ ES?

«Esteroides anabólicos» es el nombre familiar para las variantes sintéticas de la testosterona, la hormona sexual masculina. El término correcto para estos compuestos es esteroides anabólico-androgénicos (EAA o AAS, por sus siglas en inglés). El término «anabólico» se refiere al crecimiento muscular que esas sustancias promueven, mientras que «androgénico» se refiere al aumento en las características sexuales masculinas.

Los esteroides anabólicos se pueden recetar legalmente para el tratamiento de afecciones médicas que resulten por deficiencia de la hormona esteroide, como cuando hay un retraso en la pubertad. También se recetan para tratar enfermedades que provocan pérdida de la masa muscular magra, como el cáncer o el SIDA. Sin embargo, algunos atletas, fisicoculturistas y otras personas abusan de estas drogas en un intento por mejorar su rendimiento o su apariencia física.

EFECTOS PARA LA SALUD

Los esteroides anabólicos funcionan de manera muy diferente a otras drogas de abuso y no tienen los mismos efectos agudos sobre el cerebro. La diferencia más importante es que los esteroides no provocan los aumentos rápidos del neurotransmisor dopamina que, en el caso de otras sustancias, causa la «euforia» placentera que puede llevar al abuso de ellas.

Sin embargo, el uso a largo plazo de los esteroides puede impactar algunas de las mismas vías y sustancias químicas del cerebro que se ven afectadas por otras drogas de abuso como son los sistemas de dopamina, serotonina y de opioides, y de esta manera tener un impacto significativo sobre el estado de ánimo y el comportamiento.

El abuso de los esteroides anabólicos puede llevar a la agresión y a otros problemas psiquiátricos. Aunque muchos usuarios informan sentirse bien consigo mismos cuando toman esteroides, también pueden tener cambios bruscos en el estado de ánimo, incluyendo síntomas maniacos e ira («rabia de esteroides») que pueden llevar a la violencia. Los investigadores también han observado que, como resultado de sentirse invencibles, los usuarios pueden sufrir de celos paranoicos, irritabilidad extrema, delirio y alteraciones en el juicio.

El abuso de los esteroides puede llevar a problemas graves e incluso irreversibles de la salud. Entre ellos, los más peligrosos son daño a los riñones o insuficiencia renal, daño al hígado, y problemas cardiovasculares, incluyendo agrandamiento del corazón, presión arterial alta y cambios en el colesterol . El uso de esteroides frecuentemente causa acné severo y retención de líquidos, además de que hay algunos efectos colaterales específicos según la edad o el sexo del usuario:

- En los hombres: encogimiento de los testículos (atrofia testicular), conteo bajo de espermatozoides o infertilidad, calvicie, desarrollo de los senos (ginecomastia) y mayor riesgo de cáncer de la próstata.
- En las mujeres: crecimiento del vello facial, calvicie de patrón masculino, cambios o cese del ciclo menstrual, aumento en el tamaño del clítoris y engrosamiento de la voz.
- En los adolescentes: cese precoz del crecimiento por madurez esquelética prematura y cambios acelerados en la pubertad; riesgo de tener baja estatura por el resto de sus vidas si toman esteroides antes de pasar por el periodo de «estiramiento» típico de la adolescencia.

  Además, las personas que se inyectan los esteroides corren el riesgo adicional de contraer o transmitir el VIH/SIDA o la hepatitis.

ÉXTASIS

¿QUÉ ES?

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

Se trata de una droga sintética, químicamente similar a la metanfetamina (estimulante) y a la mescalina (alucinógeno), aunque los efectos que produce no son claramente la suma de ambas.

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

Se ingiere por vía oral, generalmente en forma de pastilla, tableta o cápsula. Cada tableta puede contener una media de 60 a 120 miligramos de MDMA y suelen llevar dibujos impresos que facilitan su reconocimiento a los consumidores y que, además, dan lugar a una auténtica jerga: love, delfines, pirulas, pastis, etc...

En los últimos años se ha detectado en el mercado español la presencia de una nueva forma de presentación del éxtasis llamada «cristal», término que se utiliza para designar las sales cristalizadas de dicha sustancia. Se presenta en forma de polvo o de pequeña roca, y se consume preferentemente por vía oral, introduciéndolo en cápsulas o en un trozo de papel de fumar («bombitas»), aunque también puede fumarse, inhalarse o inyectarse.

EFECTOS PARA LA SALUD

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

Efectos residuales: insomnio, agotamiento, depresión, irritabilidad, cefalea y dolores musculares.

De forma inmediata puede producir: nauseas, escalofríos, sudoración, visión borrosa, contractura involuntaria de músculos de mandíbula, muerte por sobredosis, consecuencias después de unas horas o días siguientes, reducción en ciertas habilidades mentales, memoria y capacidad de procesar información.

