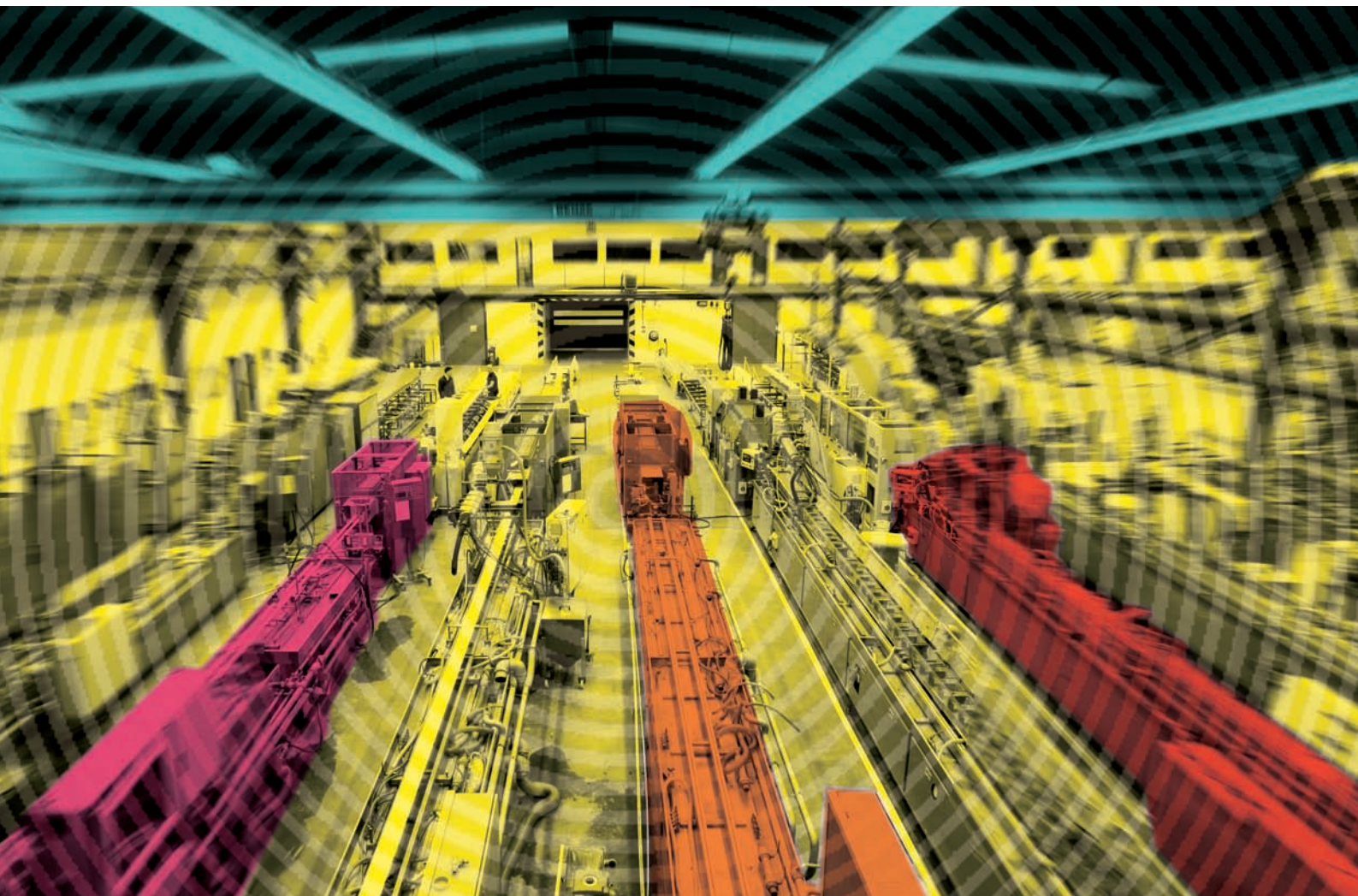




COLECCIÓN
RECOMENDACIONES
PARA UNA
EMPRESA SALUDABLE

03 EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL. UNA REALIDAD QUE AFRONTAR





COLECCIÓN
RECOMENDACIONES
PARA UNA
EMPRESA SALUDABLE

EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL. UNA REALIDAD QUE AFRONTAR

Elaborado por

Proceso de Gestión del Absentismo Mutua Navarra.
La presente publicación ha sido elaborada en el marco del proyecto “*Guía de actuación empresarial ante el alcohol y otras adicciones*”.

Diseño

Errea Comunicación

Impresión

Gráficas Biak

Depósito Legal

NA 3545-2011

Subvencionado por

El Instituto Navarro de Salud Laboral (Resolución 40/2011, de 6 de junio), en la modalidad “*Investigación y actuaciones en Salud Laboral*”.

El Gobierno de Navarra, que ha subvencionado este proyecto, no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos u opiniones que en esta publicación se recogen.

Equipo de Trabajo

Rafael Mayorga Mas. Biólogo.
Amaya Moreno Iragui. Psicopedagoga.
Idoya González Gorría. Psicóloga.

Con la colaboración de

Isabel Babiano Garzón. Médico.
Mila Huarte Zabaleta. Revisión y “ojo de halcón”.

Agradecimientos

Fundación Proyecto Hombre: Alfonso Arana, Gorka Moreno y Jesús M^a Terradillos.

Asociación Acoad: Juan Carlos Oria Mundín.

Instituto de Salud Pública de Navarra.

Instituto Navarro de Salud Laboral.

Confederación de Empresarios de Navarra.

Así como a todas las personas participantes de los Foros de Absentismo en Pamplona y Tudela, empresas e instituciones que han colaborado con nosotros.

ÍNDICE

Introducción	07
Capítulo 1 De qué hablamos cuando hablamos de alcohol y otras drogas	09
Capítulo 2 Razones para actuar en la empresa	21
Capítulo 3 Mover a la acción. Políticas de actuación	43
Capítulo 4 Estrategias de actuación	57
4.1. Acción preventiva	61
4.2. Acción asistencial	73
4.3. Retorno al trabajo	99
Capítulo 5 Veinte realidades	107
Anexos	113
Anexo I. Fuentes bibliográficas	115
Anexo II. Centros asistenciales en Navarra	119



No nos atrevemos a muchas cosas porque son difíciles, pero son difíciles porque no nos atrevemos a hacerlas" LUCIO ANNEO SÉNECA

INTRODUCCIÓN

Abordar la problemática del alcohol y otras drogas en el ámbito laboral como tema para desarrollar este tercer volumen de la colección "*Recomendaciones para una empresa saludable*", exige un cierto grado de valentía y atrevimiento por nuestra parte. No es un tema fácil, como nos han hecho conocer, nada más mencionarlo, muchas personas con las que hemos contactado durante la elaboración de la guía.

A la dificultad de su abordaje se suma una segunda característica de peso, la escasa receptividad empresarial que, hasta la fecha, existe por esta problemática, presente en las empresas más de lo que inicialmente nos podemos imaginar tal como se refiere en un amplio número de estudios técnicos.

Un tercer elemento se une a su dificultad y su baja receptividad, y es el recelo a intervenir por temor a conculcar derechos y garantías de respeto a la intimidad y confidencialidad de datos relativos a la salud individual de las personas. ¿Hasta dónde se puede llegar en el conocimiento de la realidad del problema sin invadir la esfera de lo personal? La falta de una respuesta clara a esta pregunta se ha convertido, en muchas ocasiones, en el elemento inmovilizador para las empresas.

El entorno social tampoco nos lo pone fácil: el consumo de alcohol, especialmente, tiene una amplia aceptación social y un fuerte arraigo en nuestra cultura y tradiciones.

Somos conscientes de las graves repercusiones personales, familiares y sociales, y por extensión también laborales, que el consumo excesivo de alcohol y/u otras drogas nos ocasiona.

El alcohol y otras drogas constituyen un fenómeno complejo, multicausal y pluridimensional. Naturaleza tan diversa requiere, irremediablemente, un talante abierto, un enfoque interdisciplinario y un abordaje multimetodológico.

En este complejo entramado de permisividades y de perjuicios, su impacto en el entorno laboral es muy relevante. El consumo de alcohol y otras drogas constituye un problema que presenta, como mínimo, dos vertientes negativas o disfuncionales. Por un lado, el abuso es susceptible de afectar a las distintas actividades y procesos que configuran todo trabajo; por otro, determinadas condiciones, procesos y/o medio ambiente de trabajo pueden afectar (generando, manteniendo y/o potenciando) el consumo abusivo de estas sustancias. El abuso de estas sustancias es, por tanto, causa y efecto.

Debido a la gran influencia que las empresas ejercen sobre el comportamiento humano, en Mutua Navarra consideramos que el ámbito laboral es un lugar muy adecuado para desarrollar:

- acciones encaminadas a promover hábitos saludables,
 - conductas de consumo responsable y
-

-
- medios de ayuda adecuados en aquellos casos en los que el consumo se problematiza dañando la salud de los trabajadores.
-

El enfoque que ofrecemos en esta guía recoge en un único modelo las actuaciones relacionadas con consumos de alcohol y otras drogas de forma conjunta, buscando aportar sencillez y facilidad de implantación. Sabemos que esta simplificación supone cierta pérdida de rigor técnico-sanitario. Adoptar criterios diferenciados según tipología de drogas y/o consumos supera los objetivos que pretendemos alcanzar con la presente guía ya que supondría, a nuestro entender, añadir una complejidad mayor a la forma de actuar de la empresa. La labor de esta guía quedaría, por lo tanto, enmarcada en el ámbito de la gestión de la empresa.

No incluimos aquí las actuaciones dirigidas al consumo de tabaco, por entender que las campañas de abandono del tabaco están más ampliamente extendidas y conocidas en el marco laboral y porque están siendo aplicadas de forma cada vez más generalizada.

Si con este esfuerzo conseguimos disminuir la incidencia de estos problemas entre los trabajadores y mejorar la calidad de vida de la población afectada por un consumo abusivo de alcohol y otras drogas, contribuimos a que las empresas fomenten su responsabilidad social.


La guía se estructura en cinco capítulos según el siguiente esquema lógico: **1. “Qué es”**: conceptos básicos sobre las adicciones, dependencia, consumos, factores de riesgo, etc. **2. “Por qué hacer”**: percepción del consumo, repercusiones del consumo, beneficios de actuar, razones para actuar... **3. “Cómo hacer”**: cómo mover a la acción, características de un plan de acción, claves del éxito. **4. “Qué hacer”**: estrategias de actuación en tres ámbitos complementarios: preventivo, asistencial y retorno al trabajo. Finalmente, **5. “20 realidades”**, que acompañan al problema del alcohol y otras drogas pero que, muchas veces, resultan difíciles de valorar desde una perspectiva de empresa.

Hemos considerado conveniente destacar dos situaciones concretas que se problematizan en la empresa y detallar cómo proceder paso a paso con el fin de que puedan aplicarse en aquellos casos en los se presentan problemas de consumo abusivo de alcohol y otras drogas. Estas situaciones, y los esquemas de flujo que les acompañan, pretenden servir de pauta orientativa para su implantación en las empresas, si bien requerirán su adaptación a la realidad de cada entidad, conforme a los medios y recursos que se pongan a disposición.

Esperamos romper recelos, concienciar y mover a la acción a las entidades sensibles a las preocupaciones sociales que se esfuerzan por mejorar las condiciones de salud en sus empresas, aportando los medios necesarios para promover y mantener un alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

Capítulo 1

De qué hablamos cuando hablamos de alcohol y otras drogas



«La gente
huye del cólera,
y sin embargo no se
aparta del alcohol,
que es una plaga que
produce muchísimo
más daño»

Balzac

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

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

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

Tipos de sustancias, clasificadas según:

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

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

La clasificación más aceptada es la que atiende a los principales efectos causados en el sistema nervioso central de la persona que las consume. Esta clasificación aporta una definición basada en criterios científicos y universales. Atendiendo a esta clasificación, nos encontramos con tres tipos o grupos de sustancias:

- **Estimulantes del sistema nervioso central:** aceleran el organismo incrementando el estado de alerta y aumentando el estado de conciencia. Entre estas sustancias se encuentran la nicotina, la cafeína, la cocaína y las anfetaminas.
- **Depresores del sistema nervioso central:** ralentizan el funcionamiento del sistema nervioso, disminuyendo los reflejos calman el dolor, producen sueño, aturdimiento,... En dosis

elevadas, pueden llegar a paralizar la actividad cerebral que controla el aparato respiratorio produciendo la muerte. Las principales sustancias depresoras son los tranquilizantes, los derivados del opio (morfina, heroína, metadona) y el alcohol.

- **Perturbadoras del sistema nervioso central:** distorsionan el funcionamiento del cerebro originando alteraciones en las percepciones visuales y auditivas. Entre ellas se encuentran los derivados del cannabis, el LSD, las drogas de síntesis y los disolventes.

Al referirnos a las adicciones, hablamos ante todo de un problema de salud. En un sentido estricto y amplio, estamos ante un trastorno que afecta al bienestar de las personas en sus aspectos psicológico, físico y social (OMS). Las adicciones, por tanto, vienen definidas por una serie de características:

Características de la adicción

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

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

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

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

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

De esta manera, a lo largo del tiempo se da un proceso de abuso de una sustancia o comportamiento que inicialmente es gratificante (desinhibición, reconocimiento social, disminución de la ansiedad...), pero progresivamente la adicción se va instaurando y la conducta adictiva (consumo de

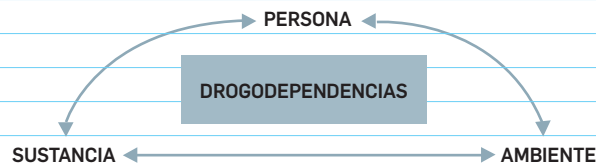
drogas, conducta de juego, abuso de internet...) se realiza para evitar el malestar producido por la abstinencia. Lo podemos representar en tres momentos:

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

Podemos clasificar las adicciones en:

1. Adicciones químicas o drogodependencias
2. Adicciones no químicas o comportamentales

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



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

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

Estas adicciones tienen como componente la administración de droga, es decir, una sustancia que al introducirse en el organismo produce alteraciones en el estado anímico, el nivel perceptivo o el funcionamiento cerebral, pudiendo causar dependencia psíquica y/o física:

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

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

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

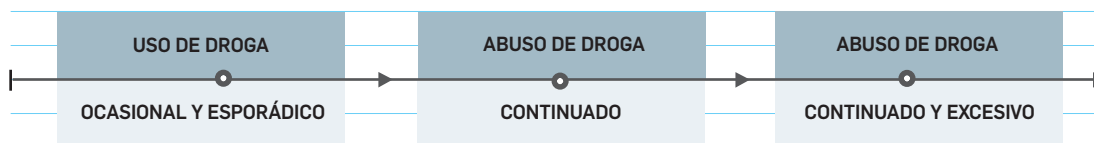
- Deseo de seguir consumiendo.
- Persistencia en la conducta dirigida al consumo.
- Habitación o proceso adaptativo del organismo a la droga.
- Pérdida de autocontrol.
- Tolerancia: por un lado, se va aumentando la cantidad de droga para conseguir los efectos buscados; y, por otro, los efectos iniciales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

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

El **consumo ocasional** aparece aisladamente, de manera circunstancial y sin continuidad. Aquí podemos englobar la prescripción médica, curiosidad, circunstancias recreativas aisladas, etc.

El **consumo abusivo o abuso** va referido a un consumo no prescrito de sustancias psicoactivas, dándose un uso continuado de las drogas a pesar de las consecuencias negativas.

La **drogodependencia** surge de un uso continuado y excesivo de una sustancia, trayendo consecuencias negativas graves durante un período largo de tiempo. Ésta puede ir desde un deseo leve, al ansia y compulsión por consumir la droga.



El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestra sociedad. Su consumo está altamente normalizado y forma parte de las pautas culturales, los usos, y las costumbres fuertemente arraigadas en numerosos contextos sociales.

Como sustancia, el alcohol actúa como un depresor del sistema nervioso central, es decir, inhibe progresivamente las funciones cerebrales, produciendo una disminución del nivel de consciencia y afecta, por tanto, a la capacidad de autocontrol. También produce inicialmente euforia y desinhibición por lo que suele confundirse comúnmente con un estimulante. Sin embargo, en realidad lo que provoca es un enlentecimiento de las funciones que lleva a cabo nuestro cerebro, reduciendo así buena parte de nuestras capacidades.

Tipos de consumo

La palabra **consumo de alcohol** se refiere a cualquier ingesta de alcohol. Cuando nos referimos al consumo de alcohol es importante diferenciar y matizar formas o patrones de consumo, ya que no todas comportan los mismos riesgos y requieren las mismas estrategias de prevención y/o intervención:

TIPOS DE CONSUMO				
CONSUMO MODERADO O DE BAJO RIESGO	CONSUMO EXCESIVO			
	CONSUMO DE RIESGO Aumenta la probabilidad de daños		CONSUMO PERJUDICIAL Ya se da presencia de daños físicos, mentales, sociales...	CONSUMO DEPENDIENTE Además de daños se da adicción
	REGULAR >28 UBE/semana Hombres >17 UBE/semana Mujeres	OCASIONAL >5 UBE/semana Hombres >4 UBE/semana Mujeres		

- 1. Consumo moderado** (también llamado consumo de bajo riesgo). Este término se utiliza para indicar que el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, y que es poco probable que derive en problemas relacionados con el alcohol.
- 2. El consumo excesivo de riesgo** 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. Se asocia al término **abuso** y comprende cualquier nivel de riesgo, desde el consumo de riesgo, pasando por el consumo perjudicial y hasta el consumo dependiente.

2.1. Se considera **consumo de riesgo** aquel que supera los límites de un consumo moderado y que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento.

2.2. El **consumo perjudicial** se refiere a un patrón de bebida que ya ha causado daño para la salud. El daño puede ser bien físico (p.ej., hepático debido al consumo crónico), o mental (p.ej., episodios depresivos secundarios al consumo), y con frecuencia va acompañado de otras consecuencias adversas de índole social, familiar y/o laboral.

2.3. Finalmente, cuando además de haberse producido daños, el consumo de alcohol se ha convertido en una conducta adictiva, hablamos de consumo dependiente de alcohol o **dependencia de alcohol**.

Según la nomenclatura de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), un diagnóstico de **dependencia** sólo 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 reduce o cesa, o consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar 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.

Por otro lado, podemos definir al abstemio como aquella persona que nunca consume alcohol de forma habitual, aunque tome alguna pequeña cantidad ocasionalmente.

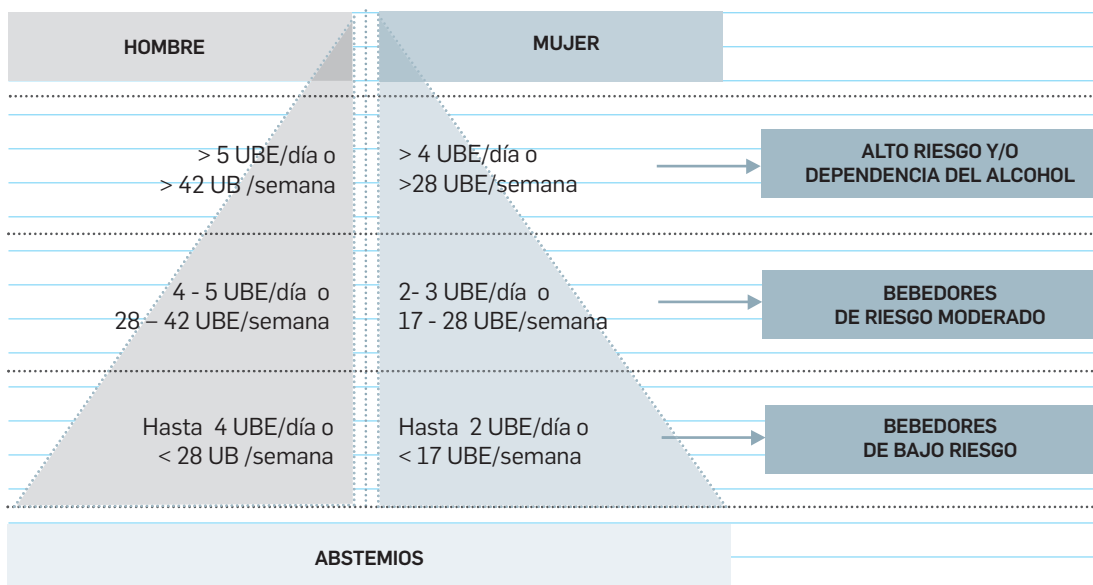
Unidades de bebida

Para calcular el consumo de alcohol se necesita conocer la cantidad de alcohol absoluto que tienen las bebidas que se toman. La cantidad de alcohol de una bebida se expresa en "Unidades de Bebida estándar" (UBE). **Una UBE equivale a unos 10 gramos de alcohol puro.**

TIPO DE BEBIDA	CANTIDAD	U.B.E.(APROX.)
Vino	1 vaso o copa	1
	1 botella	7
Cerveza	1 botellín	1
	1 tercio	1,5
	1 "litrona"	5
Aperitivos y licores	1 vermut	2
	1 copa	2
Whisky, ron, coñac	1 copa o combinado	2
	1 chupito	1
	1 botella	30

Si tenemos en cuenta que en España una UBE es igual a 10 gramos de alcohol, consideramos el límite de riesgo para la salud recomendado actualmente por las sociedades científicas y autoridades sanitarias el de 28 UBE / semana para el varón y 17 UBE / semana para la mujer.

Debe tenerse en cuenta que el alcohol afecta de forma diferente a hombres y mujeres, por lo que los valores son diferentes para cada caso. También se debe considerar, no sólo el cómputo global semanal, sino también la distribución de este consumo. En el gráfico a continuación se especifican los niveles de consumo según los diferentes tipos de consumidores de alcohol.



Asimismo, también se considera consumo de riesgo al que supera en una sola ocasión de consumo las 5 UBE (para hombres), y las 4 UBE (para mujeres).

No es lo mismo consumir, por ejemplo, 7 cañas semanales, una cada día, que las 7 cañas en una sola tarde. En el primer caso estaríamos ante un tipo de **consumo moderado**, mientras que en el segundo es claramente un **consumo perjudicial**.

El consumo excesivo de alcohol constituye un factor de riesgo en accidentes de tráfico, accidentes laborales, comportamientos agresivos, maltrato y violencia.

Origen del consumo de sustancias. Factores de riesgo y de protección

Existe un consenso generalizado entre profesionales del ámbito de las drogodependencias sobre el origen multifactorial del consumo de sustancias, entendiéndose el fenómeno de las drogodependencias como un fenómeno social, que aparece en el proceso de adaptación entre la persona y la sociedad en continuo cambio y evolución.

En el origen y desarrollo de una conducta adictiva influyen múltiples factores, unos protectores, otros de riesgo, de forma que nunca podremos identificar una causa única o establecer relaciones simples de causa-efecto.

Definimos los **factores de riesgo**, como aquellos elementos o condiciones sociales, ambientales e individuales que, en un momento determinado, aumentan la probabilidad de que una persona se inicie y progrese o no en el consumo de drogas. En ningún caso pueden ser considerados como factores causales o deterministas.

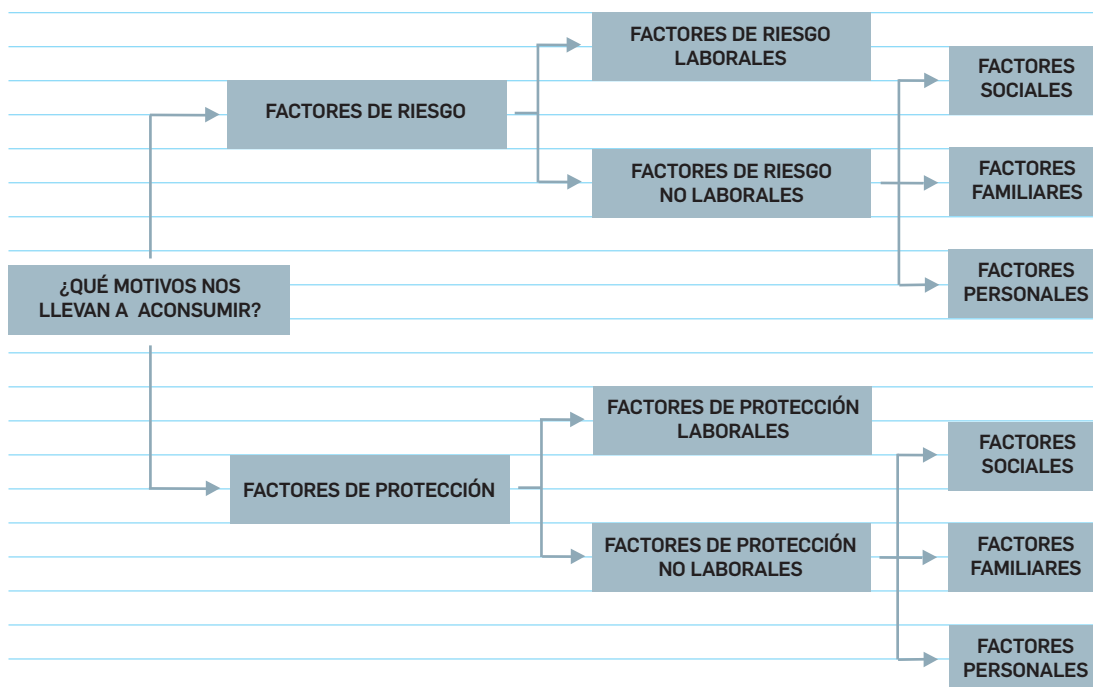
Por el contrario, existen otras variables, elementos o condiciones sociales, ambientales e individuales que, en un momento determinado, reducen la probabilidad de que una persona se inicie en su conducta adictiva. Son los denominados **factores de protección**.

De esta forma se podría decir que una persona se encuentra en situación de riesgo cuando tiene múltiples e importantes características de riesgo y escasas condiciones de protección. Las acciones, por tanto, deberían ir encaminadas a minimizar los factores de riesgo y, por otro lado, a aumentar al máximo los factores de protección.

Características de ambos tipos de factores:

- Ninguno de los factores (tanto de riesgo como de protección), puede considerarse más importante que otro, ya que el hecho de que cada persona tenga unas características personales y sociales hacen imposible determinar el peso relativo de cada factor.
- Siempre debemos hablar en términos de probabilidad, nunca de causalidad. Por lo tanto, el hecho de que un determinado factor de riesgo se vincule a un aumento de la probabilidad de iniciarse en una conducta adictiva no quiere decir que ese factor sea la causa de consumo, aunque sí podemos afirmar que la presencia de un mayor número de factores de riesgo se relaciona con un incremento del riesgo de iniciarse en una conducta adictiva.
- Por último, los factores de riesgo y de protección no pueden comprenderse de forma aislada, sino que interactúan dando lugar a complejas influencias difíciles de prever.
- Se recogen en las tablas adjuntas una relación de factores de riesgo y factores de protección, diferenciados entre aquellos presentes en el medio laboral y los que proceden del ámbito personal, familiar y social.

Según esto, se podría decir que la probabilidad de que una persona llegue a consumir drogas y pueda acabar desarrollando un consumo problemático, está íntimamente relacionada con los factores de riesgo y de protección que tenga.



FACTORES DE RIESGO**LABORALES****Organización del proceso productivo**

- Jornadas de trabajo muy largas.
- Rotaciones horarias.
- Sobrecarga de trabajo.
- Destajos.
- Elevados niveles de tensión.
- Promoción profesional limitada.

Puesto de trabajo y/o tareas

- Trabajos repetitivos y/o poco motivadores.
- Cambios frecuentes de puesto.
- Condiciones laborales precarias.
- Condiciones climatológicas adversas.
- Trabajos solitarios.
- Dificultad compaginar vida laboral, social y personal.
- Trabajos de manipulación de tóxicos.
- Puestos con alto riesgo estrés: sanitario, trabajo con maquinaria peligrosa, o trabajos con disponibilidad de sustancias adictivas (camareros, sanitarios...).
- Prácticas comerciales: comidas de trabajo invitaciones...

Ambiente laboral

- Conflictividad laboral.
- Ambientes de gran competitividad.
- Tolerancia y/o consumo de ciertas drogas en el lugar de trabajo.
- Falta planificación y flexibilidad en la ejecución de la tarea.
- Inestabilidad en el puesto de trabajo.

NO LABORALES**Sociales**

- Sistema de valores inadecuados.
- Actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias.
- Carencia de relaciones sociales, o relaciones inadecuadas.
- Disponibilidad del objeto adictivo.
- Pobreza y graves carencias económicas.
- Consumo de drogas en el grupo de amistades.
- Falta de alternativas de ocio.

Familiares

- Problemas económicos en la familia.
- Conflictividad/dificultades familiares.
- Actitudes familiares positivas hacia el consumo de ciertas drogas.
- Presencia de consumidores/as de drogas en la familia.
- Imposibilidad de compatibilizar el trabajo y las tareas domésticas.
- Malas relaciones de pareja.

Personales

- Dificultades emocionales: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver problemas y tomar decisiones, carencia de autocontrol.
- Dificultades interpersonales: falta de habilidades sociales, falta de autocontrol.
- Acontecimientos vitales causantes de estrés.
- Soledad, e insatisfacción personal.
- Actitudes favorables hacia las drogas.

FACTORES DE PROTECCIÓN**LABORALES****Medidas relativas a la organización**

- Evitar desajustes entre formación y el puesto que ocupa.
- Limitar y/o eliminar la oferta de drogas legales en la empresa.
- Llevar a cabo planes de prevención de adicciones en la empresa.

NO LABORALES**Sociales:**

- Promoción de la salud.
- Generar actividades de ocio y tiempo libre alternativas a la cultura de consumo.
- Limitación accesibilidad a las drogas.
- Hobbies.
- Red social de protección (amistades, compañeros de trabajo, de aficiones...).

Familiares:

- Apego y cohesión familiar.
- Actitudes positivas hacia la salud.
- Valores psicosociales en la familia.

Personales:


- Los valores positivos hacia la salud y valores ético-morales.
- Actitudes positivas hacia la salud.
- Capacidad para tomar decisiones.
- Competencia en habilidades sociales (resolución conflictos, autoestima positiva...)

Capítulo 2

Razones

para actuar

en la empresa



«Alcoholismo es
la pérdida de libertad
frente al alcohol»

Pierre Fouquet

DÓNDE SITUAMOS EL ORIGEN

La legislación sobre materia laboral en España surge dentro del marco de la Constitución Española, que indica el deber de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo (Art. 40), y el derecho a disfrutar de un medio ambiente laboral adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (Art. 45). Estos deberes y derechos plantean la necesidad de desarrollar políticas de promoción de la salud en el trabajo. Dentro de estas políticas se encuentran las de prevención y asistencia de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.

Las condiciones de trabajo son una parte importante en la vida y pueden tener una decisiva influencia en los niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del ámbito laboral. La prevención de riesgos laborales es un deber de las empresas y un derecho de los trabajadores, los cuales también deben velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros. La Unión Europea considera un objetivo básico de las políticas laborales, la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de riesgos directamente derivados del trabajo y de los riesgos que pueden afectar al rendimiento laboral.

La gravedad de los consumos de alcohol y/u otras drogas en el medio laboral ha sido reconocida desde hace tiempo por la OIT (Organización Internacional del Trabajo), que considera que el consumo de alcohol y de drogas es un problema que concierne a un número elevado de trabajadores¹. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectadas de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol o las drogas². Indica también cómo el consumo de alcohol y drogas por los trabajadores produce un fuerte impacto que se extiende a la familia y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral³. **Por tanto, el consumo de alcohol y otras drogas es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al ambiente laboral y a la eficacia de la empresa.**

La aprobación de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) supone un cambio en las pautas de actuación de las empresas, con el fin de establecer una mejora de las condiciones de trabajo. Esta situación novedosa implica, así, una modificación en la cultura preventiva laboral.

¹ OIT. Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el alcohol y otras drogas. Ginebra 1988.

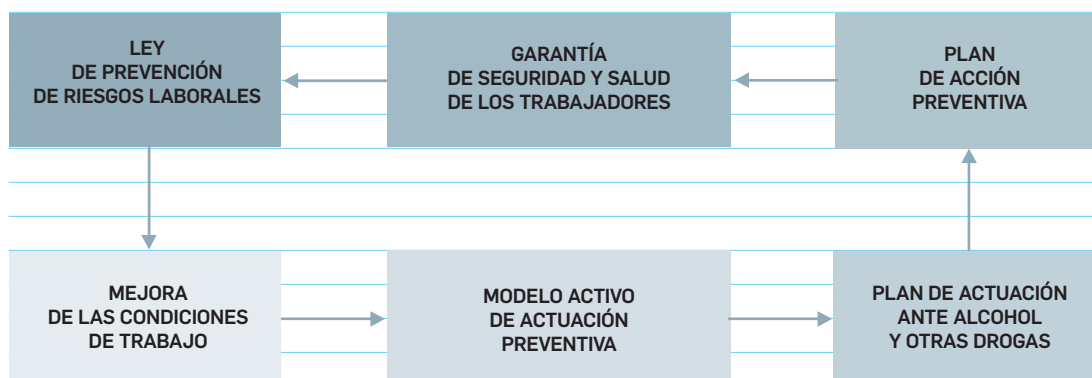
² OIT. Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de alcohol y drogas. Ginebra 1994.

³ OIT. Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Ginebra 1998.

Para poder alcanzar los objetivos pretendidos, la mencionada ley plantea la necesidad de que el empresario, como máximo garante de la seguridad y salud de los trabajadores, deba realizar unas actividades en estas facetas a través de un modelo activo de actuación preventiva, lo que supone que las actuaciones deben ir encaminadas a la adopción de medidas que garanticen la seguridad y salud de los trabajadores.

Es en este modelo de actuación preventiva donde se plantean las actuaciones en materia de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, para prevenir los accidentes y proteger la salud de los trabajadores.

Las actuaciones, por tanto, se deben desarrollar en el marco del Plan de Acción Preventiva de la propia empresa y, consecuentemente se apoyarán en las estructuras organizativas y operativas previstas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que define con claridad los agentes responsables así como las competencias en materia preventiva.



Este modelo de actuación, aunque presenta una lógica sencilla de entender, va a suponer en muchas ocasiones un profundo cambio en el modo de concebir por parte de los profesionales de este ámbito, las diferentes acciones en materia de seguridad y salud en el trabajo, que con anterioridad a la entrada en vigor de la LPRL se realizaban generalmente a través de un modelo reactivo de actuación.

Desde la perspectiva de la evaluación de riesgos, el consumo de drogas tiene una relevancia especial por ser una CONDUCTA DE RIESGO que afecta gravemente a la salud y seguridad de los trabajadores y trabajadoras que las consumen, así como para otras personas del entorno laboral, los clientes o la misma empresa.

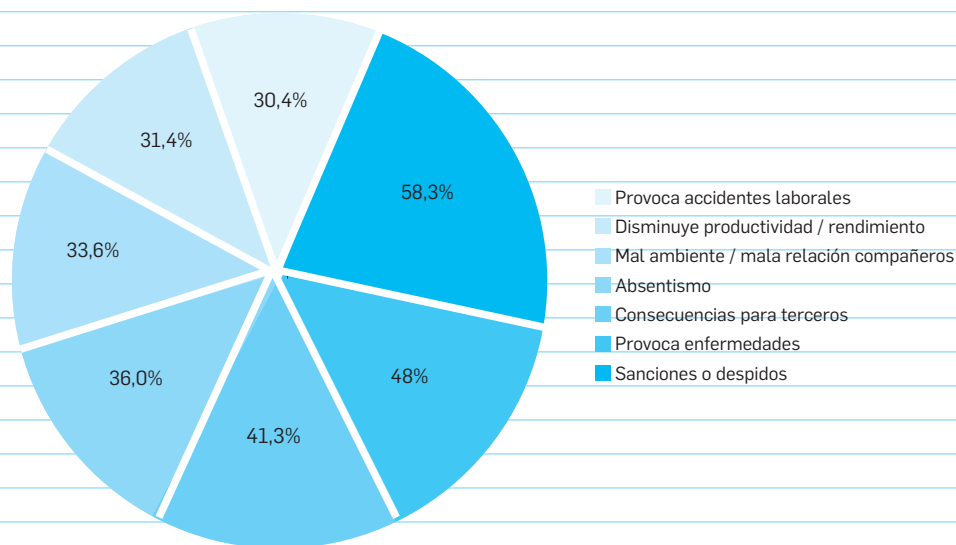
VISIBILIDAD. LA PERCEPCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL

El fenómeno del consumo excesivo de alcohol y de otras drogas en el ámbito laboral **no resulta muy visible para los trabajadores y empleadores**. Según la encuesta 2007-2008 sobre "Consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España" (Observatorio Laboral de España), hasta dos terceras partes de los entrevistados (75,8%) afirmaron NO CONOCER o no haber conocido ningún compañero que consumiera en exceso alcohol u otras drogas, mientras que el 20,7% conocía alguno y sólo un 3,4% conocía o había conocido a bastantes.

A pesar de que prácticamente 8 de cada 10 entrevistados no conocían ningún compañero que consumiera en exceso alcohol u otras drogas, casi 9 de cada 10 opinaron que el consumo de alcohol o de otras drogas en el medio laboral era un problema bastante importante o muy importante.

Entre las razones para considerar el consumo de alcohol y otras drogas como un problema importante en el trabajo, las tres más mencionadas fueron: la posibilidad de que pueda provocar accidentes laborales, disminución de la productividad o el rendimiento y que cause mal ambiente o malas relaciones con los compañeros.

Razones para considerar el consumo de alcohol y otras drogas como un problema importante en el trabajo.

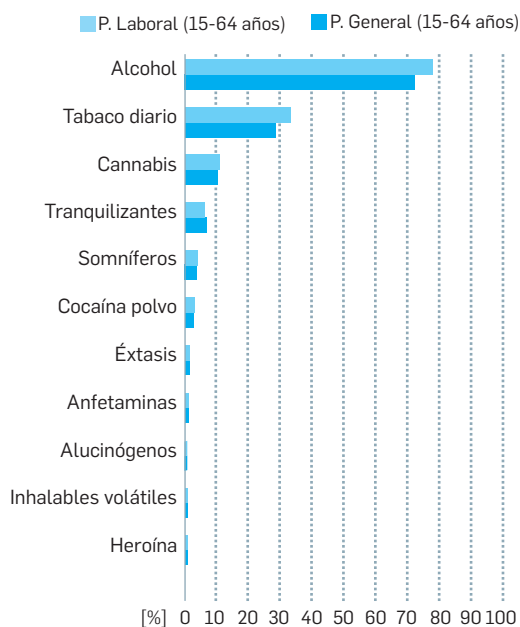


Las prevalencias de consumo de drogas en la población laboral son similares a las encontradas en la población general. En ambas poblaciones las sustancias psicoactivas más consumidas son las legales, en primer lugar el alcohol seguido del tabaco, y la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo es el cannabis seguido de la cocaína en polvo.

No obstante, se observa que la prevalencia de los distintos indicadores de consumo de tabaco, alcohol, y drogas ilegales tiende a ser ligeramente superior en la población laboral, con excepción del consumo de tranquilizantes y somníferos en la población de 35-64 años que es más bajo en la población laboral.

Al igual que ocurre en la población general, el alcohol es la droga psicoactiva más consumida en la población laboral:

Prevalencia de consumo de drogas



- La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es 92,7% en hombres y 87,6% en mujeres; en los últimos 12 meses es 82,4% en hombres y 71,3% en mujeres; en los últimos 30 días es 73,7% en hombres y 53,8% en mujeres y, finalmente, el consumo diario es 15,3% y 4,7% en hombres y mujeres respectivamente.
- Se consideran bebedores de riesgo (patrón de consumo abusivo de alcohol con más de 20 cc/día para las mujeres y más de 30 cc/día para los hombres) el **12,2% de los hombres** y el **4,9% de las mujeres**. De este porcentaje, aproximadamente la mitad tienen una alta probabilidad de desarrollar una dependencia alcohólica.
- Se consideran bebedores de alto riesgo (> 50 cc/día hombres y > 30 cc/día mujeres) el **5,0% de los hombres** y el **2,3% de las mujeres**.
- Se han emborrachado en el último año el **26,5% de los hombres** y el **14,0% de las mujeres**.
- El atracón de alcohol o "binge drinking" (consumo de 5 o más unidades estándar de alcohol en un intervalo aproximado de dos horas) se sitúa en el **19,7%** y **7,7%** en hombres y mujeres respectivamente.

- Las prevalencias de todos los indicadores de consumo de alcohol son mayores entre los varones que entre las mujeres.
- No hay grandes diferencias en las prevalencias de consumo en la vida, en los 12 meses, en los 30 días o durante los fines de semana según grupo de edad (16-34 y 35-64). Sin embargo, la prevalencia de consumo diario o en días laborables es más elevada en el grupo de mayor edad, y la prevalencia de atracones y borracheras es mayor entre los más jóvenes.

Porcentaje de población laboral con consumo de alcohol de alto riesgo (España 2008)

		HOMBRES	MUJERES
EDAD	16-34 años	5.0	2.6
	35-64 años	5.0	2.1
NIVEL EDUCATIVO	Sin estudios/Estudios primarios	8.7	3.3
	Estudios secundarios	4.5	2.2
	Estudios universitarios	2.9	2.0
ESTADO CIVIL	Soltero/a	5.4	3.0
	En pareja	4.1	1.6
	Separada/a – Divorciado/a – Viudo/a	11.0	3.4
PAÍS DE NACIMIENTO	España	5.2	2.4
	Otros	4.1	2.2
TOTAL		5.0	2.3

De forma general

Prevalencia de consumo

Las sustancias psicoactivas más consumidas por la población laboral son el alcohol y el tabaco. Las drogas ilegales con mayores prevalencias de consumo son el cannabis seguido de la cocaína en polvo. El consumo es similar al de la población general, si bien la población laboral muestra prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas ligeramente superiores, salvo para los hipnosedantes.

Características sociodemográficas

Para cualquiera de las sustancias psicoactivas consideradas, salvo para el caso de los hipnosedantes, es siempre mayor la proporción de hombres consumidores que la de mujeres consumidoras. El consumo de drogas ilegales se concentra en el grupo de los más jóvenes (16 a 34 años) mientras que el consumo de hipnosedantes predomina en edades más avanzadas (35 a 64 años).

La prevalencia de consumo de las drogas legales es mayor en el grupo de separado/divorciado/viudo mientras que el consumo de drogas ilegales predomina entre los solteros.

Situación laboral

Globalmente las prevalencias de consumo son mayores, para todas las sustancias consideradas, en el grupo de hombres parados frente al grupo de los que tienen empleo. Las mayores diferencias se observan para el consumo de hipnosedantes. La tendencia es muy similar en mujeres aunque con menores diferencias entre los grupos de empleadas y de paradas, destacando el mayor consumo de hipnosedantes entre estas últimas.

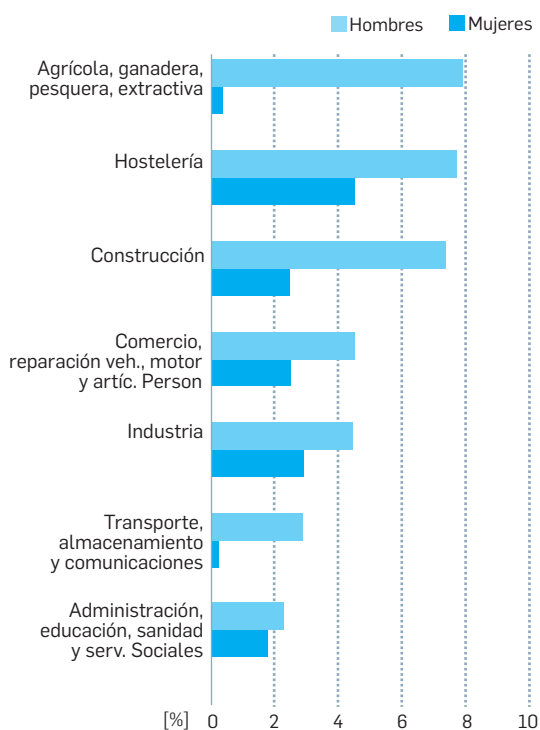
Sector de actividad

El consumo de alcohol diario y de riesgo predomina en el grupo de hombres que trabajan en la actividad primaria (agrícola, pesquera, ganadera y extractiva), hostelería y construcción. En las mujeres, el uso de hipnosedantes está significativamente más extendido en el sector de actividades primarias.

Para ambos sexos, las mayores prevalencias de consumo de drogas ilegales se observan en los sectores de la hostelería y la construcción, aunque también son considerables los consumos en los sectores de transporte y comercio.

Los sectores de hostelería y construcción serían tributarios, por tanto, de consideración prioritaria a la hora de diseñar e implementar intervenciones preventivas en materia de consumo de drogas legales e ilegales.

Consumo de alcohol de alto riesgo por sector de actividad



Satisfacción en el trabajo

El nivel de satisfacción obtenido con el trabajo desempeñado no muestra relación clara con el consumo de alcohol, ni en hombres ni en mujeres. Únicamente, se registran mayores prevalencias de consumo reciente de cannabis entre hombres y mujeres que declaran estar insatisfechos con su trabajo que entre los que se muestran satisfechos.

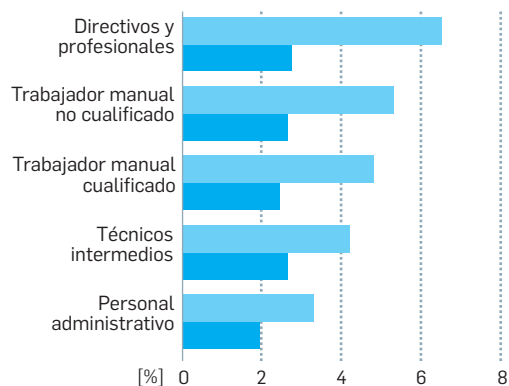
Riesgos de seguridad

Los hombres que dicen ejecutar tareas peligrosas o en condiciones de penosidad (malos olores, posturas, frío, calor, etc.) son también los que declaran, con mayor frecuencia, consumir alcohol. En este grupo se registra la presencia de bebedores que consumen diariamente o realizan consumos de riesgo. Para ambos sexos, también se observan mayores prevalencias de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína entre los trabajadores que dicen realizar trabajos de mayor peligrosidad o penosidad.

Categoría ocupacional

El consumo de alcohol de riesgo es más prevalente entre los directivos y profesionales que en el resto de categorías ocupacionales, siendo estas diferencias más evidentes en los hombres que en las mujeres. El consumo de drogas ilegales está más extendido, entre los hombres, en la categoría de trabajadores manuales mientras que, entre las mujeres, éste predomina en la categoría de personal administrativo y técnicos intermedios.

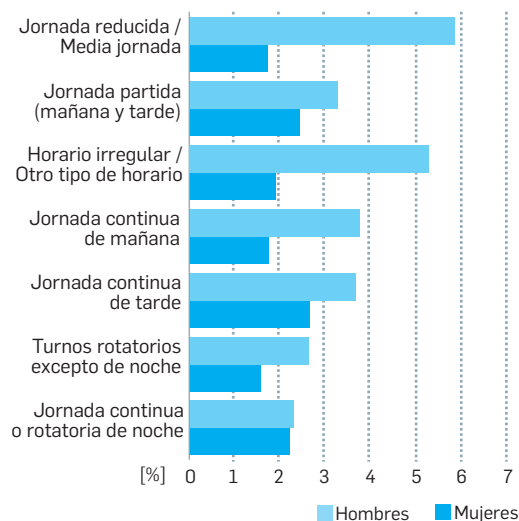
Consumo de alcohol de alto riesgo por categoría profesional



Tipo de jornada de trabajo

Entre los hombres, la mayor proporción de consumidores de drogas ilegales e hipnosedantes se observa en el grupo de los que realizan jornada reducida/media jornada.

Consumo de alcohol de alto riesgo por jornada de trabajo



Riesgos psicosociales

El consumo de drogas legales y la presencia de riesgos psicosociales muestran una clara asociación en la población laboral masculina. El consumo de alcohol es siempre más prevalente entre los trabajadores que declaran estar expuestos a dichos riesgos. Paradójicamente, se observan también mayores prevalencias de consumo entre

los trabajadores que declaran sentirse capacitados para realizar su trabajo o éste es adecuado a sus capacidades y formación. El consumo de drogas ilegales muestra mayores prevalencias entre los trabajadores de ambos sexos que dicen estar expuestos a los factores de riesgo psicosociales.

Condiciones de empleo

Las condiciones de empleo (salario y seguridad) parecen tener poca influencia sobre el consumo de alcohol. La existencia de malas condiciones de empleo se relaciona directamente con la prevalencia de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína, en ambos sexos.

Daños iniciales para la salud

Los trabajadores que declaran agotamiento y estrés (considerando éstos como indicadores de daños iniciales para la salud), muestran prevalencias más elevadas de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína que los que declaran no verse afectados por estos síntomas.