Daños en usuarios crónicos: procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida del apetito y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño.

Algunos estudios sugieren la posibilidad de que estos efectos no deseados de larga duración, que no desaparecen con periodos de abstinencia prolongados, ocurran tanto en casos de consumo habitual como de consumo esporádico.

Factores como la edad de inicio en el consumo, la dosis, la frecuencia, el uso simultáneo de otras drogas, así como otros factores ambientales y genéticos, son determinantes en la magnitud de los efectos crónicos producidos.

Riesgos para la salud:

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

El éxtasis, como el resto de drogas, produce tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Así, alrededor de un 60% de usuarios reconocen haber presentado síntomas del síndrome de abstinencia que incluye, entre otros, cansancio, pérdida de apetito, dificultad de concentración, ansiedad y depresión y un 40% admiten haber experimentado síntomas de dependencia.

HEROÍNA

¿QUÉ ES?

Las drogas opioides son compuestos extraídos de la semilla de la amapola. El término «opioides» incluye «opiáceos» (es decir, la heroína y la morfina), así como compuestos semisintéticos y sintéticos con propiedades similares.

La Heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio, que se obtiene de la planta Papaver Somniferum.

La heroína puede ser adulterada con quinina, lactosa, bórax, azúcar, almidón, etc., incluso se ha utilizado estricnina y otros depresores del sistema nervioso central como barbitúricos y sedantes. Las adulteraciones son las causantes de una parte de los problemas médicos derivados de su consumo, a lo que hay que añadir la «contaminación» con bacterias, virus, hongos o partículas tóxicas.

EFECTOS PARA LA SALUD

Además de la adicción, el consumo de heroína conlleva importantes riesgos y consecuencias negativas para la salud. Es necesario tener en cuenta no sólo la sustancia en sí misma, sino también los adulterantes utilizados en su manipulación, los hábitos higiénicos precarios y las conductas y prácticas de riesgo a las que se asocia su consumo.

La exposición repetida a opioides induce modificaciones drásticas y posiblemente irreversibles en el cerebro.

Riesgos para la salud:

- Alteraciones digestivas: falta de apetito, estreñimiento.
- Alteraciones cardiovasculares: hipotensión, infecciones del endocardio y válvulas del corazón.
- Artritis y otros problemas reumáticos. Trastornos de memoria, de atención y pérdida de motivación.
- Cantidades excesivas puede provocar sobredosis, coma y la muerte.
- La dependencia se produce a los 20 -30 días de consumo regular, y si falta la dosis, da lugar a un fuerte síndrome de abstinencia.
- La inyección puede dañar las venas. Compartir la jeringa o el material de inyección supone un riesgo de contraer enfermedades como la Hepatitis B y C y el VIH.

Uso crónico (mediante inyección):

- Venas cicatrizadas o colapsadas.
- nfecciones bacterianas de vasos sanguíneos.
- Abscesos cutáneos.
- Infecciones de piel y tejidos blancos.
- Enfermedades hepáticas, cardíacas y renales.
- Susceptible de adquirir enfermedades respiratorias, bronquitis, tuberculosis.

Enfermedades que se contraen de forma indirecta, debido a:

- Las malas condiciones de higiene.
- La forma de consumir.
- La despreocupación que tiene sobre su vida.

Riesgos y consecuencias del consumo de heroína:

- Tolerancia.
- Adicción o dependencia.
- Enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis). Compartir las jeringuillas u otros útiles de inyección, así como mantener relaciones sexuales sin protección, provoca infecciones por virus como el de la inmunodeficiencia humana (VIH), los de la hepatitis B y C, etc...
- Infección del endocardio y válvulas del corazón.
- Artritis y otros problemas reumáticos.
- Venas colapsadas.
- Abscesos cutáneos.

Algunos de los aditivos con los que se mezcla la heroína pueden obstruir los vasos sanguíneos de pulmones, hígado, riñones o cerebro y causar infecciones y lesiones muy graves en estos órganos.

INHALABLES VOLÁTILES

¿QUÉ ES?
Varios compuestos químicos volátiles (incluyendo gases como óxido nitroso, solventes volátiles como tolueno y nitritos alifáticos) producen efectos sobre el sistema nervioso central. Debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes.

El término inhalante se aplica a un grupo muy diverso de sustancias que se hallan en productos como gasolina, removedores de esmalte para uñas, removedores de pinturas y adhesivos (Weir, 2001).