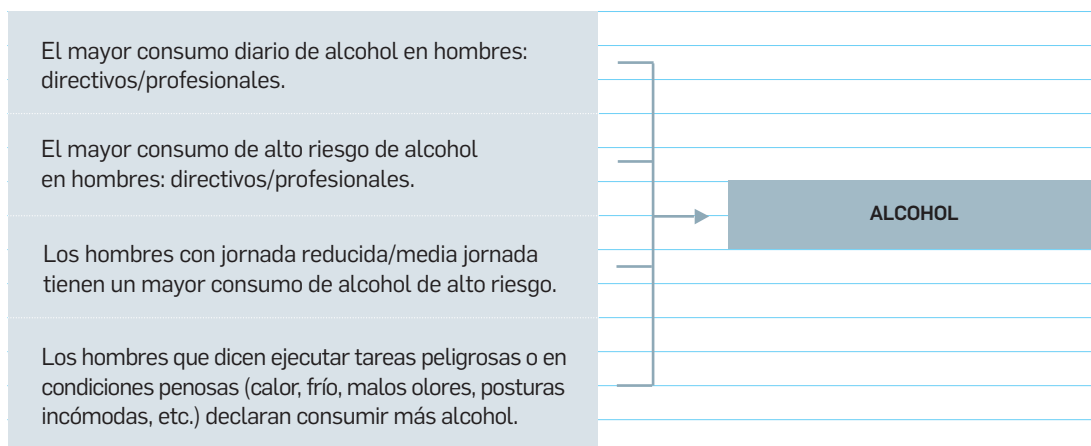
Percepción del consumo del alcohol y otras drogas en el ámbito laboral

Cerca de la mitad de la población laboral opina que el consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral es un problema muy importante que, además, puede afectar la productividad o el rendimiento laboral, motivar malas relaciones entre compañeros y mal ambiente laboral e incluso, aumentar el riesgo de accidentabilidad laboral. Sin embargo, 8 de cada 10 entrevistados declaran no conocer, o no haber conocido a ningún compañero que realizase un consumo excesivo de alcohol u otras drogas.

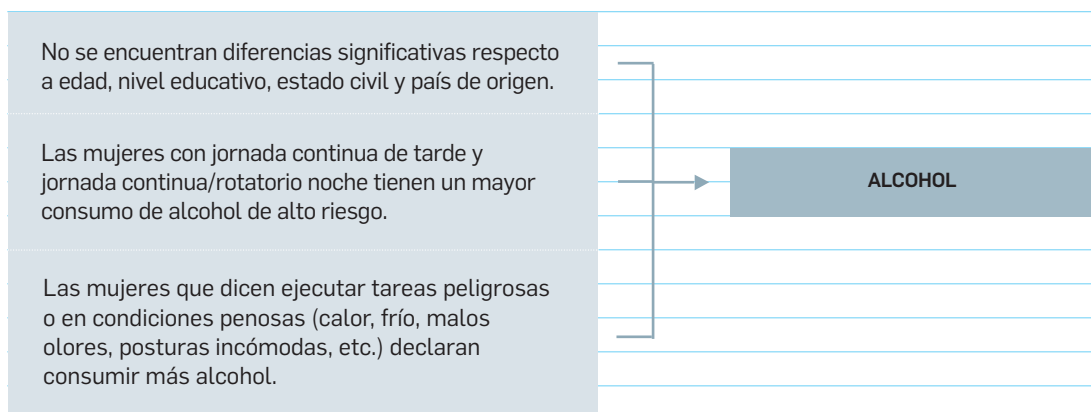
Información y otras actuaciones en la empresa sobre prevención del consumo de drogas

La mayoría de la población laboral (84,5%) afirma que no ha recibido ningún tipo de información facilitada u ofrecida por su empresa sobre los riesgos y la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas durante los doce meses previos a ser entrevistado. Las actuaciones consideradas más importantes por los entrevistados, a este respecto, fueron la información y formación de los trabajadores, y la orientación de los trabajadores con problemas de uso de alcohol u otras drogas hacia centros de atención especializada.

Entre los hombres



Entre las mujeres



QUÉ RAZONES PUEDEN MOVER A UNA EMPRESA PARA ACTUAR

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas contribuye a causar numerosos problemas en el conjunto de la sociedad. El medio laboral, parte integrante de la sociedad, no puede quedarse ajeno a estos problemas que tienen graves repercusiones, tanto para los empleados y sus familiares, como para la empresa donde trabajan. De hecho, el alcohol junto con el tabaco son las sustancias psicoactivas de mayor consumo entre la población laboral

Entre los **problemas relacionados con las drogas que afectan a los trabajadores** destacamos:

- Cerca del 75% de los adultos que consumen drogas ilícitas tienen empleo, al igual que la mayoría de los que consumen cantidades excesivas de alcohol.
- Los estudios demuestran que cuando se comparan con los empleados que no abusan de sustancias, los empleados que sí lo hacen tienen más probabilidad de:
 - Cambiar frecuentemente de trabajo.
 - Llegar tarde o faltar al trabajo.
 - Ser menos productivos.
 - Involucrarse en accidentes de trabajo.
 - Provocar conflictos.
- Expertos europeos y nacionales en alcoholismo advierten que:

En palabras de la OIT, "el consumo de drogas y alcohol por los trabajadores produce un amplio impacto, que se extiende a las familias y a los compañeros de trabajo, que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral.

El consumo de alcohol es el causante de un tercio de los accidentes laborales mortales, según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

El consumo de alcohol aumenta de 2 a 3 veces la tasa de accidentes laborales.

Entre un 15% y un 40% de los expedientes disciplinarios abiertos en las empresas tienen relación con hábitos tóxicos. (SET: Sociedad Española de Toxicomanías).

Entre la población laboral existe un alto porcentaje de consumidores excesivos de alcohol, el 51,2% de los ocupados en España, frente al 44,8% por ciento de los parados. Este dato debe considerarse desde el punto de vista preventivo al realizar los exámenes de salud.

El rendimiento psicomotor y la capacidad de conducir vehículos se ven afectados por el consumo de alcohol, que ocupa un papel muy significativo en la génesis de accidentes de tráfico. En España, el 38,2% de los fallecidos en accidentes de tráfico presentan niveles de etanol en sangre, como único tóxico.

Entre el 20 y el 30% de los accidentes de trabajo afectan a personas intoxicadas que se autolesionan o causan daños a terceros, registrando las personas consumidoras de drogas entre el doble y el triple de absentismo laboral que el resto de la población.

Entre el 60 y el 70% de las personas admitidas a tratamientos por su adicción a las drogas son trabajadores y trabajadoras en situación de baja laboral.

ACCIÓN

El consumo tiene repercusiones:

- Repercusiones para el sistema productivo.
 - Repercusiones para la salud y bienestar de los trabajadores.
-

Problemas relacionados con las drogas que afectan a los trabajadores:

- Aumento de la incidencia de numerosas enfermedades.
 - Incremento de situaciones de Incapacidad Laboral.
 - Posibilidad de que se produzcan conflictos en las relaciones entre compañeros, o entre trabajadores y la dirección de la empresa.
 - Sensible aumento del riesgo de sufrir accidentes.
 - Deterioro de la calidad de vida.
 - Incremento de dificultades en el ámbito familiar, que repercutan negativamente en el ámbito profesional.
-

Razones para intervenir en la empresa

- La empresa está obligada por Ley a velar por la salud de los trabajadores.
 - La empresa dispone de una población relativamente homogénea.
 - La continuidad de las intervenciones puede estar más asegurada en el tiempo, factor esencial para poder evaluar los logros de cualquier programa preventivo.
 - Se dispone de recursos humanos altamente cualificados (servicios médicos, psicológicos y sociales), y de estructuras organizativas (Comités, Servicios prevención, delegados prevención).
 - El centro de trabajo constituye un espacio idóneo para la detección precoz de los problemas provocados por el uso y abuso de estas sustancias.
 - Los programas son rentables, tanto económica como socialmente.
 - Permite un importante grado de “control terapéutico” sobre consumidores.
 - Actúa como coadyuvante en la motivación para el abandono de los consumos abusivos ante la posibilidad de pérdida del trabajo.
 - Facilita un entorno propicio para la rehabilitación y reinserción social (ambiente normalizado, apoyo de compañeros, etc.)
 - La empresa potencia su responsabilidad social corporativa.
-
-
-

Beneficios de los programas de atención a nivel empresarial

- Mejora del clima laboral, la pertenencia y el compromiso.
 - Disminución de los niveles de absentismo.
 - Reducción de los periodos de incapacidad laboral transitoria.
 - Reducción del número de accidentes laborales.
 - Reducción de los niveles de conflictividad con mandos y compañeros.
 - Facilita el tratamiento de otros problemas de salud.
 - Reducción de riesgos de contraer enfermedades relacionadas con las drogas.
 - Mejora el control de riesgo y la seguridad en el trabajo.
-

Otros datos de relevancia

La **comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el plan Nacional sobre drogas**, en su informe sobre alcohol (2007), recoge en sus conclusiones aspectos que deben ayudarnos a reflexionar:

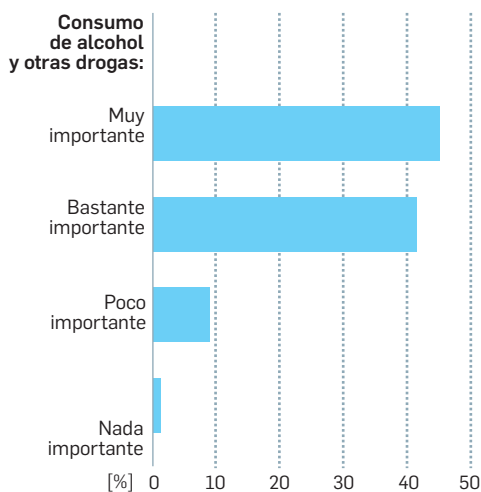
- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España, tanto por la población general como por los jóvenes. **Su consumo se relaciona con más de 60 enfermedades.**
 - En los últimos años ha disminuido la percepción del riesgo asociado al consumo de bebidas alcohólicas, tanto de forma diaria como durante el fin de semana, salvo que se trate de consumo en cantidad muy elevada.
 - Se observa una modificación del patrón de consumo de alcohol, especialmente en los jóvenes, que en la actualidad beben cantidades muy elevadas en cortos periodos de tiempo, lo que se conoce como consumo en "atración" (5 o más bebidas en una sola ocasión).
 - La mayor parte de los daños y costes socio-sanitarios asociados al alcohol, se producen en sujetos consumidores aparentemente no dependientes. Su implicación en las urgencias y los ingresos hospitalarios, es muy frecuente.
 - Aproximadamente, el 10% de los bebedores de alcohol desarrollan adicción, y de ellos el 4% lo harán a los 5 años de haberlo iniciado. Esta adicción se debe a alteraciones neurobiológicas, y es el resultado de la interacción entre las características propias del alcohol (capaces de provocar dependencia), variables inherentes al sujeto (entre las que destacan la genética y el entorno social), así como la disponibilidad y/o accesibilidad a las bebidas alcohólicas.
-
-

- Las interacciones del alcohol con otras sustancias psicoactivas son muy relevantes, especialmente en el consumo simultáneo con cocaína, ya que aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares y conductas violentas.
- El consumo de alcohol no sólo produce lesiones crónicas que aparecen con el tiempo, sino que también produce lesiones agudas a corto plazo como arritmias cardíacas o accidentes cardiocerebrovasculares, con independencia de la antigüedad del consumo y del tipo de alcohol consumido. (...)

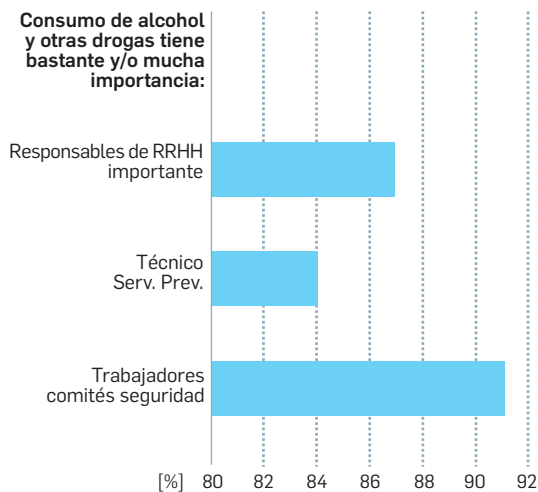
Según datos extraídos del estudio **“Percepción y actitud de las empresas españolas ante el tabaco y otras drogas”** (ISTAS, 2006), el 45% de las personas entrevistadas consideran el consumo de alcohol y otras drogas como un problema muy importante; el 43% bastante importante; el 9% poco importante; y el 1% nada importante.

La opinión por estamentos muestra que el 87% de los responsables de Recursos Humanos, el 84% de los técnicos de los servicios de prevención y el 91% de los trabajadores miembros de los comités de seguridad consideran que el alcohol y las drogas ilícitas son un problema bastante o muy importante en el mundo laboral.

Importancia del consumo de alcohol y otras drogas (ISTAS, 2006)

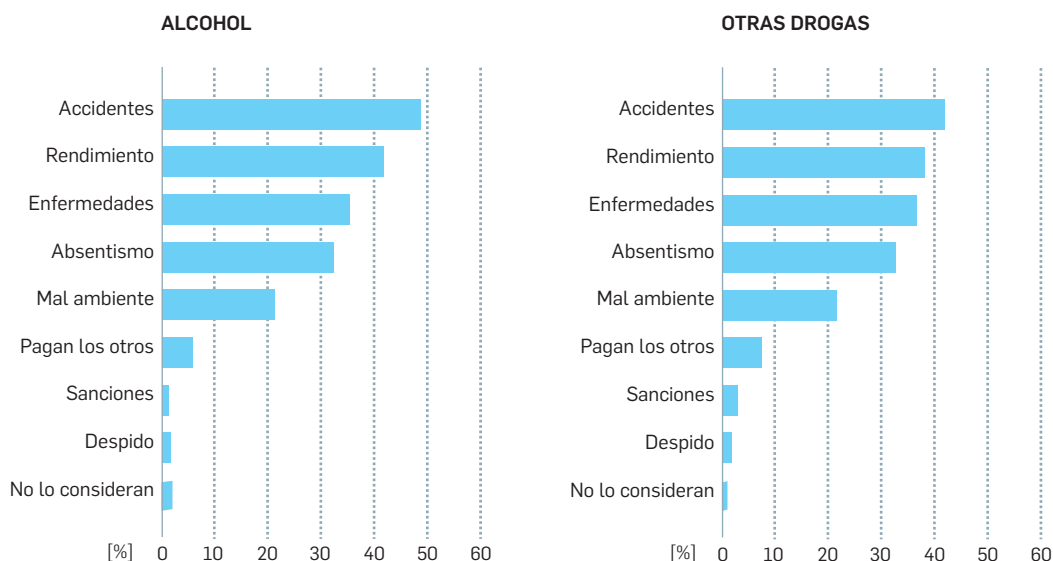


Importancia consumo de alcohol y otras drogas (ISTAS, 2006)



El mismo estudio refleja las razones por las cuales las personas entrevistadas consideran que el consumo de sustancias adictivas es un problema importante en el ámbito laboral.

Razones para creer que son un problema importante en el trabajo



EXCUSAS PARA NO ACTUAR

Recogemos aquí algunas expresiones que se presentan muy comúnmente cuando se plantea la problemática del alcohol y otras drogas en el ámbito laboral.

- **“Aquí no hay problema”**– Negación de una incidencia significativa en el seno de la empresa. Esta situación se relaciona con la ausencia de un buen análisis de los motivos que provocan fundamentalmente tres consecuencias de alto coste:
 - La siniestralidad laboral.
 - El absentismo, y
 - El mal clima laboral

Resulta claro entender que, junto con otros factores ligados, los estudios de la OIT y otros organismos, los vinculan en buena medida al consumo de sustancias.

- **“No es una prioridad”** – Si bien la prevalencia de casos de consumo de sustancias psicoactivas es baja a nivel global, debemos hacer constar que la atención a los problemas de salud frente a otros de seguridad no puede quedar relegada a la esfera de lo estrictamente personal y, por consiguiente fuera del ámbito empresarial.

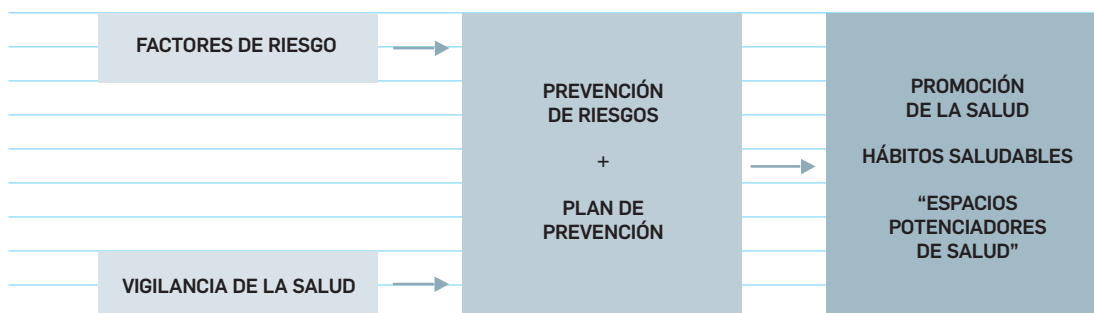
- **“Daría mala imagen”** – Este aspecto paraliza la puesta en marcha de los planes preventivos de drogas, y tiene que ver con la mentalidad acomodada y los prejuicios que acompañan al problema en el sentido de que si se hace algo es porque algo hay. En la actualidad las empresas que sufren mayor condena social son aquellas que no abordan los problemas que se les presentan en aspectos medioambientales, de responsabilidad social, de satisfacción de sus empleados y empleadas, así como el de sus clientes, quienes se encuentran, muchos de ellos, ya abordando los problemas de salud en general y del consumo de sustancias en particular.
- Por último, la objeción económica, **“sería una inversión difícil de justificar”**. Esta resistencia puede resultar de peso si fuera cierta, pero las empresas ya emplean por ley recursos económicos y humanos en la prevención de riesgos laborales y a la vigilancia de la salud, contando para ello con personal cualificado para su planificación y desarrollo.

Grandes dificultades para su desarrollo

- Ausencia de un marco legal adecuado.
- Gran tolerancia social a las drogas con mayores niveles de consumo.
- Temor al deterioro de la imagen de la empresa.
- Temor a que estas intervenciones supongan un incremento de los costes productivos.

Es necesario promover en los espacios productivos la incorporación de manera **activa y responsable**, de una política adecuada que prevenga el consumo de alcohol y otras drogas.

Para conseguirlo, deben ponerse en marcha planes de prevención fundamentados en razones que vayan desde la responsabilidad que la propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales atribuye a empresarios y empresarias respecto de la promoción y vigilancia de la salud en la empresa, hasta por razones propias de la lógica empresarial de orientación al beneficio.

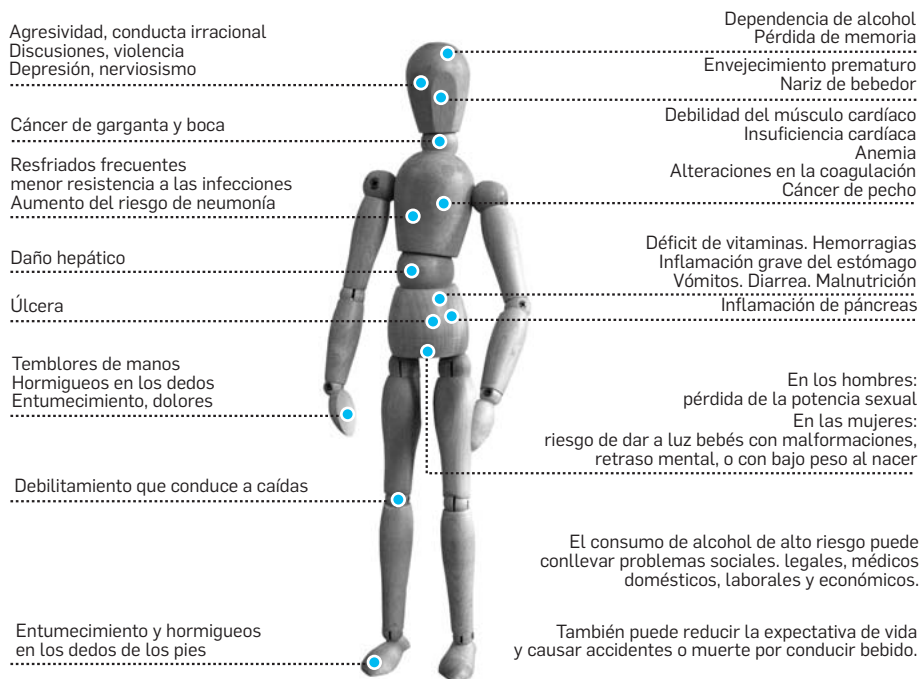


REPERCUSIONES PARA LA SALUD Y BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES

Efectos individuales del consumo de alto riesgo

El consumo de alcohol de alto riesgo puede conllevar problemas sociales, legales, médicos, domésticos, laborales y económicos. Reduce la expectativa de vida y causa accidentes o muerte.

Efectos del consumo de riesgo (OMS, 2001)



El consumo excesivo de alcohol puede provocar:

A corto plazo

- Intoxicación etílica, pudiendo ocasionar el coma o incluso la muerte.
- El desarrollo de conductas de riesgo, al generar desinhibición y falsa sensación de seguridad. Todo ello se ha relacionado, por ejemplo, con los accidentes de tráfico y los accidentes laborales; las prácticas sexuales de riesgo o los comportamientos violentos.

A largo plazo

- El consumo excesivo de alcohol puede provocar importantes problemas de salud, conflictos familiares y sociales. Estos problemas pueden presentarse incluso en el caso de personas que no han desarrollado una dependencia alcohólica. De hecho, la mayor parte de los daños y costes socio-sanitarios asociados al alcohol se producen en personas aparentemente no dependientes. Su implicación en las urgencias y los ingresos hospitalarios es muy frecuente.
- Entre las consecuencias a largo plazo se encuentran numerosas patologías, como: hipertensión arterial, gastritis, úlcera duodenal, cirrosis hepática, cardiopatías, encefalopatías, cáncer, alteraciones del sueño, agresividad, depresión, disfunciones sexuales, deterioro cognitivo, demencia, psicosis, etc.


Beneficios a nivel individual

Bebiendo dentro de los límites de bajo riesgo se puede:

- Vivir más tiempo.
- Dormir mejor.
- Estar más feliz.
- Ahorrar más dinero.
- Mejorar las relaciones.
- Mantenerse joven más tiempo.
- Lograr más cosas en la vida.
- Tener más posibilidades de llegar a una edad avanzada sin daños físicos y psíquicos prematuros para el organismo.
- Sentirse mejor en el trabajo.
- Mantenerse delgado/a; el alcohol engorda.
- Tener menos tendencia a estar deprimido y/o cometer actos irreversibles (el nivel de suicidio es del orden de 6 veces menor).
- Tener menor probabilidad de morir de una enfermedad cardíaca o de cáncer.
- Ser más respetado.
- Ser menos propenso a tener problemas con la policía.
- Tener menos probabilidad de morir por una enfermedad hepática (unas 12 veces menos).
- Tener menos probabilidad de morir en accidente de coche (unas 3 veces menos).
- Probablemente, tener mejor funcionamiento sexual.
- Y siendo mujer, tener menos posibilidades de tener un embarazo no deseado – y evitar daños al gestante.

Sustancia	Efectos inmediatos	Efectos del consumo continuado	Consecuencias para la ejecución de tareas laborales
ALCOHOL	Desinhibición – Euforia – Relajación – Locuacidad – Dificultad para hablar (habla pastosa) – Dificultades para la asociación de ideas – Dificultades para coordinar movimientos del cuerpo – Aumento del tiempo necesario para responder a un estímulo o un riesgo repentino– Somnolencia y, cuando la dosis es muy elevada, coma y muerte.	Pérdida de memoria, déficit intelectual – Enfermedades del aparato digestivo: gastritis, hepatitis, cirrosis, etc. – Enfermedades cardiovasculares – Alteraciones endocrinológicas – Enfermedades neurológicas – Complicaciones psiquiátricas.	Posibilidad de que se produzcan conductas de agresividad y conflictos con compañeros de trabajo – Aumento del riesgo de accidentes.
HACHÍS	Relajación – Desinhibición – Hilaridad – Cambios en la percepción del paso del tiempo – Somnolencia – Dificultad para realizar tareas complejas – Aumento del apetito – Sequedad de boca – Ojos brillantes y enrojecidos – Caída de párpados (ptosis) – Taquicardia – Sudoración – Ocasionalmente, reacciones de pánico y ansiedad y otras complicaciones psicopatológicas.	Tos crónica y bronquitis – Posibles alteraciones cardiovasculares, hormonales e inmunitarias – Alteración de las funciones relacionadas con el aprendizaje, la concentración y la memoria – Posibles complicaciones psicopatológicas, especialmente en personas con antecedentes psiquiátricos.	Pérdidas de memoria – Menor capacidad de aprendizaje de nuevas tareas – Incremento del riesgo de accidentes laborales.
COCAÍNA	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,..)	Pérdida de apetito – Insomnio – Complicaciones cardiovasculares y respiratorias – Complicaciones psiquiátricas (depresión, trastornos psicóticos).	Alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento, especialmente después del fin de semana y periodos de mayor consumo – Enfermedades cardiovasculares.

Sustancia	Efectos inmediatos	Efectos del consumo continuado	Consecuencias para la ejecución de tareas laborales
HEROÍNA	Euforia – Intensa sensación de bienestar – Analgesia – Náuseas y vómitos – Contracción de la pupila – Notable riesgo de sobredosis.	Estreñimiento – Insomnio – Inhibición del impulso sexual – Desaparición de la menstruación – Infecciones diversas, especialmente cuando se consume inyectada (sisa, hepatitis víricas, tuberculosis, etc.).	Enfermedades infecciosas – Accidentes – Hurtos y robos a la empresa o a los compañeros de trabajo.
ANFETAMINAS Y DROGAS DE SÍNTESIS	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).	Complicaciones cardiovasculares – Trastornos depresivos (depresión).	Alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento, especialmente después del fin de semana y de periodos de mayor consumo – Complicaciones psiquiátricas – Enfermedades cardiovasculares..
ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, ...)	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).	Complicaciones psicopatológicas.	Alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento, especialmente después del fin de semana y de periodos de mayor consumo – Complicaciones psiquiátricas.

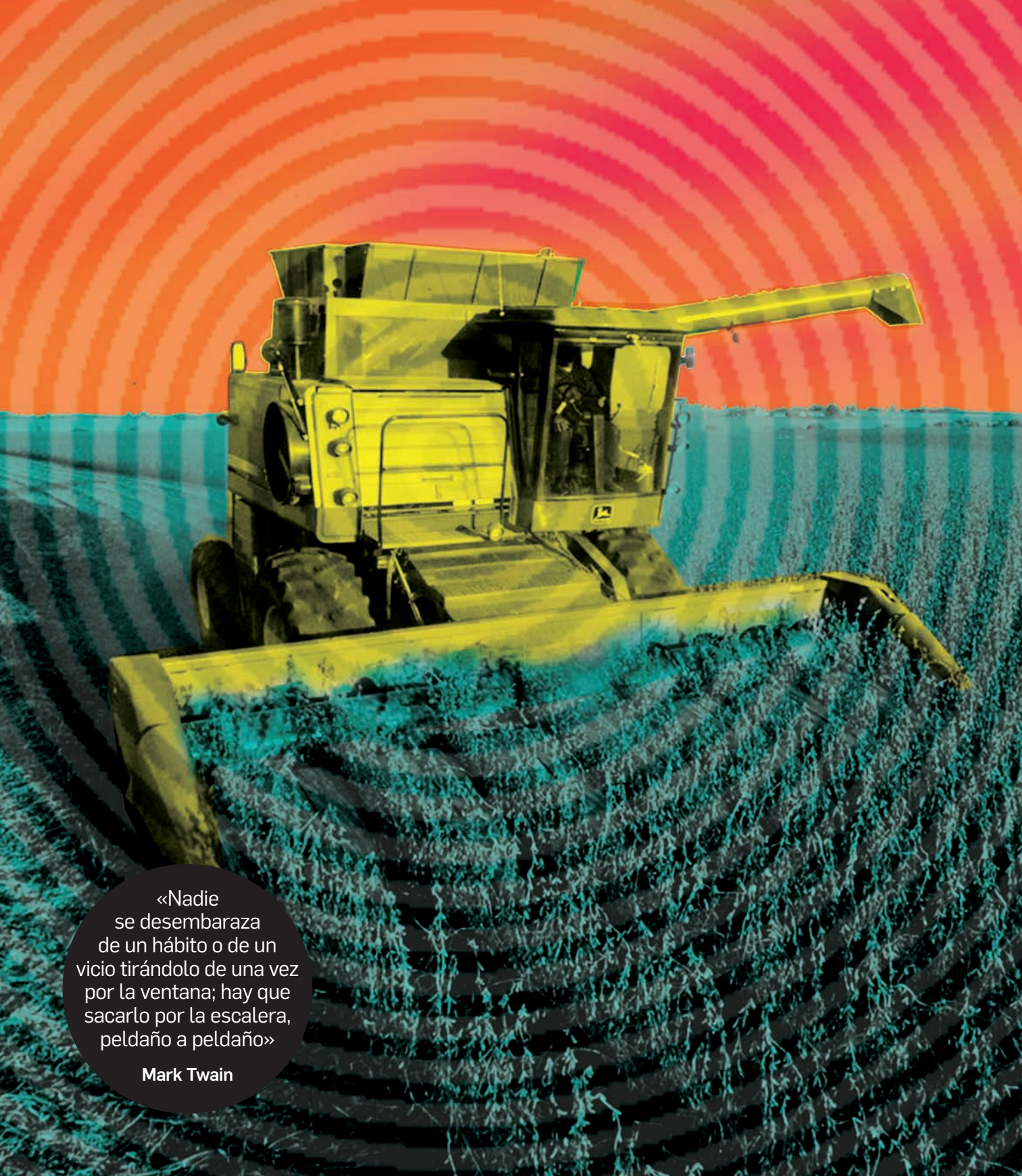


«El alcohol
provoca el deseo
pero frustra
la ejecución»

William Shakespeare

Capítulo 3

Mover a la acción. Políticas de actuación



«Nadie se desembaraza de un hábito o de un vicio tirándolo de una vez por la ventana; hay que sacarlo por la escalera, peldaño a peldaño»

Mark Twain

Lo primero que llama la atención al abordar la problemática de consumos de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral es el bajo número de programas existentes implantados en las empresas. Como razones de su escasez podríamos aventurar dos hechos:

- El hecho de que la actividad preventiva que se registra en los centros de trabajo quizás esté normalizada y diluida, con lo cual no emerge con la categoría de “programas”.
- El hecho de existir un cierto alejamiento de las empresas respecto a los recursos específicos existentes en la comunidad para la prevención y tratamiento de la problemática de las drogodependencias.

Otras razones de la baja tasa de actividad preventiva puede encontrarse en:

- La actitud de muchas empresas que procuran evitar ser vinculadas con la problemática de las drogas (incluso aunque fuera para ser señaladas como modelo de prevención eficaz).
- Por otro lado, también los trabajadores evitan, en la medida de lo posible, manifestar problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas ilegales en los centros de trabajo, por considerarlos propios de su esfera personal.

Podríamos hablar de dos grandes categorías de programas preventivos que configuran un plan de acción¹:

1. Programas con una orientación **estrictamente preventiva**.
2. Programas amplios de intervención en drogodependencias que integran de modo simultáneo intervenciones **de carácter preventivo y de tipo asistencial**.

La importancia de actuar en el campo de las adicciones deriva de los enormes costes directos e indirectos que el consumo de alcohol, cocaína u otras sustancias provocan en el medio laboral. Su consumo afecta, además de la salud de los trabajadores, al proceso socio-productivo y sus resultados, al clima laboral y a la identidad de la organización así como la calidad de vida, con consecuencias personales y sociales para el trabajador.

Por estas razones que afectan al medio laboral deben ponerse en marcha planes de prevención sobre el consumo de alcohol y otras drogas, así como impulsarse programas asistenciales que faciliten la atención de los trabajadores que lo precisen.

¹ Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Plan Nacional sobre Drogas.

Consideramos también que la prevención en el trabajo permite proyectar hábitos, conductas y estilos de vida saludables que se proyectan en la familia y en las relaciones sociales, actores importantes cuando un trabajador necesita ayuda.

La finalidad de un plan de actuación frente al alcohol y otras drogas es mejorar la situación de todos los integrantes de la empresa con relación a los problemas vinculados a sus consumos que puedan estar afectando la salud de los trabajadores y su calidad de vida.

Los programas de prevención y apoyo que configuran el plan de acción encaminado a mejorar la situación de los trabajadores en relación con el consumo de drogas deberán presentar las siguientes características:

CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN PLAN

- Debe estar basado en un concepto amplio de salud que fomente la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo.
- Debe adecuarse al contexto laboral y responder a sus necesidades.
- Ha de ser flexible y adaptable a las distintas realidades de la empresa.
- Su política debe garantizar que su objetivo no es perseguir a los adictos, sino contribuir a mejorar las condiciones de salud y seguridad en la empresa.
- Debe asegurar la estabilidad en el empleo y la no sanción a los trabajadores que se acojan a ellos. Debe primero rehabilitar y luego reinsertar a las personas.
- Contará con la participación de todos los estamentos implicados.
- Estar sustentado en acuerdos consensuados entre la dirección y los comités de empresa que pueden tener distintos niveles de formalización (desde acuerdos tácitos, hasta acuerdos reflejados en convenio colectivo).
- Debe incluir elementos de mediación para facilitar la detección precoz de los casos.
- Estará articulado de forma positiva y transparente, no punitiva.
- Integrarse en los programas de prevención de riesgos laborales.
- Tener una amplia cobertura. Estar destinado a todos los trabajadores, no solamente a los trabajadores afectados.
- Debe reseñar los recursos que se ponen a disposición del programa. Coordinación con los recursos de la comunidad: centros, instituciones, etc.
- Debe promover cambios de estilo de vida e incluso de cultura de la salud.
- Debe poderse realizar en cualquier empresa, independiente de su tamaño y actividad.
- Tiene que partir de una determinación y análisis de los factores de riesgo (vinculados al medio laboral, personales y del entorno).
- Debe asegurarse una continuidad en el tiempo, con independencia de que sufra interrupciones.
- Estar inserto en la política de Recursos Humanos de desarrollo organizacional.
- Garantizar la confidencialidad y el compromiso de que no se deriven medidas sancionadoras.

- Incluir las estrategias de detección precoz dentro de las evaluaciones de riesgo laboral.
- Debe facilitar la orientación y abordaje asistencial de los trabajadores con problemas.
- Ofrecer criterios de actuación (detección - actuación,- derivación - retorno) en las distintas fases del programa.
- Debe ser evaluado. Hay que recoger tanto indicadores de salud individual, como otros indicadores generales de reducción de conflictos y absentismo, entre otros.
- Debe destacar el papel de la vigilancia de la salud colectiva en la prevención de las drogodependencias en la empresa capaz de actuar a través de protocolos de salud integral.

En general, los planes y programas de actuación se encuentran ante **dificultades** para su desarrollo del tipo:

- Ausencia de un marco legal adecuado.
- Gran tolerancia social a las drogas con mayores niveles de consumo.
- Temor al deterioro de la imagen de la empresa.
- Temor a que estas intervenciones supongan un incremento de los costes productivos.
- Gran desconocimiento de los medios de ayuda y asistencia a personas con problemas relativos al alcohol y otras sustancias.

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

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

Los contenidos más frecuentes en los **programas preventivos** del ámbito laboral son los siguientes:

- **Actividades informativas y/o de sensibilización** dirigidas al conjunto de los agentes sociales presentes en las empresas

El éxito de las intervenciones depende en gran medida de que sean percibidas como una responsabilidad y necesidad empresarial y de que se integren en los sistemas de gestión existentes

(trabajadores, directivos, cuadros intermedios, servicios de salud laboral y representantes sindicales).

- **Formación de personas en el rol de mediadores** (técnicos de salud laboral, representantes sindicales y cuadros intermedios).
- Actividades para la **detección precoz, motivación y derivación a tratamiento** de aquellos trabajadores con consumos abusivos de drogas.

FASES DEL PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN LA EMPRESA

El plan de prevención de las adicciones en la empresa se configura en torno a cuatro fases, siguiendo los esquemas tradicionales de procesos de mejora:

- Fase de **análisis de la problemática** en la empresa.
- Fase de **diseño del plan**.
- Fase de **ejecución y control** del plan.
- Fase de **evaluación y mejora** del plan.

Fase de análisis de la problemática en la empresa

- Estimación de la situación real de consumo en la empresa. Definir los problemas relacionados con la drogadicción y el alcoholismo.
- Configurar un equipo de trabajo.
- Análisis de las necesidades reales de salud (observadas/percibidas) relacionadas con el alcohol y otras sustancias.
- Análisis de indicadores indirectos:
 - Indicadores de salud personal: (ver síntomas más frecuentes).
 - Indicadores de trabajo: patrones de ausencia, bajos rendimientos y calidad de trabajo, tendencia a sufrir accidentes, absentismo, etc.
 - Indicadores sociales: conflictividad laboral, conducta irascible, quejas de compañeros.
- Identificar puestos de trabajo "críticos".
- Valorar la ACTITUD de la empresa y de los trabajadores en relación con este problema.
- Revisión de las políticas y estrategias actuales y normativa aplicable.
- Revisión de las prácticas actuales y los recursos disponibles en la organización.
- Definición de la POLÍTICA de actuación: información objetiva y transparente
- Establecer elementos para la salvaguarda de la confidencialidad.
- Explorar los recursos disponibles en la comunidad.

DIAGNÓSTICO
ACEPTABILIDAD
POLÍTICA
ACTITUD
DECLARACIÓN

Estimación de la situación real de consumo en la empresa

Los datos pueden extraerse de los resultados colectivos de Vigilancia de la Salud y recogidos en su memoria anual, así como de informaciones disponibles por parte de Recursos Humanos. Se pretende tener una percepción de la realidad de consumos y su impacto en la organización.

Configurar un equipo de trabajo

El grupo debe ser representativo de todos los estamentos de la empresa y deberá estar constituida por los distintos interlocutores sociales que integran el medio laboral: representantes de la dirección, del conjunto de los trabajadores y de las áreas prevención de riesgos laborales.

Identificar puestos de trabajo “críticos” en los que la situación de consumo puede ocasionar un grave deterioro de las condiciones de seguridad del propio trabajador y/o de compañeros de trabajo.

Explorar los recursos disponibles en la comunidad

Disponer de información sobre los recursos externos a los que poder acudir cuando se pueda requerir una intervención especializada en las distintas fases de evaluación médica y psicológica, diagnóstico y tratamiento especializado.

Como esquema de una **política de empresa**, incorporamos a continuación un esquema estructural de sus contenidos:

Política de la empresa a favor de la prevención de los daños derivados de la drogadicción y el ámbito laboral

Recomendable

- Declaración formal por escrito.
 - Notificarla a todos los agentes implicados.
 - Respaldo de los representantes de los trabajadores.
-

Contenido

- Líneas de actuación.
 - Derechos y deberes de las partes.
 - Compromisos y objetivos que asume la empresa.
 - Salvaguardas en relación con la confidencialidad y la estabilidad en el puesto de trabajo.
 - Régimen disciplinario.
-

Objetivos

- **Generales**
 - Prevenir los problemas derivados del abuso de las drogas y el alcohol.
-

- Crear entornos laborales saludables.
- Mejorar eficiencia.

• Específicos

- Incrementar la sensibilización y el conocimiento del problema.
- Detección precoz de los problemas.
- Asegurar la asistencia.
- Favorecer la reinserción.

Fase de diseño del plan

- Definir los objetivos generales y específicos del plan, sus programas y acciones derivadas.
- Establecer los ámbitos de aplicación: Acción preventiva – Asistencial – Retorno al trabajo.
- Establecer destinatarios de las actuaciones: General – Específica – Dirigida.
- Configurar el equipo de trabajo.
- Configurar los programas y seleccionar las acciones específicas que los configurarán.
- Asignar responsables del plan, de los programas y de las acciones: (RRHH, Servicios de Prevención, Comité de Seguridad y Salud, Dirección,...)
- **Comunicar** los contenidos del plan de actuación a toda la organización.
- Determinar los indicadores para la evaluación del plan y sus programas.
- Establecer **normas de conducta** consensuadas empresa-trabajadores que den apoyo al plan. Difundirlas y comunicarlas con claridad a la organización.
- Definir y comunicar los **medios de ayuda y compromisos** puestos a disposición de los trabajadores que participen del plan.
- Actuar con referencia a la legislación vigente, convenio colectivo y pactos.

COMPROMISO
MULTIDISCIPLINARIEDAD
NORMAS CONDUCTA

Debe **adaptarse** el plan a las necesidades, recursos y posibilidades de intervención de la empresa. Se deben marcar **objetivos concretos, alcanzables y evaluables**.

El plan de actuación puede configurarse en torno a **tres programas básicos: preventivo – asistencial – y de retorno al trabajo**.

Los contenidos de las normas de conducta deben partir del **consenso** y del **interés común**, estar orientados a la persona. Deben ser transmitidos con la **claridad** e intensidad suficiente como para generar el marco de credibilidad y confianza que permita superar los recelos y temores a la participación.

Fase de ejecución y control de los programas

- Identificación de los colectivos con riesgo elevado.
- Detección precoz de casos. Identificación de síntomas y signos.
- Identificación de los factores de riesgo y los factores de protección.
- Ejecución de las actuaciones previstas en los programas.
- Seguimiento y control de los programas.
- Apoyo a cada caso específico.
- Evaluación adicional en caso de problemas concretos.
- Coordinación con servicios externos.
- Aplicación de las normas de conducta.

MOTIVACIÓN
INTEGRACIÓN
COORDINACIÓN CON
SERVICIOS EXTERNOS
PARTICIPACIÓN

Se trata a continuación de ponerse en marcha y llevar a efecto las diferentes **líneas de actuación** que previamente han sido decididas, configuradas y aprobadas.

Las acciones preventivas deben tener un **destinatario concreto y definido con claridad** antes de efectuarse, bien sea la población general, un colectivo específico o un enfoque muy dirigido, con carácter personal.

Supone la fase activa del plan, la que requiere una mayor **coordinación y participación** de todos los grupos de interés. Debe tener también la capacidad de **adaptarse conforme surgen las necesidades** más específicas que puedan requerir un tratamiento individualizado del problema, pero siempre bajo los preceptos ya acordados.

La **flexibilidad** de las acciones bajo un marco de ayuda a la resolución de los problemas, tanto desde la perspectiva del individuo como de la organización.

Fase de evaluación y mejora del programa

- Diagnóstico de la situación (punto de partida - punto de llegada).
- Evaluación del proceso.
- Seguimiento y cumplimiento de objetivos conforme a los inicialmente establecidos.
- Evaluación de los resultados e indicadores.
- Eficacia de los medios puestos a disposición.
- Resultados de las intervenciones realizadas.
- Recursos utilizados y eficacia de los mismos.
- Propuesta de mejoras a incorporar.

EFECTOS
ACTUALIZACIÓN
MEJORAS

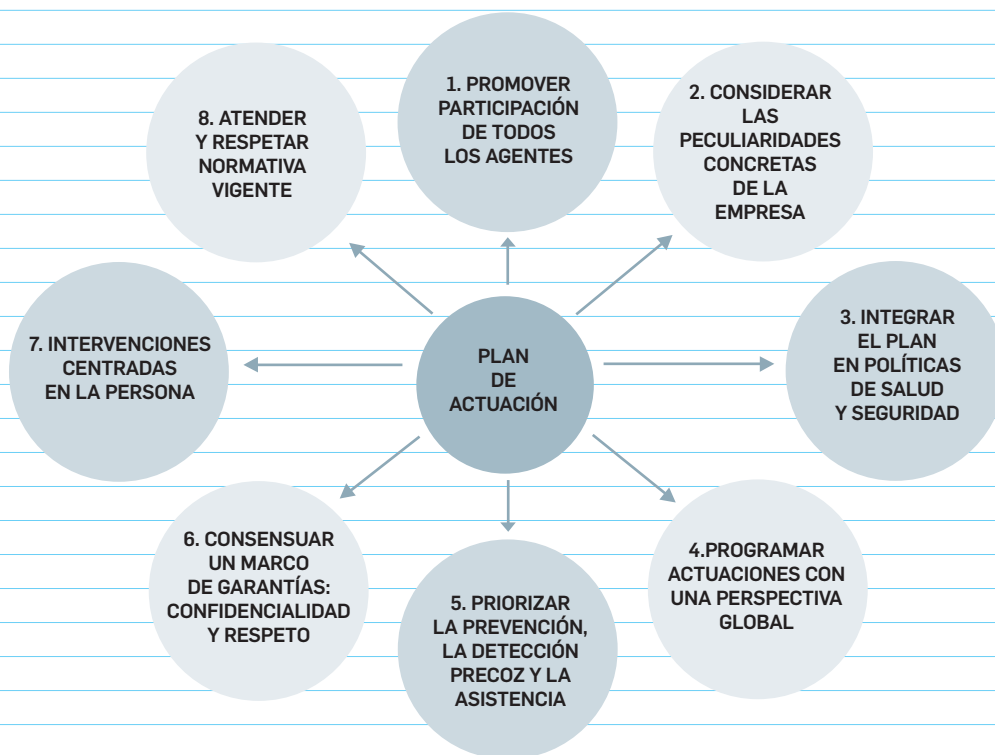
Con la evaluación se pretende conocer qué **medios** se han utilizado y los **resultados** obtenidos de las actuaciones realizadas dentro del programa. De su análisis podrán establecerse las necesidades de mejora y la adaptación de aquellas actuaciones no exitosas.

Esta fase permite dar acogida a nuevas **propuestas** y **actualizaciones** que se puedan aportar a solicitud de cualquier miembro del equipo y/o de la organización.

Es el momento de valorar los **logros** obtenidos y las causas de los posibles **errores** cometidos, tanto en la actuaciones que hayan podido realizarse, como de aquellas otras que, por razones diversas, no se han podido aplicar correctamente.

De forma esquemática, podríamos reflejar aquí los factores clave para el éxito de un plan de acción, todos ellos íntimamente relacionados, y que corresponden a:

CLAVES PARA EL ÉXITO DE UN PLAN DE ACTUACIÓN



EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL MARCO LABORAL

El tratamiento que la normativa laboral hace sobre la drogodependencia es muy reciente, en lo que a toxicomanía se refiere. No ocurre lo mismo en el caso de embriaguez, que ya se considera como causa de resolución del contrato de trabajo desde la Ley de Contrato de Trabajo y pasando por el Real Decreto 17/1977 de 4 de marzo, sobre relaciones de trabajo.

En el artículo 54.2 f) del estatuto de los Trabajadores recoge la siguiente definición: “*Se consideran incumplimientos contractuales: (...), la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo*”. El concepto de toxicomanía que se emplea en el articulado del Estatuto de los Trabajadores es el de adicción a cualquier tipo de droga: alcohol, tabaco, estupefacientes, etc.

Para poder aplicar el artículo 54.2 f) los tribunales entienden que son necesarios unos requisitos básicos:

- Que no se den situaciones ocasionales o esporádicas sino habituales (**Habitualidad**).
- Que, además, **repercutan negativamente en el trabajo**.

Lo que ocurre en realidad, es que si se da el primer requisito, prácticamente será imposible que no se dé el segundo.

La “**habitualidad**”, denota la costumbre adquirida por la repetición en el tiempo de la misma clase de actos consistentes en la ingesta de bebidas alcohólicas o bien de drogas tóxicas, en contraposición a hechos esporádicos. No se concreta la habitualidad por el número de veces, es suficiente con que haya asiduidad, entendiéndose que la hay si hay reincidencia, pese a haber advertencias previas. Exige un cierto enraizamiento en la vida del individuo, es decir una cierta continuidad en la práctica de que se trate.

En ciertos supuestos relacionados con actividades en las que del consumo, aún esporádico, puedan derivarse graves daños, se minimiza el requisito de habitualidad. Tales son los casos de conductores de autobuses escolares, de camiones, pilotos de avión, cirujanos, etc.

Además, hay que añadir la “**repercusión negativa en el trabajo**”, actor imprescindible para la viabilidad de la causa de despido y que tiene que probar el empresario. La embriaguez o drogadicción que no tienen repercusión en la vida laboral no son causa de despido. Los dos requisitos han de concurrir de forma clara, directa y suficiente para que pueda darse la causa disciplinaria susceptible de ser sancionada con el despido.

En definitiva, el despido disciplinario es una **sanción básicamente causal**, que debe descansar en unos hechos concretos y revelar un incumplimiento contractual grave y culpable, así como estar siempre suficientemente acreditado por el empresario.

Y lo cierto es que en la práctica laboral, la actuación empresarial disciplinaria contra el trabajador drogodependiente se da generalmente a través de otros supuestos o causas, recogidos también en el artículo 54.2 como las faltas reiteradas de asistencia o puntualidad, la desobediencia, las ofensas verbales o físicas, la trasgresión de la buena fe contractual o la disminución continuada y voluntaria en el rendimiento normal en el trabajo.

Si se tiene en cuenta el espíritu que rige el conjunto de la normativa que conforma las actuaciones laborales relacionadas con la salud, el despido debería pasar a ser la última medida a adoptar desde el ámbito laboral, en todo lo relativo al alcohol y otras drogas, y su aplicación indicaría la dejación o el fracaso de otras medidas necesarias relacionadas con la protección de la salud de los trabajadores.

EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL MARCO DE LA SALUD LABORAL

El artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, referido a la vigilancia de la salud, establece que el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio, la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. Esta práctica sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento, salvo en tres supuestos:

- Cuando la realización del reconocimiento sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- Para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para sí mismo, para los demás trabajadores, o para otras personas relacionadas con la empresa.
- Cuando lo establezca una disposición legal en relación con la protección de riesgos laborales y actividades de especial peligrosidad.

En todo caso, hay que indicar que:

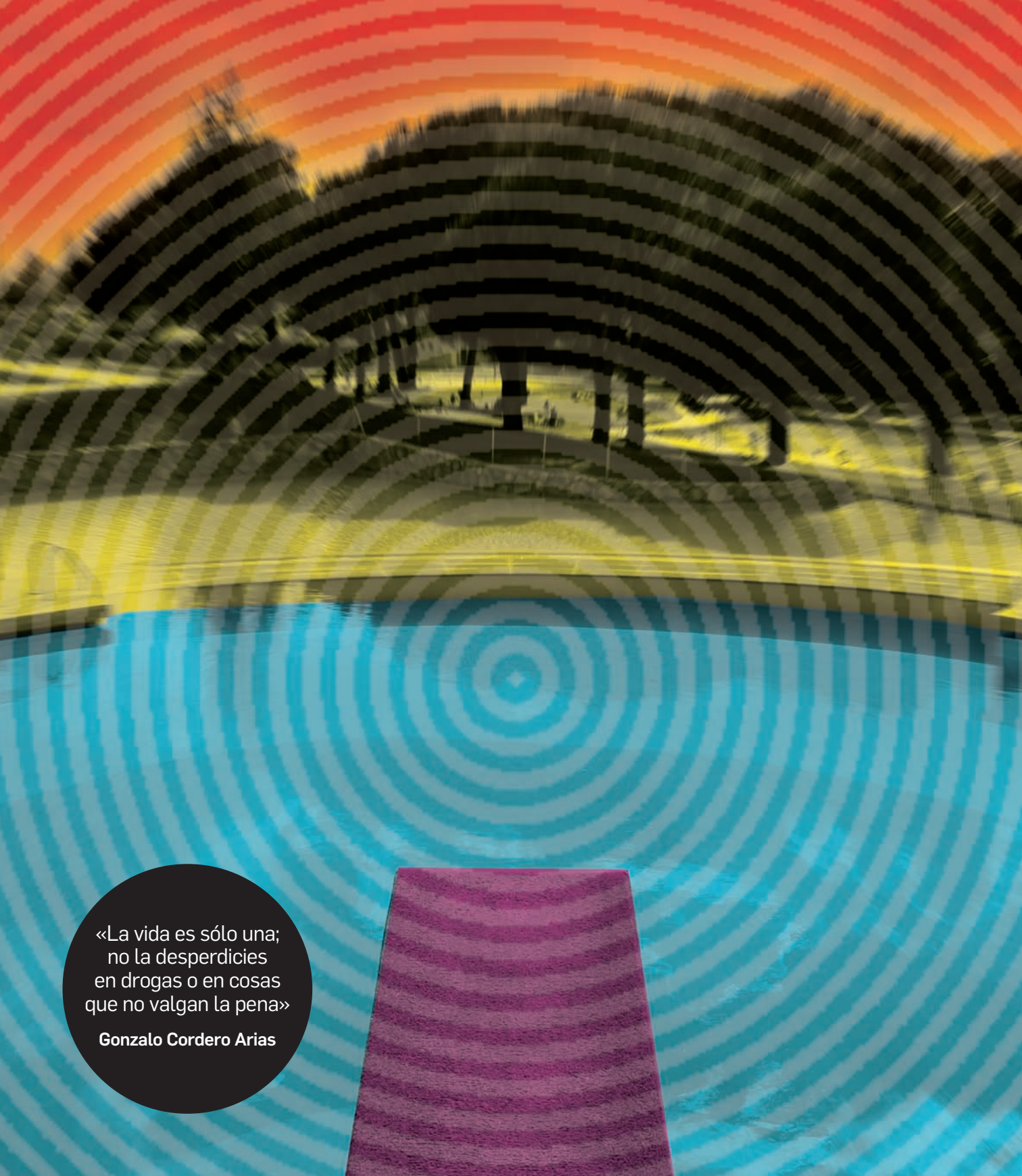
- Deberá informarse con anterioridad a los representantes de los trabajadores.
- Se optará por aquellas pruebas que ocasionen las menores molestias al trabajador.
- Respetarán siempre la dignidad y la esfera de intimidad del trabajador.
- Se garantizará la confidencialidad y reserva de toda la información relacionada con el estado de salud del trabajador.
- Los datos obtenidos no podrán usarse con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador y, por último,
- Serán realizados por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

Respetando los condicionantes anteriormente reseñados, la Vigilancia de la Salud y la propia prevención de riesgos laborales deben configurar el marco desde el que se desarrollen los planes de actuación para abordar los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral.

El empresario, como garante de la seguridad y salud de sus trabajadores, tiene la oportunidad de realizar acciones en el marco de un modelo activo de intervención preventiva, dirigiendo sus actuaciones a la consecución de un lugar de trabajo donde no solamente se proteja la salud y seguridad de sus trabajadores sino donde, además, se promueva el bienestar en el trabajo y estilos de vida saludables.

Desde la perspectiva de la evaluación de riesgos laborales, el consumo de drogas tiene una relevancia especial por ser una conducta de riesgo que puede afectar gravemente a la salud y seguridad de los trabajadores que las consumen, así como la de sus compañeros de trabajo.

Tanto las áreas técnicas preventivas, como las de vigilancia de la salud pueden y deben desarrollar planes específicos de actuación sobre los consumos de alcohol y otras drogas en el trabajo, dentro de la planificación preventiva general de la empresa, en beneficio de la salud y la seguridad de todos los trabajadores.

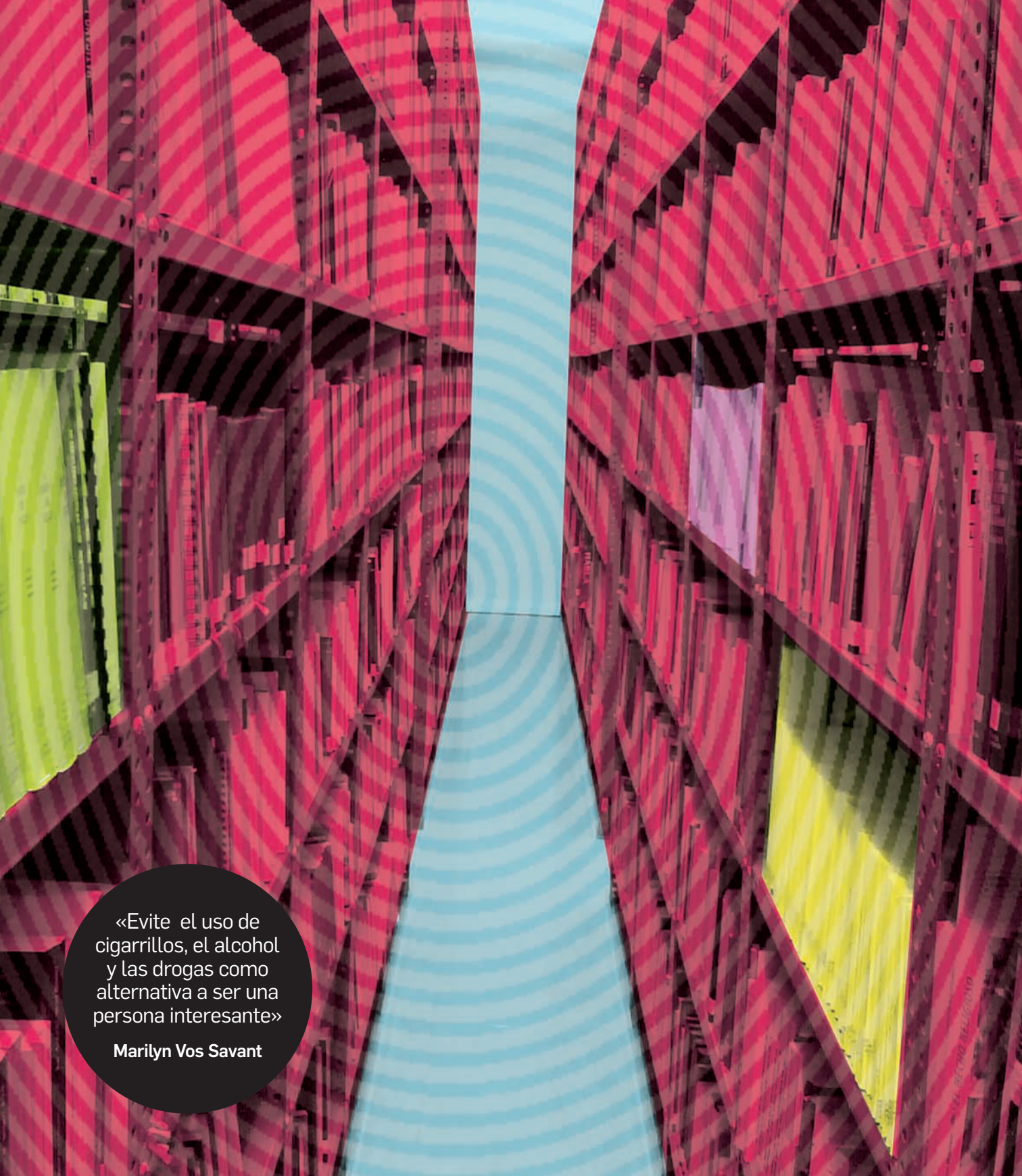


«La vida es sólo una;
no la desperdicias
en drogas o en cosas
que no valgan la pena»

Gonzalo Cordero Arias

Capítulo 4

Estrategias de actuación



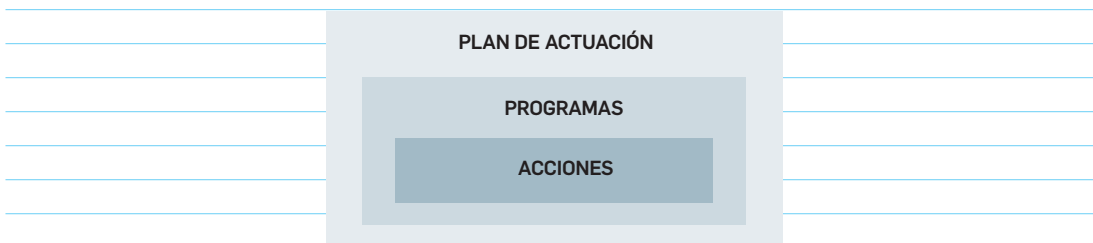
«Evite el uso de cigarrillos, el alcohol y las drogas como alternativa a ser una persona interesante»

Marilyn Vos Savant

INTRODUCCIÓN

La importancia de actuar en el campo de las adicciones deriva, bajo la perspectiva empresarial, de los enormes costes directos e indirectos que el consumo de alcohol y otras drogas provocan en el medio laboral, al generar problemas de salud, incrementar los riesgos de accidentes laborales, favorecer la conflictividad, las bajas laborales, el absentismo, la disminución de la productividad, etc.

Atendiendo a criterios de eficacia de las acciones preventivas, debemos partir de la premisa de que toda acción en prevención de adicciones debe ser canalizada a través de programas de actuación, y éstos, a su vez, enmarcados en otros instrumentos de planificación más amplios que denominamos "planes". Por lo tanto, las estrategias de prevención de las adicciones en el ámbito empresarial deben plantearse como una acción global enmarcada en un "Plan de Acción".



Los **programas de prevención** se orientan a mejorar la situación de los trabajadores en relación con el consumo de alcohol y otras drogas con el fin de promover hábitos saludables, incrementar su sensibilidad hacia los problemas que ocasionan su abuso, y potenciar una cultura de la salud dentro de la empresa.

Las acciones preventivas deben ir encaminadas a la formación preventiva, la reducción o la eliminación de las sustancias adictivas en la empresa, a la instauración y evaluación de las medidas correctoras relativas a las condiciones de trabajo, a definir el consenso básico de colaboración y ayudas que la empresa pone a disposición, así como a las medidas reglamentarias y de control, etc.

Dentro de un segundo ámbito de actuación hemos podido observar que la mayor parte de las empresas carecen de protocolos para la identificación precoz de los trabajadores que presentan problemas con el alcohol u otras drogas. En general, las empresas no reaccionan hasta que se produce una crisis originada por el grave comportamiento del trabajador y existe grave repercusión en el medio laboral.

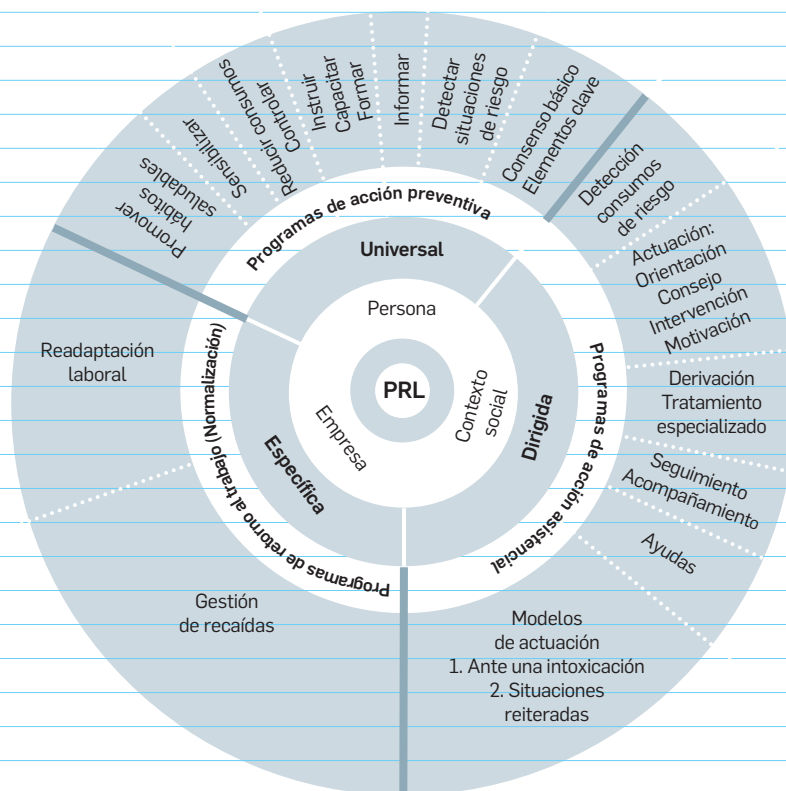
Las medidas de detección precoz, orientación, consejo y derivación, así como los tratamientos de personas con problemas de alcohol y otras drogas configuran el segundo gran grupo de progra-

mas vinculados con la ayuda a las personas que manifiestan problemas. Todas ellas se enmarcan en los **programas de actuación de carácter asistencial**.

El tercer gran grupo de actuaciones tiene como finalidad última abordar la reincorporación al trabajo de las personas afectadas después de su recuperación, implicando para ello a la empresa en la adopción de los medios necesarios adecuados a cada situación. Esta línea de trabajo integra también la gestión de las recaídas, situaciones muy habituales, debido a la complejidad del fenómeno de la dependencia. Este grupo de actuaciones configuran el **programa de retorno al trabajo**.

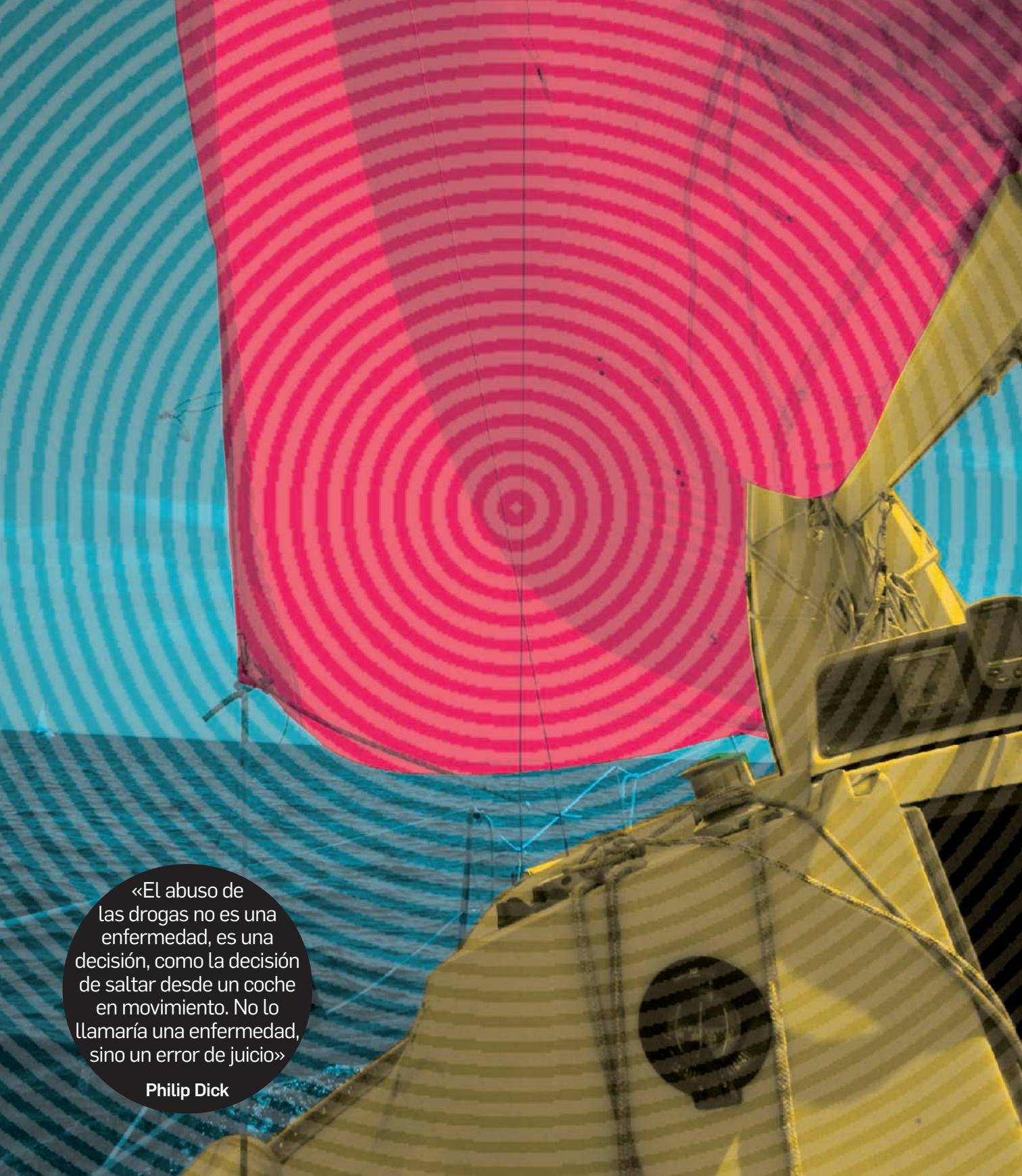
Se recoge a continuación un esquema que representa los tres programas básicos de actuación, las acciones que comprenden cada uno de ellos, así como los tres colectivos sobre los que actuar. La Prevención de Riesgos Laborales ocupa el centro de este círculo porque es el fundamento de toda intervención en el ámbito laboral.

Vínculo: Persona - Empresa - Sociedad



Capítulo 4.1

Acción preventiva



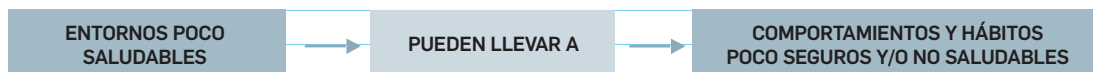
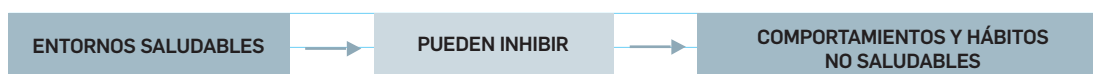
«El abuso de las drogas no es una enfermedad, es una decisión, como la decisión de saltar desde un coche en movimiento. No lo llamaría una enfermedad, sino un error de juicio»

Philip Dick

CONCEPTO

Los programas de prevención encaminados a mejorar la situación de los trabajadores en relación con el consumo de alcohol y otras drogas deben promover cambios de estilos de vida e incluso de cultura de la salud dentro de la empresa.

Está demostrado que ciertos comportamientos o hábitos pueden ser parcialmente inhibidos por entornos saludables y viceversa, entornos poco saludables pueden llevar a comportamientos o hábitos poco seguros o saludables.



La acción preventiva debe tener como referencia los conceptos generales que se manejan sobre prevención, en especial los referidos a los “tipos de prevención” (universal – selectiva – indicada), así como los “tipos de intervención” (prevención primaria – secundaria – terciaria).

OBJETIVOS

El objetivo que pretendemos es fortalecer la capacidad de las personas para hacer un uso prudente y adecuado del alcohol, de manera que se minimicen sus efectos negativos. En este ámbito de actuación podemos prestar un mayor esfuerzo a la prevención primaria: asesorar, informar, formar, reforzar comportamientos, etc.

El objetivo último de la prevención sería:

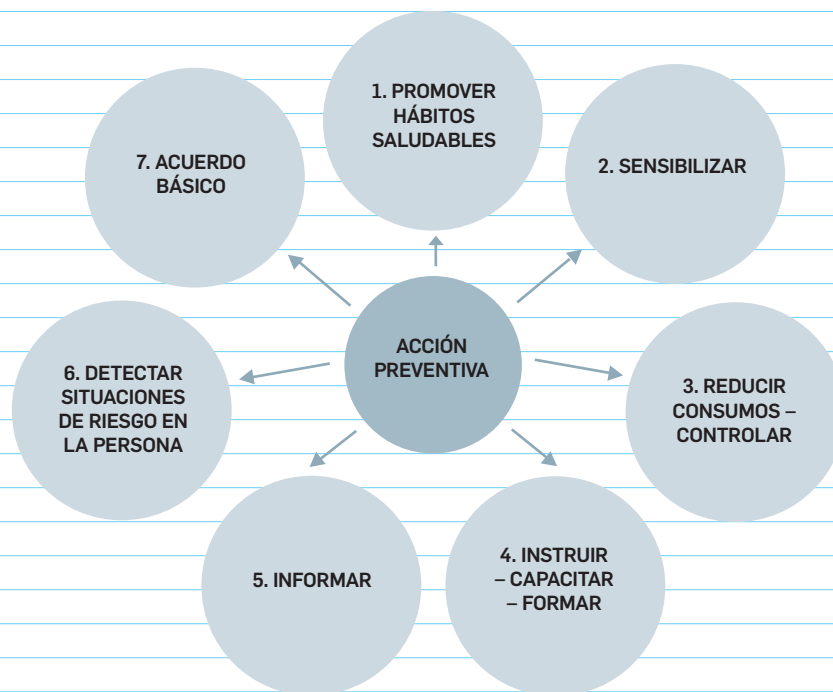
- **Disminuir la prevalencia**, es decir el consumo de alcohol en la medida de lo posible. Debido al fuerte arraigo cultural del alcohol que no percibe los riesgos asociados a su consumo, este objetivo puede generar indudables conflictos de intereses y ser además objeto de rechazo por un importante porcentaje de los trabajadores. Conscientes de esta situación, las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos asociados a su consumo deben ser claras, sencillas y continuadas.

- **Reducir los daños** asociados al consumo de alcohol. Para ello se debe intervenir desde diferentes entornos asociados al laboral con el fin de reducir las conductas de consumo de riesgo. También los programas de reducción de daños dirigidos a diferentes colectivos (conductores, embarazadas, trabajadores en situación de riesgo, etc.) ayudan a crear una cultura preventiva genérica y, por lo tanto, a conseguir un objetivo más amplio de reducción global del consumo.
- **Retrasar la edad de inicio.** La edad de inicio es un importante factor pronóstico en el tratamiento del alcoholismo ya que está íntimamente relacionado con la evolución del consumo y con los daños provocados por el mismo, de forma que cuanto antes se empieza a consumir, más probabilidad existe de abusar del alcohol y, probablemente, también de otras drogas.

Las intervenciones preventivas deben caracterizarse por:

- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo.
- En los mensajes, acciones e informaciones, se debe cubrir todo el espectro laboral, dirigiendo selectivamente los mensajes a “todos” (de forma universal), a las personas con alto riesgo de problemas relacionados con estas sustancias (de forma selectiva), y a las personas que presentan problemas de dependencia a estas sustancias (de forma indicada).
- Aumentar la información sobre los beneficios del consumo responsable, de los hábitos abstemios, reforzando normas sociales contrarias al consumo problemático o abusivo.
- Disminuir la accesibilidad y disponibilidad.
- Potenciar el desarrollo de habilidades y competencias personales y sociales que incrementen la resistencia como factor de protección.
- Capacitar a personas de la organización para que puedan servir de intermediarios para la aplicación de medidas de ayuda entre la persona, la empresa y los servicios externos.