Los inhalables se clasifican bajo las siguientes categorías:

Solventes

- Solventes industriales o domésticos o productos que contienen solventes, incluidos los diluyentes o solventes de pintura, los desgrasadores (líquidos de lavado en seco), la gasolina y los pegamentos.
- Solventes de efectos de arte u oficina, incluidos los líquidos de corrección, líquido de marcadores de punta de fieltro y limpiadores de contactos electrónicos.

Gases

- Gases utilizados en productos domésticos o comerciales, incluidos los encendedores de butano y los tanques de propano, aerosoles o surtidores de crema batida y gases refrigerantes.
- Propelentes de aerosoles domésticos y solventes asociados en artículos tales como pinturas en aerosol, desodorante en aerosol, laca para el cabello y protectores de tela en aerosol.
- Gases médicos anestésicos, tales como cloroformo, halotano y óxido nitroso (gas hilarante).

Nitritos

- Nitritos alifáticos, incluidos nitrito ciclohexílico, el cual está disponible al público en general; nitrito amílico, disponible sólo con receta; y nitrito butílico, que ahora es una sustancia ilegal.

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

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

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

EFECTOS PARA LA SALUD
Se inducen cambios marcados en el estado mental de las personas que abusan del tolueno y otros solventes.

La inhalación de solventes orgánicos es la causa de varios cambios neuropatológicos asociados con una disminución en el funcionamiento cognitivo. Los trabajadores expuestos crónicamente a mezclas de solventes orgánicos en el entorno, a concentraciones dentro de los valores aceptables o que los excedan ligeramente, presentan sutiles déficit cognitivos detectados mediante potenciales visualmente evocados (Indulski y colab., 1996). La inhalación crónica de solventes, principalmente de base tolueno, puede producir una psicosis paranoide persistente, epilepsia lobular temporal y una disminución en el CI. Estas secuelas psiquiátricas y neurológicas del uso crónico de solventes son graves y potencialmente irreversibles (Byrne y colab., 1991).

La intoxicación por inhalantes es similar a la embriaguez producida por el alcohol, con síntomas tales como sensación de bienestar, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental, somnolencia, etc.

Al igual que el alcohol se trata de sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central que primero desinhiben al consumidor, para sumirle progresivamente en una depresión general que puede dar lugar a sueño, estupor o coma.

Efectos fisiológicos.

- Irritación de la conjuntiva de los ojos y de las vías respiratorias superiores.
- Lagrimeo.
- Tos.
- Gastritis.
- Inhibición del apetito.
- Dolor de cabeza.

En el plano psicológico.

- · Un riesgo muy importante es la aparición de alucinaciones visuales.
- · Irritabilidad.
- · Disminución de la concentración.
- · Deterioro del rendimiento escolar.
- · Absentismo escolar.

En el plano orgánico.

- Trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, anorexia).
- Trastornos renales y hepáticos.
- Arritmias.
- Alteraciones respiratorias (bronquitis crónica, edema pulmonar).
- Conjuntivitis crónica.
- Muerte súbita por fallo cardíaco, muerte por aspiración de vómito, muerte por arritmias ventriculares.

Poppers:

- **En dosis altas y un uso prolongado pueden ocasionar**: náuseas, vértigos, delirios, disminución del ritmo cardíaco, dificultades en la respiración, hipotensión y pérdida de conocimiento.
- **Riesgos para la salud:** enrojecimiento de cara y cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, taquicardia e hipotensión, elevado riesgo de intoxicación por sobredosis, depresión respiratoria, convulsiones, vértigos, coma, lenguaje incoherente, tendencia al sueño, aumento de tiempo de respuesta, tendencia a la violencia y agresividad.

KETAMINA

¿QUÉ ES?

La ketamina es un anestésico sintetizado en 1962 que sigue utilizándose en la actualidad con fines médicos y en veterinaria. Su presentación farmacéutica es en forma de líquido inyectable.

En la calle se puede encontrar como líquido, polvo, cristales, pastillas o cápsulas y se conoce popularmente como «special K». En ocasiones, puede estar mezclada con otras sustancias (efedrina, cafeína...).

La ketamina es un anestésico disociativo que pertenece a la familia de fármacos de arilcicloalquilamina y actúa sobre los receptores de glutamato.

Se incluye en el grupo de los alucinógenos. Es una droga perturbadora

La ketamina (DCI) es la (±)-2-(o-clorofenil)-2-(metilamino)ciclohexanona. Contiene un centro quiral, por lo que cuenta con dos enantiómeros: S-(+)-ketamina y R-(–)-ketamina. Por lo general se comercializa la forma racémica, pero es cada vez más frecuente que las preparaciones comerciales contengan el enantiómero S-(+)- más activo.