ACCIONES



1. Promover hábitos saludables

Es indudable e incuestionable que toda acción que conduzca hacia una mejora de las condiciones de salud de la población en general y, en nuestro caso, de la población laboral, supone un gran beneficio para las propias personas, para sus familias, para el entorno social y de la comunidad en general. Por esta razón, las medidas preventivas de promoción de hábitos y estilos de vida saludables constituyen los objetivos prioritarios para reducir el uso nocivo del alcohol y otras drogas. Las acciones que pueden llevarse a cabo en el entorno laboral son muchas, variadas y de bajo coste. Destacamos:

- **Información positiva** sobre los beneficios de la moderación. Distribuir fichas divulgativas con mensajes sencillos, positivos y directos en promoción de hábitos saludables. Pueden descargarse modelos de fichas relacionadas con los hábitos saludables en la siguiente dirección: <http://www.mutuanavarra.es/es/promocion-salud-en-el-trabajo/>
- Jornadas con **eslóganes que promuevan una actitud positiva** frente al alcohol y otras drogas y no de carácter restrictivo/prohibición.

- Consejos breves sobre **hábitos saludables** que actúan como protección frente al consumo inadecuado.
- Recomendaciones sobre los **beneficios para la salud** de una actitud abstemia o de muy bajo consumo de alcohol.
- **Vigilancia de la salud.** La historia clínica y los instrumentos de valoración de niveles de consumos de alcohol pueden aportar la información necesaria para realizar una adecuada evaluación y diagnóstico.

Objetivos de la acción: Difundir hábitos de comportamiento saludables. Creación de entornos saludables, la concienciación de los individuos y de las organizaciones, y la mejora de la cultura de la prevención y de la salud. Promover vínculos sociales positivos.

2. Sensibilizar

Se pretende hacer reflexionar para cambiar actitudes y conductas relativas al consumo, con información amplia clara y ajustada a la realidad sobre las drogas y el alcohol y las consecuencias que se derivan de su abuso. Se articularán actuaciones del tipo:

- **Campañas:** dirigidas a visibilizar el problema del alcohol desde la perspectiva de los perjuicios que generan a la salud, así como los beneficios que reporta un consumo responsable. También puede pretenderse acabar con los mitos que acompañan, especialmente al alcohol, como medio "socializador".
- **Jornadas.** Aprovechar la convocatoria de jornadas para lanzar transversalmente mensajes sobre el severo perjuicio a la salud que ocasionan los consumos de riesgo.
- **Soportes:** carteles, folletos. Recurrir a instituciones nacionales y/o autonómicas para acopio de carteles, folletos, con el fin de distribuirlos en las campañas habilitadas "ex profeso", jornadas, tabloneros, adjuntos a nómina, etc.
- Reforzar las campañas de **seguridad vial y movilidad** con mensajes directos respecto a reducir y/o eliminar los consumos de alcohol durante la conducción, tanto en la práctica laboral, (sectores de transporte, reparto de mercancías, etc.) como durante los tiempos de ocio.
- **Actuaciones en comedor.** Mensajes motivadores acerca de la forma de eliminar el alcohol de las dietas, así como sus beneficios para la salud y el bienestar.
- **Vigilancia de la salud:** Durante las pruebas de vigilancia de la salud realizadas por los servicios de prevención a los trabajadores se podrán dirigir mensajes motivadores, orientaciones y consejos de promoción de la salud a aquellas personas que, en las anamnesis y/o pruebas realizadas, presenten indicios de consumo de riesgo y/o perjudicial.

Objetivos de la acción: Modificar la percepción de normalidad del consumo y las actitudes de “pro-consumo”. Modificar la percepción normativa del grupo y las creencias erróneas hacia el uso de sustancias. Concienciar para el cambio los factores de riesgo de carácter personal, familiar y social. Aumentar el rechazo social hacia ciertos patrones de consumo. Concienciar a los trabajadores con consumos abusivos de los posibles riesgos y daños para su salud.

3. Reducir consumos – controlar

Se debe fomentar el NO consumo de alcohol y otras drogas en la empresa mediante:

- La prohibición del ingreso (especialmente para las comidas) y del consumo dentro de las instalaciones a través de un marco regulatorio de prohibiciones y sanciones.
- La prohibición de la oferta de bebidas alcohólicas, retirándolas de las máquinas expendedoras y reemplazándolas por refrescos y/o agua.

Objetivos de la acción: disminuir la accesibilidad y disponibilidad de sustancias en los centros y lugares de trabajo.

4. Instruir – Capacitar – Formar

Las principales acciones preventivas deben favorecer el desarrollo de habilidades y competencias personales, que no sólo sean protectoras para el consumo de drogas, sino que aumenten la efectividad de las personas en su trabajo y mejoren las relaciones con los otros.

Podemos establecer tres niveles de actuaciones distintas dirigidas, a su vez, a colectivos distintos:

1. Formación a los distintos agentes de la organización que pueden formar parte del **equipo que configura el programa**: mandos intermedios, técnicos de prevención de riesgos laborales, personal sanitario, delegados de prevención y dirección)
2. Un segundo nivel de formación – más orientado hacia la **capacitación** – que se planteará para aquellas personas que, por su posición en la empresa, pudieran desempeñar un papel clave como “mediadores” en el desarrollo del programa. Se les podría capacitar en:
 - Técnicas de detección, intervención breve y motivación para el tratamiento de trabajadores con problemas relacionados con el consumo de alcohol y/u otras drogas.

3. Un tercer nivel de formación –más orientado hacia la **instrucción general** sobre consumos abusivos, sus riesgos y sus efectos para la salud– que irá dirigido a todos los trabajadores.

Podrán preverse, también, actividades formativas generales que desarrollen aspectos relacionados con la Educación para la Salud.

Objetivos de la acción: Incrementar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta. Modificar las actitudes que favorezcan el consumo abusivo. Fomentar factores de protección. Aportar conocimiento y habilidades para "saber intervenir" precozmente como mediador entre el trabajador afectado y la empresa.

5. Informar

Incrementar los niveles de conocimiento sobre los hábitos de consumo de alcohol, los niveles de riesgo y los beneficios del consumo responsable puede realizarse a través de:

- **Boletines internos, intranet, publicaciones, revistas de empresas** (entre otros medios de comunicación interna de la empresa):

1. Incluir información sobre las sustancias psicoactivas y sus efectos sobre la salud, para su propia seguridad, de las personas presentes en su entorno de trabajo, así como para la actividad de la empresa.
2. Incluir los recursos que la empresa pone a su disposición para atender los problemas derivados del consumo excesivo.

- **Fichas divulgativas:** Recoger a través de fichas, las indicaciones sobre los patrones de consumo, los niveles de riesgo y peligrosidad, los tipos de daño a la salud, al entorno familiar y al entorno de relaciones sociales.

Objetivos de la acción: Difundir y divulgar los perjuicios para la salud del consumo de alcohol y otras sustancias. Reforzar normas sociales contrarias al consumo problemático o abusivo. Incrementar la percepción del riesgo.

6. Detectar situaciones de riesgo

En el marco de las condiciones físicas y de organización, se debe centrar la atención sobre aquellos aspectos que tienen una proyección en el lugar de trabajo. Con este fin se proponen:

- Analizar e identificar los **factores o situaciones de riesgo** presentes en cada puesto de trabajo que, junto con factores personales, pueden agravar los problemas de consumo de alcohol y otras drogas. Se deben valorar las repercusiones que los factores de riesgo personal y/o social en el abuso de sustancias psicoactivas pueden incrementar los riesgos laborales.
- Identificar los **factores de protección** (personales, sociales y laborales), con el fin de potenciar en la organización aquellos que hacen frente con mayor relevancia a los procesos de abuso y dependencia.
- **Reconocer síntomas.** Dotar a la cadena de mando y a los técnicos de prevención de los conocimientos y habilidades suficientes que les permita detectar síntomas y signos en la forma de realización de los trabajos que puedan tener un trasfondo de consumo peligroso de sustancias psicoactivas.
- Del análisis de los datos colectivos de salud resultantes de los exámenes de salud se podrá valorar –al menos orientativamente– el grado de repercusión percibido y observado de los problemas de consumos de riesgo de alcohol y otras drogas. Valorar las eventuales relaciones entre riesgo y daño y actuar en consecuencia.
- También son preceptivos para el análisis las encuestas específicas o los estudios de absentismo.

Objetivos de la acción: Reducir los factores laborales de riesgo. Potenciar el desarrollo de los factores de protección.

7. Elementos clave para el acuerdo básico

El éxito de un plan de actuación sobre alcohol y drogas en la empresa viene fundamentalmente determinado por el **consenso y participación** adquirido entre todos los agentes implicados de la empresa. Este consenso ha de permitir garantizar los derechos individuales de las personas. Asimismo, debe regular de forma clara y responsable los medios y recursos que se ponen a disposición para ayudar a aquellas personas con problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.

Deberán ponerse los medios y la voluntad para conseguir:

- Facilitar la participación de todos los agentes implicados para preparar el programa/protocolo: dirección empresa, comité de seguridad y salud, servicios de prevención de riesgos y servicio médico si lo hubiere.
-

- Una definición clara del grado de responsabilidad e implicación de todos los agentes de la empresa en la búsqueda de soluciones.
- Obtener el consenso entre las partes para definir los contenidos del programa de actuación.
- Preservar la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores.
- Integrar el programa dentro del plan de acciones preventivas ya existente.
- Dar respuesta global: (prevención + asistencia + retorno).
- Un tratamiento transversal del programa. Este factor facilitará la inclusión de esta problemática dentro de otras temáticas de la empresa sin otorgarle, por tanto, una excesiva relevancia.

La legislación vigente regula el despido disciplinario por causas derivadas del consumo de alcohol y otras drogas si repercuten negativamente en el trabajo. Esta medida debe ser la última a adoptar, y antes de ella deben utilizarse sanciones graduales.

Los Criterios de actuación que pueden ayudar al logro de consenso son:

- El acuerdo que se establezca debe garantizar de forma rotunda la **máxima confidencialidad y respeto a la intimidad de la persona**.
- La intervención debe estar **centrada en la persona** y ha de prevalecer este enfoque respecto a los procedimientos disciplinarios.
- La **participación** en los programas debe ser **voluntaria**, si se quiere facilitar el éxito de los tratamientos.

Objetivos de la acción: con la colaboración de los distintos grupos de interés de la empresa crear un marco de entendimiento común orientado a abordar la problemática de la drogadicción con un enfoque de salud, garantizando plena confidencialidad de cada caso tratado, estableciendo los medios de ayuda más eficaces, así como definir el marco regulatorio-sancionador en los casos en los que las medidas anteriores no hayan dado los frutos esperados.

Los contenidos a establecer en el consenso básico pueden ser:

- Redactar una política de empresa que garantice que su objetivo no es perseguir a los adictos, sino contribuir a mejorar las condiciones de salud y seguridad en la empresa.
- Los contenidos del plan, su estructura en programas y las actuaciones concretas: qué se va a hacer y a quién van a ir dirigidas dichas acciones.
- Los actores que van a intervenir en las distintas fases del plan: análisis y diseño – ejecución y control – evaluación y mejora.
- Los tipos de ayudas, compromisos y garantías ofrecidas por la empresa.

- Los compromisos que adquieren los beneficiarios de estas ayudas al hacer uso de las mismas.
- El nivel de participación de los mediadores de la empresa, su cualificación y garantía de confidencialidad.
- El marco regulatorio: normativa de aplicación, convenios colectivos y/o pactos de empresa.
- Cómo regular (si procede) los posibles controles de consumos. En ocasiones es el propio marco normativo el que regula los medios y formas de realizar dichos controles.
- Los medios de comunicación a utilizar para divulgar y transmitir lo pactado, así como para transmitir el grado de confianza necesario para el éxito del programa.
- El compromiso que se adquiere, por ambas partes, al aceptar las ayudas, - por ejemplo, respecto al tratamiento: aceptación de sus normas, actividades y funcionamiento.
- Considerar la posibilidad del abandono voluntario del tratamiento y/o exclusión del centro, reflejando las consecuencias que se derivan de estos hechos.
- Los medios a disponer para facilitar el retorno al trabajo de las personas que han pasado por un tratamiento de dependencia.
- Cómo se configuran los vínculos contractuales para las personas que acuden a tratamiento, y situaciones que se derivan posteriormente.
- El papel de interlocución y de acompañamiento al proceso de los servicios médicos de empresa (si los hubiera en la empresa).

Los controles aleatorios de consumos

En ocasiones son los propios marcos normativos, los convenios colectivos sectoriales y/o los pactos de empresa los que regulan los medios y formas de realizar dichos controles. No obstante las pruebas de control deben estar sujetas a los siguientes requisitos:

- No se pueden realizar al azar.
- Deben respetar las garantías de confidencialidad.
- Absoluta transparencia en los protocolos de detección.
- Disponer de garantía de calidad técnica.
- La cadena de custodia debe estar garantizada.

La participación sindical

La participación sindical juega un papel de extraordinario protagonismo en el desarrollo del "consenso básico" que permita crear los principios de la actuación contra los problemas derivados del alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Su participación en actividades de salud laboral, así como en la inclusión en la negociación colectiva de cláusulas que regulen la prevención de toxicomanías en los centros de trabajo es decisiva.

Hoy día estas cláusulas son todavía poco frecuentes, pero debemos animar a todos los negociadores a comenzar a incluirlas en sus convenios. Hablamos más bien de cláusulas positivas, aquellas orientadas a la prevención. Sin embargo, es frecuente encontrar referencias a toxicomanías en las cláusulas de infracciones y sanciones de los convenios colectivos. Este tipo de cláusulas pueden considerarse indiferentes, al estar ya recogido en el Estatuto de los Trabajadores que *“la embriaguez habitual o toxicomanía, si repercuten negativamente en el trabajo, es causa de despido disciplinario”*.

Ejemplos de cláusulas indiferentes

- *“Falta muy grave: consumir bebidas alcohólicas drogas durante la permanencia en los locales de la empresa. Si implicase riesgo de accidentes para sí o sus compañeros o peligro de avería para las instalaciones, podrá ser considerado como falta muy grave”*.
- *“La embriaguez y el estado derivado del consumo de drogas durante el trabajo. En los puestos en que existan indicios claros de que el trabajador se encuentre en las situaciones más arriba descritas, vendrá éste obligado a someterse a los oportunos reconocimientos que le serán practicados por el Servicio Médico de Empresa o, en su caso, por el Facultativo que la empresa designe. En su realización se respetará al máximo la dignidad e intimidad del trabajador y se contará con la asistencia de un representante legal de los trabajadores o, en su ausencia del centro de trabajo, de otro trabajador de la empresa, siempre que ello fuera posible”*.
- *“Es falta grave: la embriaguez o consumo de drogas no habituales, si repercute negativamente en el trabajo o constituye un perjuicio o peligro en el nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo”*.


Ejemplos de cláusulas positivas

Podemos considerar como cláusulas buenas, al hablar de toxicomanías, aquellas que tienen una orientación preventiva y no sancionadora. Sirvan de ejemplo:

- *“Los/as trabajadores/as afectados/as por toxicomanía o alcoholemia tendrán un permiso retribuido por el tiempo que requiera seguir su tratamiento prescrito y debidamente justificado, siempre que no le haya sido reconocida la Incapacidad Temporal”*.
- *“La empresa asumirá la asistencia psiquiátrica de empleados que tengan la consideración facultativa de alcohólicos o drogadictos, así como los tratamientos psicoterapéuticos que estos pacientes requieran, siempre que no esté cubierto por la Sanidad Pública. Los criterios de aplicación de las ayudas y seguimiento de los tratamientos se establecerán de forma individualizada por la comisión paritaria que haya de crearse al efecto. La empresa junto con el representante de los trabajadores potenciará campañas contra las drogas con el fin de potenciar la calidad de vida de los trabajadores”*.

Capítulo 4.2

Acción asistencial



«El que disputa
con un beodo, disputa
con un hombre ausente.»

Séneca

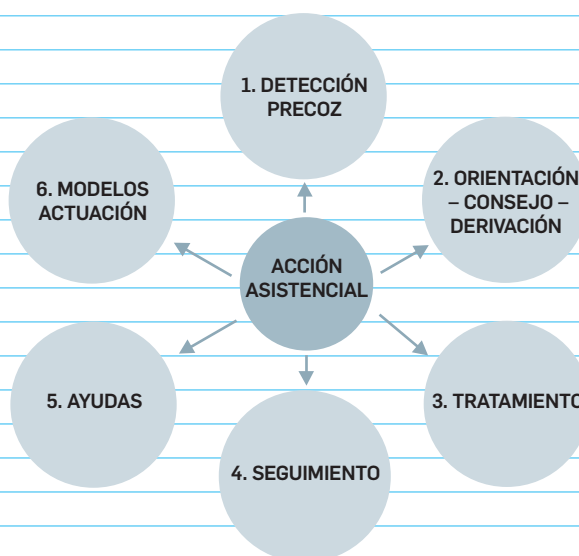
CONCEPTO

Los programas asistenciales para el abordaje de los problemas relacionados con el alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral constituyen el eje vertebral de intervención cuando las medidas preventivas han sido insuficientes, o no han podido actuar con la suficiente antelación, para evitar que las situaciones de consumo estallen en problemas de carácter personal y de carácter organizacional. Es la persona afectada la que sufre y la empresa la que tiene la oportunidad de actuar a través de las distintas líneas de actuación que a continuación indicamos, con el fin de contribuir a reducir los efectos perniciosos de la dependencia alcohólica y a otras sustancias adictivas en la salud individual y su proyección a la vida familiar y a la vida laboral.

OBJETIVOS

El objetivo que pretendemos con esta estrategia de actuación es potenciar los medios para visibilizar el problema en las empresas, a través de una detección precoz. Queremos también aportar ideas sobre cómo orientar, aconsejar y, en aquellos casos que los requieran, facilitar los medios de derivación a tratamientos específicos contra las drogadicciones. Apoyamos la idea del seguimiento del proceso y de las ayudas que la empresa puede poner a disposición de la persona afectada que le permitan afrontar su situación, tener acceso a los medios de tratamientos más eficaces y poder salir de su situación.

ACCIONES



DetECCIÓN DE PROBLEMAS

La detección precoz de situaciones de consumo de drogas (en su amplio sentido), plantea importantes dificultades ya que, con frecuencia, los consumidores de estas sustancias adoptan precauciones para evitar que su consumo sea fácilmente reconocido, máxime en los primeros momentos. Un diagnóstico preciso requiere, por tanto, la intervención de un profesional especializado, pero algunos signos pueden ayudar a la detección de personas drogodependientes en la empresa.

Así, algunos cambios en el rendimiento laboral – como las ausencias por enfermedad después del fin de semana o después de abonar el salario – pueden guardar relación con el uso de drogas.

Otros signos que aconsejan considerar la posibilidad de un problema derivado del uso de drogas guardan relación con los cambios en el comportamiento y el aspecto físico del trabajador e incluirían algunos de los que mencionamos en las tablas adjuntas. Cualquiera de estos signos puede estar relacionado con distintos factores, además del uso de drogas. Su presencia aconseja valorar con mayor detalle la posibilidad de un problema relacionado con el consumo excesivo.

Los datos generales procedentes de la vigilancia de la salud podrían proporcionar una indicación directa de consumos problemáticos de alcohol y/o otras drogas.

INDICADORES GENERALES DE CONSUMO

1. Indicadores físicos: muy diferentes según las sustancias. Se especifican en tabla complementaria.
 2. Indicadores psicológicos: Estados de ánimo alterados, desmotivación, ansiedad, depresión, ideas alucinatorias, etc.
 3. Dificultades para mantener hábitos cotidianos: Asistencia al trabajo, alteración en sueño, comidas, etc.
 4. Bajón brusco en rendimiento laboral.
 5. Conflictividad creciente, faltas de respeto en el trabajo, casa, etc.
 6. Comportamientos violentos o inhibidos.
 7. Desconfianza excesiva hacia los demás (compañeros, familiares, etc.)
 8. Cambios bruscos en el grupo de amigos. Vínculos de amigos o ambiente de consumidores.
 9. Aumento de frecuencia y/o intensidad de las mentiras.
-

10. Descontrol material: Gastos no justificados, por ejemplo: solicitud de anticipos del sueldo continuados, aparición o pérdida de objetos valiosos. Petición frecuente de dinero a compañeros de trabajo.
11. Tenencia de sustancias (polvo, tabletas, pastillas) o accesorios (papelillo, rulos, balanzas, listas de personas con cantidades económicas) para el consumo o tráfico.
12. Ciertos parámetros analíticos descompensados, si bien no son determinantes, pero sí orientativos de posibles alteraciones fisiológicas asociadas, especialmente, al consumo de alcohol.

Los parámetros analíticos más comúnmente utilizados como ayuda para la detección de bebedores problema son: la enzima Gamma-Glutamil-Transpeptidasa (GGT), el Volumen Corpuscular Medio (VCM), las transaminasas y la determinación de la Transferrina Carbohidrato Deficiente (CDT). Estas determinaciones, aunque no son específicas, pueden ser de gran utilidad; concretamente, la realización conjunta de GGT y CDT tiene una capacidad predictiva del 100% en consumidores de más de 6 UBE/día.

Si bien la determinación de CDT no es rutinaria en gran número de áreas asistenciales, se considera que la determinación conjunta de GGT y VCM permitiría clasificar a dos tercios de los enfermos.

Tabla de marcadores biológicos del consumo excesivo de alcohol

Test	Falsos positivos	Comentarios
GGT	Enfermedad hepatobiliar, insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidad, tabaquismo, uso fármacos inductores...	Se normaliza tras 1-4 semanas de abstinencia.
VCM	Déficits de vitamina B y/o ácido fólico, enfermedad hepática, uso de ciertos fármacos, tabaquismo...	Es menos sensible que la GGT a las fluctuaciones de la abstinencia
GOT	Afecciones musculares, infarto de miocardio, necrosis tubular aguda, hepatopatías...	El cociente GOT/GPT > 2 es muy sugestivo de consumo crónico.
CDT	Enfermedad hepática avanzada, embarazo...	Durante la abstinencia el valor de CDT se normaliza en unas 2 semanas. Es destacable su gran especificidad.

Indicadores específicos de consumo (a medio y largo plazo)

Indicadores específicos de ESTIMULANTES	Indicadores específicos de CANNABIS	Indicadores específicos de ALCOHOL
<p>Síntomas físicos a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de pupilas. • Sudoración excesiva. • Alta temperatura corporal. • Taquicardia, hipertensión. • Tensión mandibular (con éxtasis o speed). • Lesiones en la nariz (con sustancias esnifadas): Tabique nasal deteriorado, hemorragias, rinitis o moqueo. 	<p>Síntomas físicos a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia. • Enlentecimiento motor (reflejos disminuidos). • Ojos rojos y vidriosos. • Sequedad de boca. 	<p>Síntomas físicos a corto plazo y por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración en el organismo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinhibición. • Euforia. • Relajación. • Aumento de la sociabilidad. • Dificultad para hablar. • Dificultad para asociar ideas. • Descoordinación motora. • Intoxicación aguda: pueden variar según peso, edad y estado de salud.
<p>Síntomas físicos a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación psicomotriz (excesivamente inquieto, "espitoso"). • Cambios bruscos de humor. • Dificultad para acudir al trabajo y/o concentrarse (especialmente los lunes). • Períodos o episodios de aparente depresión. • Dificultades para dormir, o dormir en exceso. • Adelgazamiento asociado a pérdida de apetito. 	<p>Síntomas físicos a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Euforia. • Tendencia a la risa fácil. • Alteración del sentido del tiempo. • Alteraciones de la memoria. • Alteraciones en el discurso (lagunas, frases inconclusas). • Falta de concentración y agilidad mental. • Embotamiento, introversión acusada. • Excesivo apetito, "hambre de azúcar". 	<p>Otros síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio, indiferencia, pasividad. • Ojeras, ojos enrojecidos. • Cambios bruscos de humor. • Inhibición de culpas y responsabilidades. • Rechazo de ofertas de ayuda.