La ketamina es una arilcicloalquilamina relacionada estructuralmente con las ciclidinas, como la fenciclidina. Se trata de un antagonista no competitivo del receptor NMDA que afecta al sistema nervioso central produciendo alucinaciones, trastornos del pensamiento, la percepción y la función motora y que también puede provocar depresión respiratoria leve. Se utiliza como anestésico, tanto en medicina como en veterinaria.

La ketamina (IC-581) es un anestésico general disociativo, no barbitúrico y no narcótico, descrito por Domino y colaboradores en 1965(75,76). La anestesia producida por esta sustancia es diferente a la de los anestésicos clásicos en el sentido de que causa un peculiar estado de inconsciencia en el que la persona no está dormida ni anestesiada, sino desconectada de su cuerpo y de su entorno. Se produce una disociación funcional de dos áreas cerebrales: el tálamo-neocortex y el sistema límbico. La ketamina se introdujo en la práctica clínica anestésica para sustituir a la fenciclidina que ocasionaba los citados efectos disociativos y que, poco después, se observarían también con la ketamina.

EFECTOS PARA LA SALUD

Los riesgos asociados al consumo de ketamina son los característicos de las drogas alucinógenas: ansiedad, ataques de pánico, mareos, distorsiones del pensamiento, confusión e ideas delirantes. De la misma manera, su uso está especialmente contraindicado en personas con trastornos psiquiátricos o desequilibrios afectivos y emocionales.

Su consumo habitual produce alteraciones en la memoria y en la concentración y deterioro de las habilidades del individuo.

La ketamina tiene un elevado riesgo de adicción y una rápida tolerancia. Su combinación con alcohol u otras drogas aumenta el riesgo de sufrir depresión respiratoria, episodios de síncope o paro cardiaco. La mezcla con psicoestimulantes y/o alucinógenos puede provocar una reacción impredecible y muy peligrosa.

Se asocia a ciertos consumos de ketamina la notable pérdida de consciencia y capacidad de movimiento.

El consumo habitual de ketamina, como droga de abuso, se ha asociado con la aparición de ataques de pánico y ansiedad, problemas de memoria, dificultades de concentración y flashbacks. Parece muy probable que su uso en grandes dosis o de forma continuada pueda provocar daño cerebral selectivo a largo plazo. Estos efectos del consumo crónico podrían tardar en desaparecer desde meses hasta dos años después de haber abandonado el consumo.

La ketamina puede favorecer que personas con síndrome depresivo piensen en el suicidio o intenten suicidarse y que personas agitadas se vuelvan violentas y agresivas.

La ketamina posee un efecto antidepresivo.

La ketamina no tiene efecto depresor sobre la ventilación pero se puede producir apnea si se administran dosis muy elevadas.

METANFETAMINA

¿QUÉ ES?
Es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso.

La metanfetamina tiene un elevado poder adictivo. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua. Popularmente se conoce con el nombre de «speed», «meth» y «chalk» o bien «hielo» o «crystal» si se consume fumada. Se puede consumir por vía oral, inhalada, fumada o inyectada, lo que determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce.

Los ETA (amphetamine-type stimulants, ATS), Estimulantes de Tipo Anfetamínico, pueden dividirse en dos categorías principales: el grupo de las anfetaminas (principalmente anfetamina y metanfetamina) y el grupo del éxtasis (MDMA y sus análogos).

La metanfetamina es el ETA más fabricado en todo el mundo.

EFECTOS PARA LA SALUD
El abuso crónico de la metanfetamina cambia de forma significativa el funcionamiento del cerebro. Los estudios no invasivos de neuroimágenes del cerebro humano han mostrado alteraciones en la actividad del sistema dopaminérgico que están asociadas con una disminución en el rendimiento motor y un deterioro en el aprendizaje verbal. Asimismo, estudios recientes en personas que han abusado de metanfetamina por periodos prolongados también revelan cambios graves de estructura y función en las áreas del cerebro asociadas con las emociones y con la memoria. Esto podría explicar muchos de los problemas emocionales y cognitivos que se observan en los abusadores crónicos de metanfetamina.

El abuso repetido de la metanfetamina también puede llevar a la adicción, una enfermedad crónica con recaídas caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de la droga, que viene acompañada por cambios químicos y moleculares en el cerebro. Algunos de estos cambios perduran mucho tiempo después del cese del consumo de metanfetamina. Sin

embargo, se ha observado que algunos cambios se revierten después de periodos sostenidos de abstinencia (por ejemplo, más de 1 año).

El consumo de metanfetamina, incluso en pequeñas cantidades, puede producir muchos efectos físicos parecidos a otros estimulantes como la cocaína o la anfetamina, incluyendo una prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, disminución del apetito, aumento de la frecuencia respiratoria, aceleración de la frecuencia cardiaca, irregularidad del latido del corazón, aumento en la presión arterial e hipertermia.

El abuso a largo plazo de la metanfetamina tiene muchas consecuencias negativas, entre ellas, una pérdida extrema de peso, problemas dentales graves (boca de metanfetamina o «meth mouth»), ansiedad, confusión, insomnio, perturbaciones en el estado de ánimo y comportamiento violento. Las personas con historial de abuso prolongado de metanfetamina también demuestran varias características psicóticas, como paranoia, alucinaciones visuales y auditivas y delirio (por ejemplo, la sensación de tener insectos que caminan debajo de la piel).

Otras consecuencias que pueden resultar del abuso de la metanfetamina incluyen la transmisión del VIH y de la hepatitis B y C. Los efectos intoxicantes de la metanfetamina por cualquier vía de administración pueden alterar el juicio y la inhibición y hacer que los usuarios practiquen actividades peligrosas, por ejemplo, comportamientos sexuales de riesgo. Los toxicómanos que se inyectan la droga pueden transmitir el VIH y otras enfermedades infecciosas a través de agujas o jeringuillas contaminadas u otros equipos utilizados para inyectar la droga, cuando éstos se comparten entre varias personas. El abuso de la metanfetamina también puede empeorar la evolución del VIH y sus consecuencias. Los estudios indican que el VIH causa mayor daño neuronal y cognitivo en las personas VIH+ que tienen historial de abuso prolongado de metanfetamina en comparación con las personas VIH+ que no usan la droga.

Efectos a corto plazo

- Aumento de la atención.
- Reducción del cansancio.
- Reducción del apetito.
- Sensación de euforia.
- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Hipertermia (golpe de calor).
- Convulsiones.
- Sobredosis.
- Aumento de la libido.
- Relaciones sexuales de riesgo.
- Trastornos paranoides.
- Reacción aguda por plomo usado como reactivo (vía intravenosa).

La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros son de corta duración, aunque su eliminación de la sangre es bastante lenta (12 horas). Al intentar mantener este efecto con el uso de dosis repetidas, se potencia su toxicidad y el riesgo de sobredosis.

Efectos a largo plazo

- Adicción.
- Insomnio.
- Anorexia.
- Disminución de la libido.
- Comportamiento violento.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Alucinaciones auditivas y visuales.
- Psicosis.

Algunas de estas alteraciones persisten incluso mucho después de no consumir la droga.

Otros riesgos añadidos son los derivados del consumo por vía inyectada, ya sea por la aparición de flebitis o abscesos cutáneos o por la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras) en individuos que utilizan material de inyección sin higiene o que lo comparten con otros inyectores.

SALVIA

¿QUÉ ES?
La Salvia divinorum es una planta perteneciente a la familia Lamiaceae procedente de la región de Oaxaca en Méjico, que los mazatecas consumían directamente, masticando sus hojas frescas, en forma de infusión, con fines rituales o médicos. La especie fue caracterizada en Europa, en 1962 por Epling y Játiva.

[7]Recibe diversas denominaciones: ska pastora, ska María, hierba María o hierba de los Dioses, Sally D, Diviner´S Sage, Lady Salvia, Magic Mint, etc.

El principio activo responsable de sus efectos psicoactivos se encuentra en las hojas y es la Salvinorina A.

La Salvinorina A es un diterpeno y no un alcaloide como es el caso de los alucinógenos clásicos, por lo que su molécula no contiene nitrógeno y es insoluble en agua.

La Salvia debe sus efectos psicoactivos a que la Salvinorina A (principio activo) es un potente agonista de los receptores opioides Kappa y, a diferencia de lo que ocurre con el resto de sustancias alucinógenas, no tiene efectos sobre los receptores serotoninérgicos que son los principales responsables de los efectos alucinógenos de la mayoría de sustancias de este tipo ni sobre los receptores NMDA.

EFECTOS PARA LA SALUD
Se ha descrito la aparición de mareo, amnesia y cefalea intensa con posterioridad a la desaparición del resto de los efectos. No se dispone de información sobre los efectos del consumo de salvia a largo plazo ni sobre su posible potencial adictivo.

La mayoría de la información sobre los efectos producidos por el consumo de salvia procede de la información vertida por los consumidores en Internet. En ella se avisa de la posibilidad de tener un «mal viaje».

SEDANTES E HIPNÓTICOS (aquí se incluyen los tranquilizantes, somníferos e hipnosedantes)

¿QUÉ ES?

Los tranquilizantes menores más comunes son los somníferos (benzodiacepinas y barbitúricos) (Jacoy Fehr, 1987). Muchos solventes, al inhalarse, producen efectos similares a los sedantes e hipnóticos, que se han considerado en la sección anterior sobre solventes volátiles. Los sedantes e hipnóticos pueden frenar las funciones del cerebro y otras partes del sistema nervioso.