Quien puede detectar el problema

- El personal sanitario de los servicios médicos de empresa: bien directamente a través de entrevista personal o de forma indirecta por comentarios en los centros de trabajo.
- Terceras personas: compañeros de trabajo, supervisores, etc., (para ello se requiere que estas personas estén sensibilizadas e instruidas en la detección precoz de los síntomas y signos más habituales de consumos de riesgo de sustancias psicoactivas).
- Responsables de Recursos Humanos: a través de indicadores indirectos como índices de absentismo, ausencias, rendimientos, conflictos, calidad del trabajo, etc.
- Personal sanitario del área de vigilancia de la salud: a través de los reconocimientos médicos: (marcadores biológicos, etc.).
- Por consulta del propio trabajador a las áreas sanitarias de la empresa.

- Desde las áreas de Prevención de Riesgos: suelen sospecharse situaciones de riesgo vinculadas a esta problemática en las investigaciones de las causas y circunstancias desencadenantes de accidentes o incidentes. También pueden apreciarse signos/síntomas en las evaluaciones de riesgo y/o inspecciones de seguridad en los puestos de trabajo, así como en las rutinas preventivas realizadas en la empresa.
- Miembros del comité de seguridad y salud, y/o representantes de los trabajadores.

Cómo actuar ante una situación de consumo

Descripción de la situación: Actuación cuando un **trabajador se encuentra bajo los efectos del alcohol** (u otras sustancias psicoactivas), en su **centro de trabajo**.

1. Cualquier persona que detecte esta situación lo podrá poner en conocimiento del encargado de la sección a la que pertenece la persona afectada. Esta actuación no supone un acto de delación al compañero, sino de ayuda, garantizada a través del **Programa de actuación** que la empresa ha establecido con el fin de ayudar a los trabajadores afectados.
2. Si la situación en que se encuentra el trabajador le impidiera realizar las tareas de su puesto, o existiera posibilidad real de riesgo para él o a terceros, será trasladado de forma temporal a un lugar reservado hasta que se constate una mejoría de su estado de salud. Si la situación lo requiere, mantener vigilada y/o acompañada a la persona.
3. Si se apreciaran o existiera sospecha de un estado grave de su salud (por ejemplo: pérdida del conocimiento, sueño profundo que no responda a estímulos, signos de respiración forzada, alteración del pulso,...), se llamará al 112, a quien se les describirán estos síntomas y se solicitará ayuda de emergencia.
4. De no presentarse la situación anterior, se intentará localizar a algún miembro de su familia para solicitarle su presencia con el fin de que se facilite el transporte a su domicilio particular.
5. Si el contacto con la familia resulta infructuoso, se le facilitará un medio de transporte hasta el domicilio familiar.
6. Por el bien suyo y el de terceros, se le impedirá que utilice su propio vehículo. Acompañar en caso de encontrarse muy inestable.

Con posterioridad a esta situación (uno o varios días después) desde la empresa:

1. Se le informará de las **medidas reglamentarias** previamente pactadas para actuar ante estas situaciones.
2. Si es reincidente, se contactará con el Servicio de Prevención con quien se tenga con-

tratada la Vigilancia de la Salud para que efectúe una **valoración médico-laboral** del trabajador y emita una aptitud laboral. Esta actuación puede tener un efecto más disuasorio que práctico ante posteriores reincidencias en la actitud de abuso.

3. Se le ofrecerán los medios de ayuda y/o las **recomendaciones preventivas** que estén establecidos para paliar estas situaciones.

De existir un Servicio Médico de Empresa (SME), en las instalaciones de la empresa, éste podría:

1. Evaluar el nivel de intoxicación en que se encuentra la persona.
2. Valorar la posibilidad de que continúe, o no, con su trabajo en función de los riesgos del puesto de trabajo.
3. Dar consejos preventivos y orientaciones para que se eviten nuevos episodios de esta índole.
4. Si es reincidente, aconsejar al afectado y orientarle hacia centros de ayuda más especializados para prevención de dependencias, siempre previo consentimiento del trabajador.
5. Tras el diagnóstico de dependencia (si procede), ofrecerle los medios de ayuda que estén establecidos para tratar los efectos de estas sustancias.

Intervenciones breves

En los casos de consumo de riesgo o perjudicial, las intervenciones breves, así configuradas, han demostrado su gran utilidad. Dichas intervenciones se basan en el consejo médico encaminado a modificar el consumo, están dirigidas de forma personalizada, y han de incluir:

- Información positiva sobre los beneficios de la moderación.
- Información sobre los peligros de la ingesta excesiva de alcohol.
- Negociación de la reducción de consumo.
- Material de apoyo (folletos, fichas, etc.)
- Estrategias motivacionales.

Por otro lado, se deben potenciar las acciones “*de mediación*” que pueden realizar personas de la organización (generalmente miembros del equipo de trabajo configurado para este fin), previamente capacitadas, que pueden aportar gran ayuda ante situaciones como:

- Falta de confianza hacia el resto de compañeros de trabajo y otros miembros de la empresa.
- La falta de auto-aceptación y reconocimiento del problema que se tiene.
- Existe aceptación del problema pero se desconfía y no cree que exista solución.

- Desconocimiento de cómo actuar y/o a dónde dirigirse para un posible tratamiento.
- Falta de confianza en sí mismo, acompañado, en ocasiones de escaso apoyo familiar y de su entorno social.

El éxito del acercamiento y la ayuda efectiva vendrá determinado por:

- Estar atentos a la presencia de ciertos indicadores (sustancias encontradas, andar con consumidores, comentarios, efectos físicos, comportamiento, descontrol con el dinero, cambios bruscos...).
- Evitar adoptar actitudes encubridoras poco favorecedoras para la resolución del problema.
- Actuar ante la sospecha e iniciar la comunicación abiertamente pero con sensibilidad y cercanía, expresando claridad y respeto por la situación.
- Capacidad de ponerse en el lugar del afectado para intentar comprender su situación pero no dejarse llevar por la compasión.
- No eludir llamar a las cosas por su nombre, describiendo las situaciones: “consumir, porros, pastillas, droga...”).
- Actuar desde la preocupación y el interés, en lugar de utilizar el reproche. (ejemplo: “me preocupa lo que estoy viendo, estoy preocupado por ti...”).
- Sea cual sea su respuesta inicial, se debe reforzar los aspectos y prestar nuestro apoyo sin forzar la situación.
- Escuchar más que hablar.
- Actuar con claridad ofreciendo ayuda y orientación.
- Dar confianza sobre la confidencialidad de la situación.

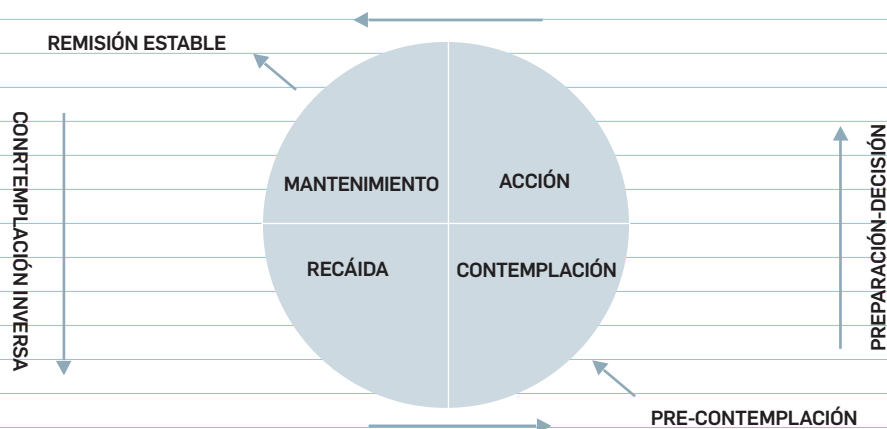
Estrategias motivacionales

Aunque no constituyen una intervención terapéutica propiamente dicha, algunas intervenciones orientadas a **augmentar la motivación para el cambio de conducta** han demostrado ser enormemente efectivas en el tratamiento de las drogodependencias, ya que muchos pacientes se muestran ambivalentes con respecto a su participación en un programa de tratamiento o el abandono del uso problemático de drogas. Entre estos enfoques, destaca la estrategia denominada **entrevista motivacional** en la que, a partir de un número reducido de entrevistas, las áreas sanitarias presentan al paciente la información generada por una serie de pruebas de evaluación, estimulando la conversación sobre su consumo de drogas y obteniendo declaraciones que ayudan al entrevistador a dirigir los factores motivacionales más adecuados para cada situación específica de la persona afectada.

Son seis los estadios de cambio en que se puede hallar una persona, lo que condiciona de manera muy significativa las **estrategias motivacionales**. Estos estadios, descritos por *Prochaska y Di-Clemente* (1982), se detallan a continuación:

- **Pre-contemplación:** no existe conciencia del problema, ni se busca ningún tipo de solución. En esta etapa los programas terapéuticos suelen fracasar, por lo que los esfuerzos del profesional han de ir dirigidos a promover la motivación del paciente.
- **Contemplación:** se comienza a contemplar el problema pero aún existe una ambivalencia que frena al paciente. Cuando el sujeto pasa a la fase de acción sin haber resuelto su ambivalencia son muy frecuentes los intentos terapéuticos fallidos.
- **Preparación:** la ambivalencia se ha resuelto a favor del cambio y el paciente ha decidido emprender alguna medida para modificar su patrón de consumo.
- **Acción:** se inicia el cambio de conducta, generalmente, en el marco de una intervención terapéutica.
- **Mantenimiento:** su duración se extiende desde los 6 meses posteriores a la estabilización hasta los 5 años después de iniciada la acción. Durante este estadio el paciente debe aprender cómo mantener los logros conseguidos hasta ese momento.
- **Recaída:** la reanudación de consumos puede hacer que el paciente retroceda al estadio de pre-contemplación. Incluso, ante una reanudación puntual de consumo (resbalón), lo importante es reconducir dicho resbalón para evitar una recaída propiamente dicha.

Modelo giratorio de los estadios de cambio



Enfoques terapéuticos con base científica

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

La derivación a centros especializados

En general, la evaluación diagnóstica y el tratamiento de las personas susceptibles de un diagnóstico de dependencia de alcohol y otras drogas deberán realizarse desde un equipo multidisciplinar especializado.

Los **servicios médicos de empresa** pueden realizar importantes tareas de cribado de estos usuarios, así como en las tareas de sensibilización respecto al problema, motivación respecto a la necesidad de tratamiento y orientación hacia otros servicios.

El tratamiento del alcoholismo o de la adicción a otro tipo de droga requiere de un **apoyo terapéutico intensivo y prolongado en el tiempo**, que sólo en algunos casos podrá ser asumido por los equipo de salud laboral correspondientes. Por lo general, los recursos necesarios para asumir este tipo de tratamientos harán recomendable realizar una derivación a servicios especializados externos a la empresa.

Es muy importante que la derivación a recursos especializados permita un **seguimiento conjunto de los casos** (idealmente, desde el centro especializado, la atención primaria de salud y los servicios médicos de empresa).

Requisitos para una correcta derivación¹

La derivación no puede abordarse como un simple trámite. Es un proceso crucial para el inicio del tratamiento y requiere:

1. Que el paciente entienda su necesidad de tratamiento.
2. Que la familia entienda, apoye y esté dispuesta a participar en el tratamiento especializado.
3. Que el paciente y la familia entiendan que la derivación no es señal de desentendimiento por parte de la empresa o el personal médico de la empresa, sino todo lo contrario, y para ello se podrán establecer visitas periódicas de seguimiento del proceso terapéutico exterior.
4. Que el paciente y su familia se comprometan a seguir puntualmente el programa al cual se deriva.

Los servicios médicos de empresa pueden realizar importantes tareas en el cribado de usuarios, en la información, orientación y motivación de los casos que deban derivarse a otros servicios.

¹ Programa de asistencia personalizada. Programa Mano a Mano.

5. Que el SME conozca la solvencia y calidad del centro especializado al que se deriva al paciente.

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

1. Signos muy claros de dependencia alcohólica, incluido la existencia de síndrome de abstinencia.
2. Pacientes que han fracasado de forma recurrente en intentos anteriores de reducción paulatina o radical planteados desde el SME o Atención primaria.
3. Ausencia de apoyo familiar y/o social.
4. Síntomas de deterioro fisiológico (por ejemplo: daño cerebral, enfermedad hepática, neuropatía periférica u otra complicación física grave).
5. Síntomas de patología psiquiátrica grave.
6. Grave deterioro de relaciones familiares, sociales y/o laborales.

Recursos para la atención a las drogodependencias

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

Primer nivel

- Equipos de Atención Primaria del Servicio Público de Salud
- Servicios Sociales
- Grupos de autoayuda

Segundo nivel

- Unidades ambulatorias de drogodependencias*
- Unidades de salud mental

* En el presente trabajo sólo nos centraremos en los reseñados con asterisco.

-
- Unidades de hospitalización psiquiátrica
 - Hospitales Generales y centros de especialidades
-

Tercer nivel

-
- Unidades hospitalarias de desintoxicación*
 - Comunidades terapéuticas*
 - Centros de día*
 - Pisos asistidos
-

Se indican a continuación algunos criterios orientativos que son utilizados para las diferentes derivaciones con atención especializada en alcohol y/u otras drogas.

Unidades ambulatorias

Estas unidades suponen el primer lugar de carácter público al que dirigirse para iniciar un tratamiento. Equivalen a la puerta de entrada al tratamiento sobre el consumo de algún tipo de sustancia y acostumbra a ser la vía de entrada a otras modalidades de tratamiento, pudiendo derivar temporalmente a sus pacientes a otras áreas especializadas.

Las características del tratamiento ambulatorio pueden variar mucho, según incluyan información y consejo, educación sanitaria, detección y control de daños físicos y/o psiquiátricos, tratamiento psicológico individual, psicoterapia de grupo, desintoxicación y control de la abstinencia mediante determinación de presencia de drogas en orina.

En estas unidades se ofrece atención médica, psicológica, terapéutica y social a todas aquellas personas que tienen problemas derivados del consumo de drogas. Hemos de destacar que los tratamientos son de carácter voluntario para la persona enferma.

Centros de día

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

La desintoxicación suele completarse en un periodo inferior a dos semanas y suele ser incompatible con la actividad laboral.

Unidades hospitalarias de desintoxicación

Situadas en centros hospitalarios, en ellas se lleva a cabo la desintoxicación física del drogodependiente, procedimiento médico mediante el cual, los drogodependientes pueden interrumpir el consumo regular de drogas con la ayuda de un tratamiento farmacológico que evita la aparición del síndrome de abstinencia.

Aunque en algunas ocasiones la actuación puede efectuarse en régimen ambulatorio, en la mayoría de los casos, el entorno socio-familiar del paciente, sus antecedentes de consumo, la existencia de algunas patologías, u otros factores, recomiendan que la desintoxicación se realice en régimen de ingreso hospitalario. En realidad, no constituye un tratamiento en sí mismo, sino una parte importante de algunos programas globales de tratamiento. El tipo de desintoxicación depende del caso y también deriva a las especialidades hospitalarias para el tratamiento de otras patologías si fuera necesario. El acceso a las Unidades Hospitalarias se realiza a través de las unidades de atención ambulatoria.

Grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, Al-Ateen, Asociación de Ex Alcohólicos Españoles, Alcohólicos Rehabilitados, etc.) actuarían reforzando la decisión de no entrar en contacto con el alcohol. Si bien estas organizaciones difieren en algunos aspectos, se caracterizan por ser mixtas (incluyen hombres y mujeres) y su objetivo principal es que los afiliados permanezcan abstinentes del alcohol, así como ayudar a otros alcohólicos a conseguir la sobriedad. La asistencia a estos grupos se puede incorporar como un elemento más al resto de las intervenciones terapéuticas que se estén desarrollando. Las finalidades básicas de los grupos de autoayuda serían, entre otras: la motivación, colaborar en la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente alcohólico, seguir las fases de curación y rehabilitación de sus miembros, apoyar la lucha preventiva contra el alcoholismo, etc.

Tratamiento residencial en comunidad terapéutica

Son centros de carácter residencial orientados principalmente a la deshabitación y rehabilitación de aquellos drogodependientes que, por sus características personales y de su entorno no pueden seguir un tratamiento de forma ambulatoria. El acceso a las comunidades terapéuticas suele producirse a propuesta de su centro ambulatorio de referencia.

Las comunidades terapéuticas ofrecen un tratamiento prolongado (de 6 a 12 meses) en régimen de ingreso, pero en un entorno bastante diferente a un hospital, ya que muchas comunidades se sitúan en áreas rurales e incorporan pequeños trabajos agrícolas al programa de actividades del centro. Proporcionan un seguimiento médico y psicológico de sus pacientes, pero poniendo un énfasis especial en las actividades socioeducativas y utilizando la propia comunidad – los demás pacientes, el personal y el entorno social – como elemento fundamental del tratamiento.

Tipología de Centros básicos	Factores orientativos para derivación a centros
Tratamiento Ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de uso, abuso o dependencia al alcohol u otras drogas. • No haber recibido tratamientos previos continuados. • Falta de motivación para realizar tratamiento residencial. • Apoyo socio-familiar. • Necesidades básicas cubiertas.
Centros de día	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen de permanencia por el día. • Terapia psicológica y ocupacional. • Facilitan inclusión social.
Unidades de Hospitalización y/o Comunidades Terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con Síndrome de Abstinencia, incluyendo a los sujetos en los que han fracasado otros intentos de desintoxicación. • Existencia de disfunción familiar grave. • Falta de apoyo socio-familiar. • Dependencia psicológica intensa de sustancia. • Poli-toxicomanía. • Petición expresa del paciente o familia.
Tratamiento psicosocial de la dependencia (psicoterapia grupal-grupos de autoayuda)	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje con objetivo de dismantelar las defensas desadaptadas, motivación para el cambio y la enseñanza de estrategias para prevenir recaídas.
Unidades de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con patología psiquiátrica asociada.
Otras especialidades	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con Trastornos orgánicos que precisen atención especializada por dicho trastorno (Cardiólogo, Neurólogo, etc.).

Tras la decisión voluntaria de entrar en un tratamiento, pueden plantearse distintas situaciones en la relación laboral con la empresa:

Tratamiento	Situación laboral	Actuaciones
	No implica modificar su situación laboral	Puede compaginar el tratamiento y su trabajo con normalidad.
Acude a tratamiento	Implica modificar su horario de trabajo.	Para compaginar el tratamiento con su puesto de trabajo deben acordarse los ajustes, la flexibilidad y/o los cambios en su trabajo.
	Implica el abandono completo del puesto de trabajo	Acogerse a una incapacidad transitoria. Se mantiene la relación contractual .

La empresa puede ofrecer durante el tiempo que dure el tratamiento, una excedencia. Esta práctica supone que durante el tiempo que dure la excedencia, no será tiempo cotizado a la seguridad social, ni la persona afectada percibirá salario alguno durante el mismo.

Los objetivos terapéuticos que se pretenden con el tratamiento del alcoholismo u otras drogadicciones son:

A corto plazo:

- *Desintoxicación:*
 - Supresión de la ingesta.
 - Evitación / superación del síndrome de abstinencia.
 - Tratamiento de la patología aguda asociada.
 - Si es necesaria, intervención social.

A medio plazo:

- *Abstinencia absoluta sostenida:*
 - Por concienciación y decisión personal.
 - Resolver / paliar problemática física, psíquica y social.
 - Detener deterioro biopsicosocial.
- *Protagonismo responsable en el tratamiento.*
- *Extinción de la conducta dependiente:*
 - Adquirir hábitos personales y habilidades sociales en sobriedad.

A largo plazo:

- *Recuperación integral:*
 - Consolidar actitudes y hábitos adquiridos
 - Fomento de desarrollo personal, profesional y social.

Qué hacer cuando se problematiza una situación de consumo de drogas

Exponemos a continuación un modelo de actuación que puede servir de orientación cuando una situación relativa al alcohol y otras sustancias ocasionan graves problemas en la empresa.

La empresa puede establecer, a modo de orientación, esta secuencia de actuaciones que les presentamos a continuación. No obstante, va a ser un factor determinante para configurar estos modelos de actuación en la empresa el hecho de que se disponga en la organización de un servicio médico de empresa. Ante esta circunstancia condicionante planteamos dos escenarios distintos:

- Situación 1: No existe servicio médico de empresa.
- Situación 2. La empresa dispone de servicio médico.

Pasemos a continuación a describir la pauta de actuación propuesta para cada una de estas situaciones.

Situación 1: Actuación cuando un trabajador problematiza por el consumo de sustancias (trastorno por abuso o dependencia de cualquier sustancia). La empresa **NO dispone de servicio médico**. Dispone de medios para ofrecer las pruebas de Vigilancia de la Salud (a través de recursos concertados).

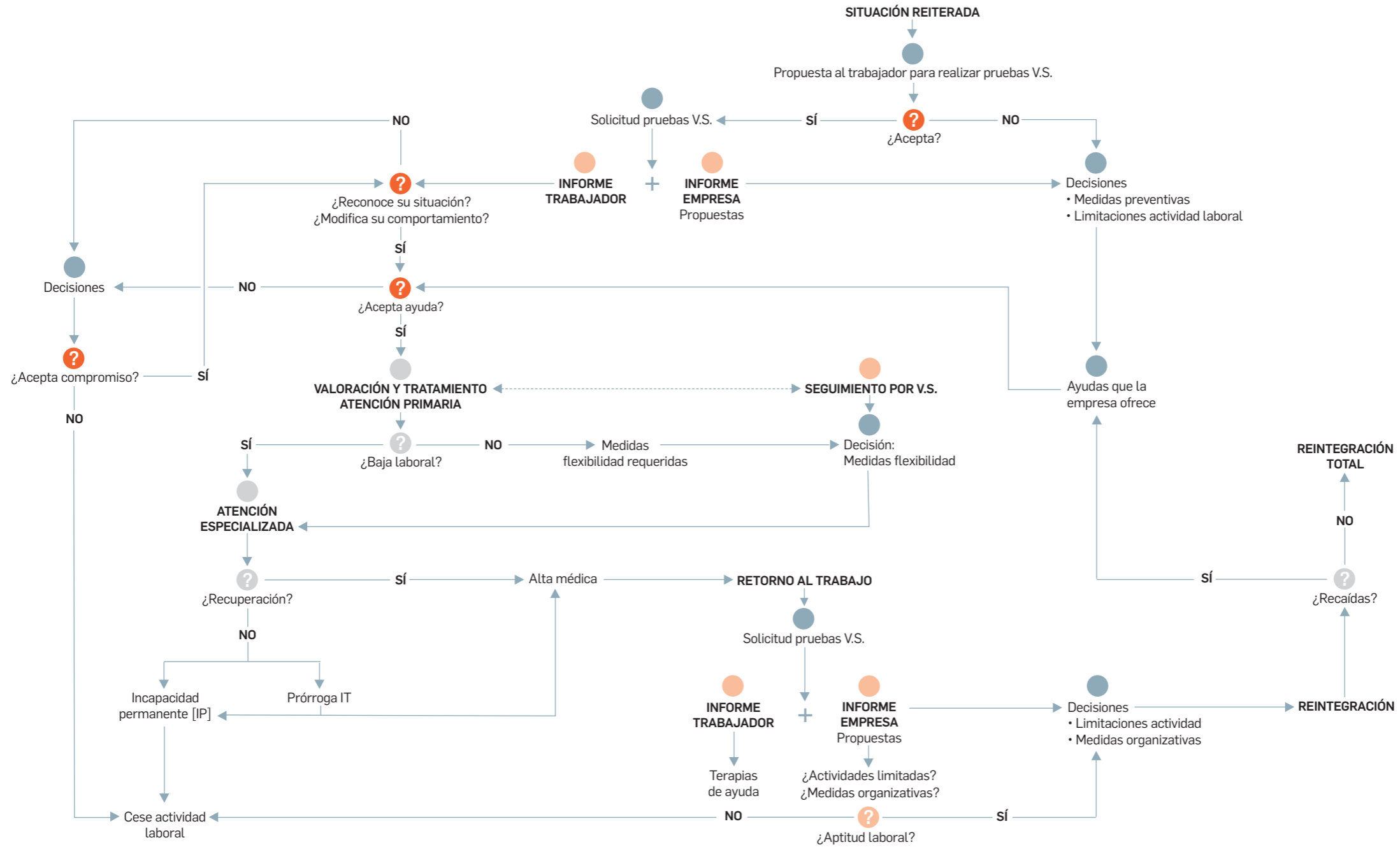
1. Tras presentarse episodios de intoxicación de forma reiterada, la empresa solicita al trabajador que, de forma voluntaria, se someta a las pruebas de valoración de su aptitud laboral por parte del área de Vigilancia de la Salud del servicio de prevención con quien tiene concertado este servicio.
2. El área de Vigilancia de la Salud realiza básicamente dos funciones: En primer lugar realiza el **diagnóstico de la situación** (anamnesis e historia clínica). Fruto de esta actuación puede concluirse *una aptitud laboral en observación pendiente de estudio*.
3. En segundo lugar, Vigilancia de la Salud evalúa el **seguimiento de la situación**. Para ello, citará nuevamente al trabajador, con la periodicidad pertinente dependiendo del caso (tipo de abuso, trabajador concreto, compañeros, apoyos familiares, etc.), y le solicitará información sobre el tratamiento que está siguiendo.
4. Se emite informe de conclusión de aptitud medico-laboral a la empresa con recomendaciones sobre:
 - a. Medidas preventivas a adoptar (tanto de carácter organizativo como disciplinario).
 - b. Limitaciones a su actividad laboral. Pueden ser, por un lado, de tipo *“adaptativas”* (adaptación de las condiciones de trabajo, que requieran, o no, supervisión por parte de su responsable), o bien de tipo *“restrictivas”* (evitar aquellas tareas del puesto que en su situación actual de salud puedan suponer un riesgo para él o a terceros). Ambas son de carácter temporal, razón por la que deberán ser revisadas periódicamente. Estas medidas pueden configurarse en el seno del Comité de Seguridad y Salud.
5. Se emite un informe médico al trabajador, a quien se le ofrecen, además, consejos específicos que le ayuden a:
 - a. Reconocer su situación.
 - b. Modificar sus comportamientos.
 - c. Derivación a Atención Primaria para tratamiento, si procede.
6. El trabajador acude a los Servicios Públicos de Salud (Atención Primaria), para confirmar su diagnóstico y valorar su situación de dependencia, de donde podrán derivarle, si procede, a atención especializada para su tratamiento. Dependiendo de cada situación concreta podrá cursar baja laboral o no.