EFECTOS PARA LA SALUD

Los efectos de los sedantes e hipnóticos van de la sedación leve hasta la anestesia general y, en caso de sobredosis severa, incluso la muerte. Estos fármacos se utilizan generalmente por sus propiedades embriagantes y desinhibitorias. Los somníferos también forman hábito y la tolerancia a estos fármacos se desarrolla fácilmente (Jacobs y Fehr, 1987). Los síntomas más comunes del uso de sedantes e hipnóticos son somnolencia, descoordinación motora de leve a moderada y obnubilación de las funciones mentales (Jacobs y Fehr, 1987).

A mayores dosis, estos efectos se agudizan y producen daños generales de la función motora, aumento en el tiempo de reacción y daños en la función cognitiva y en la memoria. En casos severos inducen el sueño e incluso es posible la muerte por depresión respiratoria. Asimismo, pueden ocurrir efectos posteriores de fatiga, dolor de cabeza y náuseas.

Los problemas se relacionan más con el consumo no médico que realizan los usuarios de múltiples drogas a las benzodiazepinas y con su empleo crónico en algunos pacientes. Las consecuencias incluyen problemas de memoria, riesgo de accidentes, caídas y fracturas de cadera en ancianos, síndrome de abstinencia, daño cerebral y sobresedación cuando se combinan con alcohol u otras drogas (lo que puede producir coma, sobredosis y muerte) (Griffiths y Weerts, 1997).

SETAS MÁGICAS

¿QUÉ ES?

Se incluyen bajo la denominación de alucinógenos.

Se conocen entre 70 y 100 especies de setas que contienen alcaloides psicotrópicos activos. La mayoría de ellos pertenecen a dos familias: agáricos (Amanita muscaria y panterina) y psilocybes (cubensis y mexicana, las más comunes). Su consumo como alucinógenos es en crudo o tras su desecación.

Los componentes alucinógenos de los psylocibes son la psilocina (4-hidroximetiltriptamina, 4-OH-DMT) y la psilocibina (fosforil-4- hidroxidimetiltriptamina, 4-PO-DMT), similares estructuralmente al neurotransmisor serotonina (5-HT). En realidad, la psilocibina es una prodroga de la psilocina ya que, in vivo, la psilocibina se convierte en psilocina tras defosforilación.

La potencia alucinógena varía dependiendo de la especie de que se trate, el tipo de cultivo, la forma de preparación, etc. pero, en general, el porcentaje de ingredientes activos en el producto desecado es 10 veces mayor que en el producto fresco, debido a que el agua constituye el 90% del peso del producto fresco.

EFECTOS PARA LA SALUD

Aunque los hongos alucinógenos se consideran, por lo general, de baja peligrosidad, la psilocina y la psilocibina se encuentran incluidas en la Lista I de la Convención de Sustancias

Psicotrópicas de 1971. No obstante, el control de estas sustancias se interpreta y lleva a cabo de forma muy diferente en los diferentes Estados Miembros.

Las amanitas son muy diferentes. Suelen contemplarse como mucho más peligrosas en su consumo y se acompañan de náuseas, temblor, vómitos, diarreas y sensaciones alucinatorio-delirantes desagradables. Su cultivo artificial no ha sido posible aún y son de consumo poco frecuente como droga recreativa. Los alcaloides activos de las amanitas son el muscimol y el ácido iboténico (que se transforma en muscimol), causante de un peculiar estado de embriaguez. Su identificación es más fácil sobre el terreno. Las intoxicaciones, a veces muy graves, son accidentales y por error en la recolección. Es excepcional el envenenamiento por uso recreativo.

SPICE (marihuana sintética)

¿QUÉ ES?
Se denominan *spice drugs* a una gran variedad de productos que contienen, supuestamente, mezclas de plantas exóticas, aromáticas y psicoactivas que no están sujetas a restricciones de tráfico internacional de psicotrópicos o estupefacientes.

La denominación de estos productos es muy extensa y variada: spice silver, gold y diamond, gorillaz, tropical sinergy, egypt, K2, solar ÿear, earth impact, moon rocks, lotus bleue, etc.

Se ofertan y venden como elementos coadyuvantes para la aromaterapia, la meditación, la práctica del yoga u otras disciplinas orientales. Son «inciensos» y no sustancias para su ingesta humana pero, hace ya tiempo, se dieron a conocer, en los blogs, foros y listas de distribución especializadas, sus posibilidades de consumo humano.

En muchos casos, aunque no en todos, se explicita, al menos, una parte de su contenido en plantas: Rosa canina, Pedicularis densiÿora, Leonotis, Nynphea, Althaea, Canavalia marítima, Zornia, etc.

El análisis de la composición de los productos que se ofrecen a la venta ha permitido obtener algunas conclusiones:

1. No siempre se detectan las plantas que supuestamente están declaradas como parte de su composición.
2. Se detectan, por el contrario, productos no declarados en la composición y que han resultado ser, en su mayor parte, cannabinoides sintéticos.
3. Contienen, casi siempre, altas cantidades de Vitamina E, que dificulta, por sí misma, la investigación analítica físico-química de otros componentes.

EFECTOS PARA LA SALUD
No existe apenas información sobre los efectos específicos de su consumo. En cualquier caso, sí se sabe que estas sustancias tienen un perfil muy similar al del cannabis, aunque con mayor rapidez en el inicio de la actividad psicodisléptica.

Los efectos objetivados en las intoxicaciones agudas observadas en los servicios de urgencias hospitalarios se limitan a taquicardia, agitación, ligera confusión mental, oscilación del nivel de conciencia y evolución favorable en pocas horas. Sin embargo, no pudieron identificarse las sustancias responsables en las pruebas toxicológicas de rutina. Los test rápidos de drogas en orina detectan derivados del THC pero no dan resultado positivo con los derivados cannabinoides sintéticos como los spice drugs.

TABACO

¿QUÉ ES?

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.

Durante la combustión del tabaco se originan más de 4.000 productos tóxicos diferentes. Entre ellos, destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse, los siguientes:

- Alquitranes: responsables de los distintos tipos de cáncer.
- Monóxido de carbono: favorece las enfermedades cardiovasculares.
- Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico): responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- Nicotina: causa la dependencia del tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.

EFECTOS PARA LA SALUD

Fumar un cigarrillo significa exponerse a numerosas sustancias perjudiciales para la salud y al riesgo de desarrollar una dependencia.

El monóxido de carbono se encuentra en el humo del tabaco, y pasa a la sangre a través de los pulmones. Es el responsable del daño en el sistema vascular por una parte, y de la disminución del transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por otra. Produce fatiga, tos y expectoración.

La nicotina actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. También actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardiaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.

En España cada año mueren más de 50.000 personas debido al consumo de tabaco, más que por los accidentes de tráfico y el consumo de drogas ilegales juntos.

Alteraciones:

El tabaco produce al poco tiempo de empezar a consumirse algunas alteraciones poco deseables entre las que se encuentran:

- Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado «rostro del fumador».

- Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales.
- Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco.
- Manchas amarillentas en uñas y dedos.

Efectos a corto plazo

Efectos a corto plazo:

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

Efectos a corto plazo en jóvenes:

- Aumento de catarros de repetición.
- Aumento de la tos.
- Disminución del rendimiento deportivo.
- Pérdida de apetito

Enfermedades

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan las siguientes:

- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias).
- Úlcera gastrointestinal.
- Gastritis crónica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer bucofaríngeo.
- Cáncer renal o de vías urinarias.
- Impotencia sexual en el varón.

Riesgos adicionales en las mujeres:

- La probabilidad de padecer un infarto se multiplica por 10 en las mujeres que fuman y utilizan anticonceptivos orales.
- Entre las mujeres fumadoras, la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado.
- Aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis.

El consumo de tabaco incrementa en un 70% el riesgo de morir prematuramente por diversas enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Este mayor riesgo es directamente proporcional al tiempo que se lleva fumando, a la cantidad de cigarrillos que se fuman a diario, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido en nicotina y alquitrán de la marca fumada.

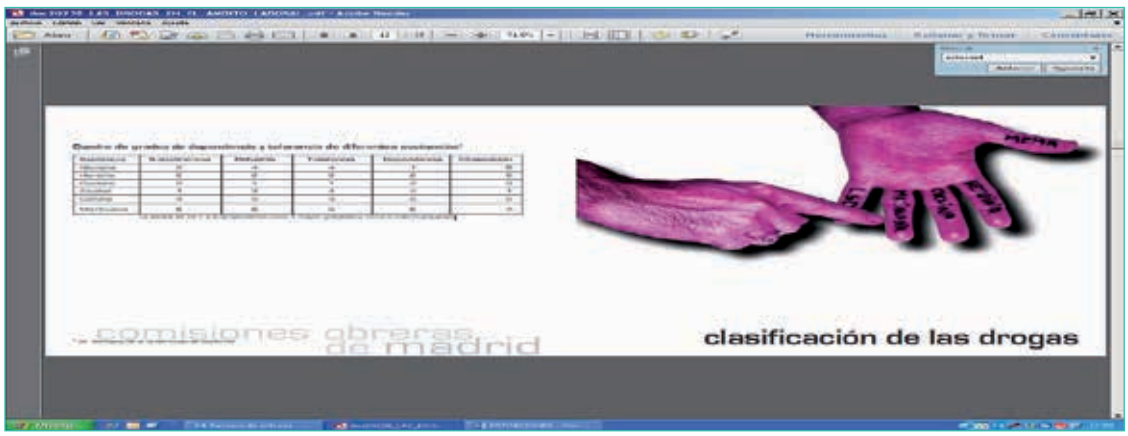
El tabaquismo es la causa de:

- Más del 90% de los casos de bronquitis.
- Del 95% de los casos de cáncer de pulmón.
- Del 30% de todas las cardiopatías coronarias.
- Parte importante de los casos de cáncer de esófago, vejiga urinaria, cavidad bucal y laringe.

INFORMACIÓN GENERAL

Sustancia	S. abstinencia	Refuerzo	Tolerancia	Dependencia	Intoxicación
Nicotina	3	4	4	1	6
Heroína	2	2	2	2	2
Cocaína	3	1	1	3	3
Alcohol	1	3	4	4	1
Cafeína	4	5	3	5	5
Marihuna	6	6	5	6	4

La escala es de 1 a 6, entendiendo como 1 mayor gravedad y como 6 menor gravedad.



Fuente: Las drogas en el ámbito laboral Material formativo para la atención sindical en drogodependencias. Comunidad de Madrid, CCOO. (Dr. Benowitz de la Universidad de California).

Droga	Tipo de droga	Dependencia psicológica	Dependencia física	Tolerancia
Alcohol	Depresor del SNC	Alta	Moderada	Sí
Tabaco (nicotina)	Estimulante del SNC	Alta	Moderada	Sí
Cannabis	Depresor del SN	Moderada	Desconocida	Sí
Cocaína	Estimulante del SNC	Alta	Posible	Sí

Fuente: FICHA DIVULGATIVA. FD-24 (Instituto de Seguridad y Salud Laboral).

ANEXO III: BIBLIOGRAFÍA

ANEXO III: BIBLIOGRAFÍA REVISADA

1. Alcohol y Drogas en la Empresa. Prevención, Detección y Actuación ante el consumo. CAEB.
2. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. OMS.
3. Drogodependencias y Adicciones: Prevención en el Ámbito Laboral. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. UGT.
4. Guía para la mejora de la gestión preventiva. Drogdependencia en el mundo laboral. COEPA, 2003.
5. El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Mutua Navarra.
6. Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. PNSD.
7. Drogas emergentes. Informes de la comisión clínica. PNSD. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
8. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
9. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.
10. Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 3 de marzo de 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
10. National Institute on drugs Abuse (http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-metanfetamina)
11. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol
12. Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS. GENERALITAT VALENCIANA.
13. European Agency for Safety and Health at Work, Plan your campaign.
14. «En Prevención, da ejemplo» de Foment del Treball.
15. Sistema integral e integrado de atención social y sanitaria a la dependencia de las drogas desde la atención primaria. La Atención Primaria de la Salud como base del sistema de atención sociosanitaria para los problemas por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. COPOLAD.
16. ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para el uso en atención primaria.
17. INTERVENCIÓN BREVE para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. OMS, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social.
18. FICHA DIVULGATIVA. FD-24 (Instituto de Seguridad y Salud Laboral), 2008.
19. Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. Carmen Otero.
20. Centro Nacional de Condiciones de trabajo, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, INSHT (2007).
21. Las drogas en el ámbito laboral Material formativo para la atención sindical en drogodependencias. Comunidad de Madrid, CCOO.
22. Drogodependencia y adicciones, Prevención en el Ámbito Laboral. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
23. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), INFORME 2013: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad.
24. European Agency for Safety and Health at Work, Plan your campaign.
25. «En Prevención, da ejemplo» de Foment del Treball (2009).
26. Organización Mundial de la Salud. Alcohol, Nota descriptiva N° 349, Mayo de 2014.
27. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS. GENERALITAT VALENCIANA.

28. Alcohol y Drogas en la Empresa. Prevención, Detección y Actuación ante el consumo. CAEB.
29. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. OMS.
30. Organización Mundial de la Salud. Programas: gestión de abuso de sustancias (Inglés).
31. Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía sobre Drogas 2007 (http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/Guia2008/cannabis.htm)
32. National Institue on drugs Abuse (http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-esteroides-anabolicos)
33. Las drogas.Info. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (http://www.lasdrogas.info/adicciones-sustancias-inhalantes.html).
34. COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN FARMACODEPENDENCIA. Serie de informes técnicos 942.
35. http://www.tupunto.org/

Foment del Treball Nacional

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

con la financiación de:

FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

AT-0137/2014