7. El tratamiento de su situación dependerá de la naturaleza y tipo de adicción que presente la persona, así como de su grado de dependencia. Los tratamientos pueden realizarse bajo el paraguas de los servicios públicos de salud y/o a través de centros externos especializados, con tratamientos ambulatorios (centros de día) y/o tratamientos residenciales (comunidades terapéuticas).
8. Los tratamientos pueden seguirse de forma compatible con la práctica laboral o no. Es recomendable que, siempre que las posibilidades lo permitan, se mantenga la vida laboral activa.
9. La duración de los tratamientos es muy variable, (desde 3 hasta los 12 meses, o más con recaídas) y se determina a partir de las necesidades particulares de cada usuario/a. Deben considerarse las posibilidades de recaídas, no entendidas como fracaso de la curación, sino como realidades muy frecuentes en el tratamiento de las adicciones.
10. Tras el tratamiento, (siempre pensando en una recuperación exitosa), con posterior alta médica, se planifica la reincorporación laboral de la persona. Para ello, se solicitará a la persona voluntariedad para que el área de Vigilancia de la Salud del servicio de prevención realice un reconocimiento de su aptitud laboral tras baja prolongada. Este servicio emitirá una aptitud laboral a la vista del diagnóstico de certeza y los informes concluyentes emitidos por los centros que han realizado el tratamiento y que serán facilitados por la persona.
11. Los resultados de Vigilancia de la Salud determinarán:
 - a. La necesidad, o no, de establecer limitaciones a la actividad laboral.
 - b. La adopción de medidas organizativas para facilitar la readaptación laboral, o
 - c. Su posible “*no aptitud laboral*”, con las consecuentes repercusiones laborales que dicha decisión comporta para la persona y para la empresa.
12. Deberán preverse situaciones de abandono a los tratamientos y recaídas a corto, medio y largo plazo. Las actuaciones que se deriven de estas situaciones se desarrollarán en el programa de retorno al trabajo. Del mismo modo, deberán recogerse estas circunstancias en los contenidos del “consenso básico” pactado entre la empresa y los representantes de los trabajadores.

Para facilitar la comprensión de esta pauta de actuación, acompañamos a continuación un esquema de flujo de la actuación con la representación gráfica de los distintos pasos seguidos.

SITUACIÓN 1

Cuando un trabajador problematiza por el consumo de sustancias y la empresa no dispone de servicio médico de empresa



- QUIÉNES INTERVIENEN**
- Empresa - CSS
 - Trabajador
 - Vigilancia de la Salud
 - Otras entidades

Situación 2: Actuación cuando un trabajador problematiza por el consumo de sustancias (trastorno por abuso o dependencia de cualquier sustancia). **La empresa dispone de servicio médico**, que realiza las pruebas de Vigilancia de la Salud (VS) con medios propios o recursos concertados.

1. Tras presentarse episodios de intoxicación de forma reiterada, el servicio médico de la empresa (SME), a petición de la empresa o promovido por el propio servicio médico, convoca a la persona para, entre otras actuaciones:
 - a. Realizar una entrevista personal sobre hábitos de consumo.
 - b. Detectar otros posibles consumos de riesgo.
 - c. Conocer su patrón de consumo, (perfil de consumo).
 - d. Valorar el nivel de afectación derivado del consumo.
 - e. Orientarle en su comportamiento a través de consejos breves.
 - f. Decidir si la situación está controlada o puede requerir ayuda complementaria en virtud de la dependencia a las sustancias.
2. Si la situación no está controlada, el SME solicita al trabajador que, de forma voluntaria, se someta a las pruebas de valoración de su aptitud laboral, con un objetivo básico de realizar un diagnóstico de la situación (anamnesis e historia clínica).
3. El SME (a través de V.S. o directamente), envía a la empresa un informe de aptitud laboral que incluye:
 - a. Medidas preventivas a adoptar (tanto de carácter organizativo como disciplinario), para evitar riesgos que pueda sufrir la propia persona o terceras personas.
 - b. Limitaciones a su actividad, que pueden ser:
 - i. “*Adaptativas*” (adaptación de las condiciones de trabajo, pudiendo estar sujetas a supervisión por parte de su responsable), o bien
 - ii. “*Restrictivas*” (respecto a las tareas que le han sido asignadas en su puesto de trabajo). Ambas son de carácter temporal, razón por la que deberán ser revisadas periódicamente. Estas medidas pueden configurarse en el seno del Comité de Seguridad y Salud.
4. Se emite un informe médico al trabajador a quien se le ofrecen, además, consejos específicos que le ayuden a:
 - a. Reconocer su situación.
 - b. Modificar sus comportamientos.
 - c. Convencer para que acuda al Servicio Público de Salud (Atención Primaria), para tratamiento, si procede.

5. El SME puede discernir según el consumo y la afectación si estamos ante una tipología de “consumidor de riesgo” o si puede existir una dependencia a sustancias psicoactivas.
6. En el primer caso (consumidor de riesgo), se intentará corregir el hábito de consumo a través de entrevistas motivacionales, intervenciones, consejos breves, etc., siempre que el Servicio Médico disponga de los conocimientos necesarios para su correcta ejecución.
7. Para casos donde se aprecien problemas de dependencia, se propondrá a la persona que acuda a los **Servicios de Atención Primaria** (médico de cabecera) para diagnóstico y valoración, quienes podrán derivarle, si procede, a **atención especializada** para tratamiento específico (unidad de salud mental, asistencia social, etc.). Los tratamientos pueden realizarse también a través de **centros privados especializados**, (Proyecto Hombre, Alcohólicos Anónimos, etc.). Dependiendo de cada situación concreta, podrá cursar baja laboral o no.
8. El SME podrá exponerle al trabajador los **medios de ayuda** que la empresa puede poder a su disposición contando con su buena disposición, así como las condiciones de compromiso que la empresa establece para poder ser beneficiario de las mismas.
9. El SME propondrá realizar el seguimiento de la situación de la persona, para lo cual puede citar al trabajador de forma periódica. Se contará en todo momento con la voluntad y buena disposición del trabajador.
10. El SME podría actuar de **interlocutor** con la empresa, garantizando la confidencialidad de la información y con el fin de establecer las condiciones de trabajo que faciliten al trabajador compatibilizar la asistencia terapéutica con su actividad laboral, (en lo referente a horarios, flexibilidad, excedencia, etc...), condiciones previamente acordadas y recogidas en el “consenso básico” pactado entre la empresa y los representantes de los trabajadores.
11. El tratamiento de su situación de consumo abusivo de sustancias estará condicionado por la naturaleza, tipo y grado de adicción que presente la persona, y pueden ser tratamientos ambulatorios (centros de día), o tratamientos residenciales (comunidades terapéuticas).
12. Los tratamientos podrán seguirse de forma **compatible con la práctica laboral** o no. Es recomendable que, siempre que las posibilidades lo permitan, se mantenga la vida laboral activa.
13. Se considera muy recomendable que el SME pueda mantener un **acompañamiento del proceso**, tanto directamente con la persona, como con el terapeuta del centro que lo

atiende (informes de seguimiento de asistencia que emiten los centros de tratamiento). La información que el SME puede transmitir respecto a los progresos del tratamiento se circunscriben a datos sobre la asistencia y continuidad (o no) del tratamiento por la persona.

14. La duración de los tratamientos es muy variable, (desde 3 hasta los 12 meses, o más con recaídas) y se determinan a partir de las necesidades particulares de cada usuario/a.
15. Tras el tratamiento, (pensando en una recuperación exitosa), con posterior alta médica, el SME planifica la **reincorporación laboral** de la persona a la empresa. Para ello, se solicitará la voluntariedad a la persona para someterse a las pruebas de V.S., que valoren la aptitud laboral tras la ausencia prolongada. Fruto de las pruebas se emitirá una aptitud que se complementa con el diagnóstico de certeza y los informes concluyentes emitidos por los centros que han realizado el tratamiento y que son proporcionados directamente por el trabajador.
16. Los resultados de V.S. determinarán, entre otras medidas:
 - a. La necesidad, o no, de establecer limitaciones a la actividad laboral.
 - b. La adopción de medidas organizativas para facilitar la readaptación laboral, o
 - c. Su posible *"no aptitud laboral"*, con las con las consecuentes repercusiones laborales que dicha decisión comporta para la persona y para la empresa.
17. Deberán preverse, situaciones de abandono a los tratamientos y/o recaídas a corto, medio y largo plazo. Las actuaciones que se deriven de estas situaciones se recogerán en el programa de retorno al trabajo. Del mismo modo, deberán preverse estas circunstancias en los contenidos del "consenso básico" pactado entre la empresa y los representantes de los trabajadores.
18. Deben preverse, a su vez, avances y retrocesos durante el tratamiento, por lo que el SME puede ejercer un importante papel para sensibilizar a la empresa sobre las características de estos tipos de tratamientos de drogodependencia y sus posibilidades de éxito.
19. Queda a voluntad de la empresa, en cada caso y dentro del marco de la más estricta confidencialidad y respeto a la esfera personal, la posibilidad de entablar contacto con los familiares de la persona. Esta actuación es especialmente importante cuando no haya aceptación de la situación del problema por parte de la persona, y puede servir como una medida más de refuerzo motivacional para que acuda a los centros de tratamiento.

Para facilitar la comprensión de esta pauta de actuación acompañamos al final de este capítulo un esquema de flujo de la actuación con la representación gráfica de los distintos pasos seguidos.

Seguimiento - Acompañamiento

Como ya se mencionaba anteriormente al hablar de la derivación a centros especializados, consideramos de extraordinaria importancia que la derivación a dichos recursos externos especializados, se establezca en un **marco de colaboración permanente** entre los servicios médicos de la empresa (cuando los haya, por supuesto), y el centro especializado correspondiente, favoreciendo de esta manera una **mayor adhesión** al tratamiento, así como la **reincorporación** del trabajador a su puesto del trabajo. La no disponibilidad de servicios médicos en la empresa dificulta enormemente esta labor de acompañamiento al proceso que imposibilita a la empresa conocer el estado de situación conforme avanza el tiempo. Se recomienda, no obstante, realizar un seguimiento durante un periodo mínimo de un año (variable en algunos casos), para comprobar la evolución y prevenir posibles recaídas.

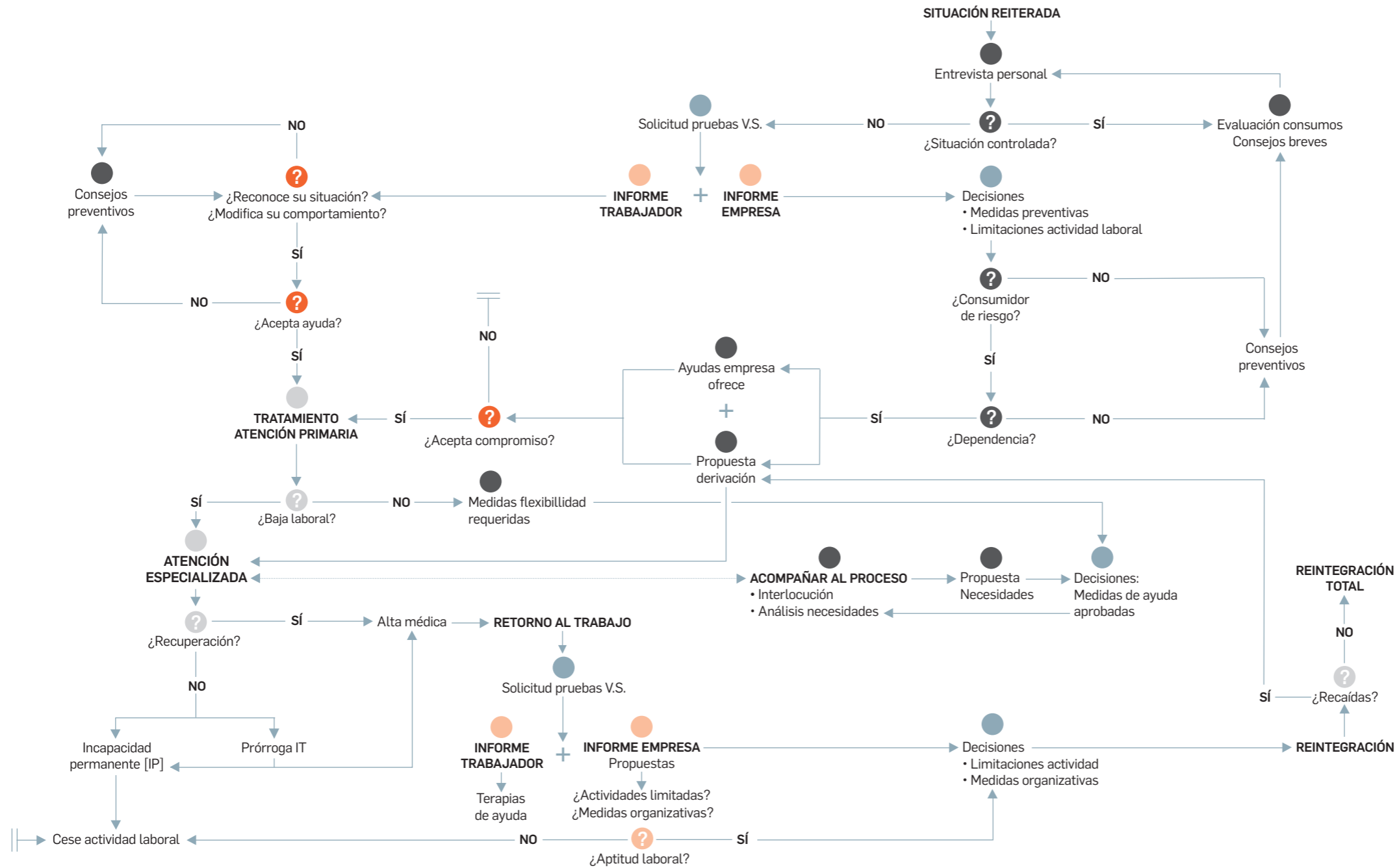
Ayudas

En el marco de la proactividad que, tanto la empresa como los representantes de los trabajadores deben establecer para el abordaje de problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, se incluyen las ayudas que la empresa pone a disposición de sus trabajadores. Entre la diversa tipología de ayudas que se pueden ofrecer, recogemos las siguientes orientaciones:

- Orientación sobre las posibilidades de asistencia en caso de abuso excesivo y/o dependencia.
 - Sufragar los costes de los tratamientos de dependencia.
 - Derivación a los recursos comunitarios.
 - Orientaciones motivadoras, guías de autoayuda, reconocimiento de los logros conseguidos.
 - Interacción con la familia.
 - Siempre que fuera posible, plantear compaginar la actividad laboral con la asistencia al centro de tratamiento, ya que así existe más motivación al cambio y menos posibilidades de recaída.
 - Mantenimiento y reserva del puesto de trabajo.
 - Poder optar a un permiso retribuido por el tiempo que requiera seguir su tratamiento prescrito y debidamente justificado, siempre que no le haya sido reconocida la Incapacidad Temporal.
 - Concesión, si fuera el caso, de excedencias.
 - Flexibilidad en horarios, que permitan compaginar las sesiones de tratamiento y la actividad laboral (si las circunstancias del caso así lo permitieran). Prever posibles ajustes y/o cambios temporales de trabajo.
 - Acuerdos y conciertos con centros externos especializados para facilitar una ágil derivación y tratamiento (cuando proceda).
 - Favorecer la readaptación laboral durante la fase de reincorporación al puesto de trabajo.
 - Renovación de las ayudas a pesar de las posibles recaídas, el número y forma.
-

SITUACIÓN 2

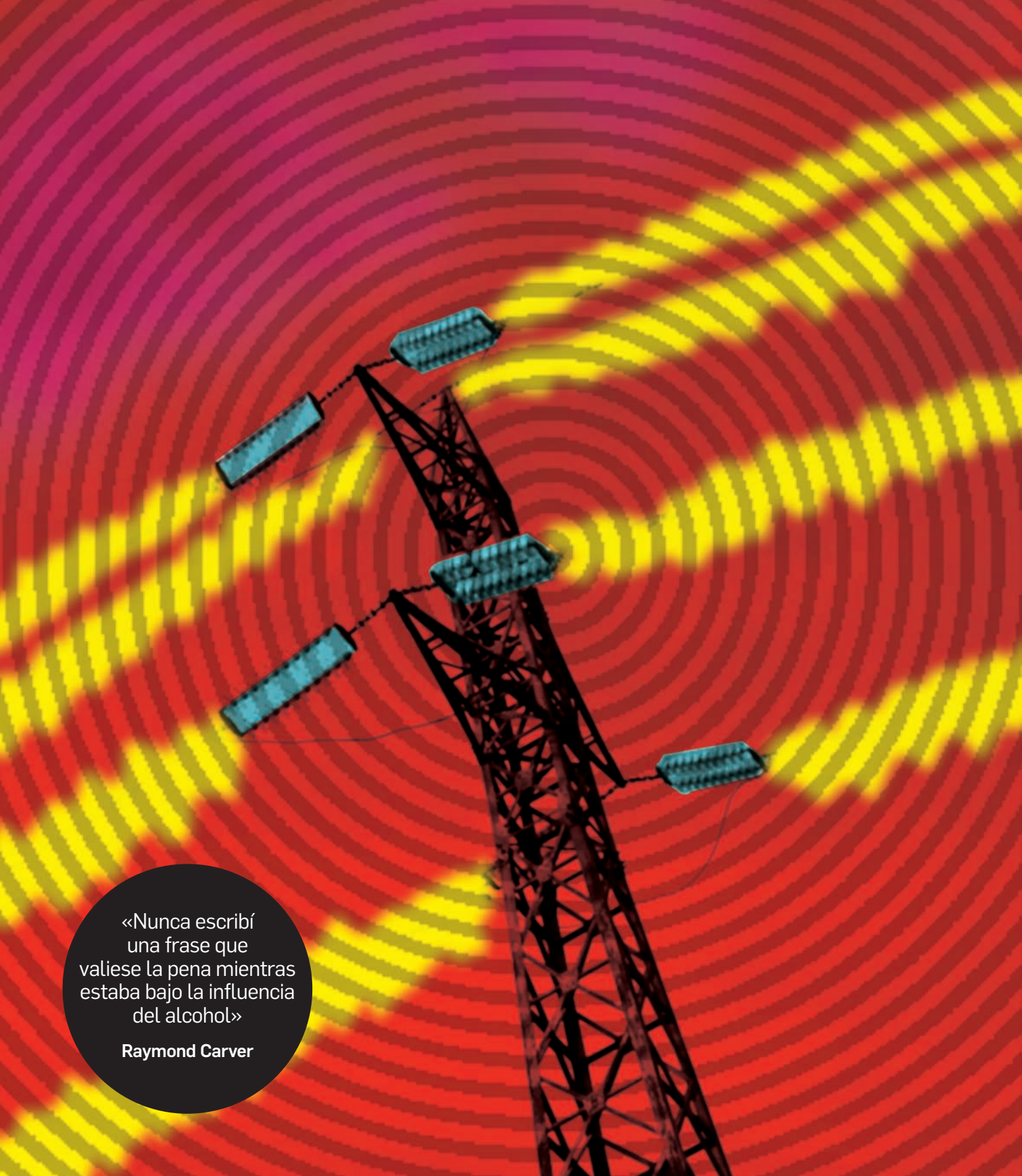
Cuando un trabajador problematiza por el consumo de sustancias y la empresa sí dispone de servicio médico de empresa



- QUIÉNES INTERVIENEN**
- Empresa - CSS
 - Trabajador
 - Servicio Médico de Empresa
 - Vigilancia de la Salud
 - Otras entidades

Capítulo 4.3

Retorno al trabajo

A tall, dark lattice tower, possibly a radio tower or antenna, is the central focus. It is silhouetted against a background of concentric, glowing circles in shades of red and yellow, creating a hypnotic, tunnel-like effect. Several blue, rectangular objects, resembling small buildings or antennas, are attached to the tower's structure at various heights. The overall composition is dynamic and visually striking.

«Nunca escribí
una frase que
valiese la pena mientras
estaba bajo la influencia
del alcohol»

Raymond Carver

CONCEPTO

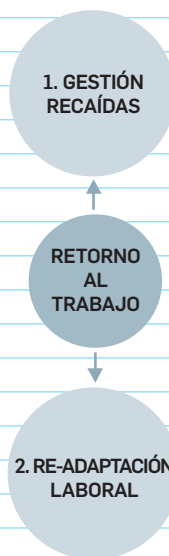
Cuando la incorporación a un programa terapéutico no implica el abandono del puesto de trabajo, la situación laboral del trabajador no sufre variaciones importantes. Si, por el contrario, precisara una incapacidad temporal prolongada para el cumplimiento del tratamiento, una vez concluido el mismo, se deberá prever su reincorporación bien a las tareas que desempeñaba anteriormente o a unas nuevas que se le asignen, con el fin de normalizar, en la medida de lo posible, su situación laboral como parte de la normalización de su vida.

El **retorno al trabajo** y la **reintegración en la actividad laboral** son la base del proceso de normalización al que deben conducir las actuaciones de ayuda a las personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas.

OBJETIVOS

El objetivo básico que se pretende alcanzar con esta estrategia de actuación es lograr que tras el tratamiento asistencial, la persona pueda restablecer su actividad laboral, (proceso de normalización), y se reincorpore a su puesto de trabajo, valorando, si fuera el caso, las necesidades de adaptación laboral que pudiera necesitar.

ACCIONES



1. Gestión de recaídas

Durante el tratamiento para la drogadicción, cada persona progresa a diferente velocidad. Las investigaciones han demostrado que la obtención de buenos resultados depende de un tiempo adecuado de tratamiento. Generalmente, para los tratamientos residenciales o aquellos que tienen lugar fuera del hospital, la participación de la persona adicta por un tiempo menor de 90 días tiene un efecto limitado o nulo y, por eso, a menudo se aconsejan tratamientos que duren un período de tiempo bastante más largo.

No obstante, muchas personas que participan en los tratamientos, los terminan prematuramente. Por esta razón se deben prever las posibilidades del abandono voluntario del tratamiento, o una exclusión del centro, de manera que queden recogidas qué consecuencias se derivan de estos hechos, tanto en los aspectos laborales como en las actuaciones terapéuticas.

Preparar el alta terapéutica

Es aconsejable establecer junto con el recurso asistencial, el momento del **alta terapéutica**, valorando la evolución global del programa de tratamiento y las actuaciones específicas necesarias de cara a la normalización y adaptación laboral del trabajador.

Tratamientos reiterados

También tenemos que ser conscientes que para obtener resultados exitosos se puede requerir **más de una ronda de tratamiento**. Muchos individuos adictos reciben múltiples rondas de tratamientos, a menudo con un impacto acumulativo.

Si se produjera esta situación se debe tratar de mantener el contacto entre la persona y la empresa, generalmente a través de los servicios médicos de empresa, para no cerrar las posibilidades de una nueva intervención terapéutica. También se podrá hacer un análisis de los factores laborales que han podido influir negativamente sobre el éxito de la recuperación y valorar, si fuera posible, aportar algún otro tipo de ayuda.

No debemos olvidar que el proceso de rehabilitación ante un problema de drogodependencias no suele seguir una línea ascendente, sino que suele experimentar avances y retrocesos que acaban, muchas veces en recaídas.

Destacamos por su importancia en casos de recaídas el mantener los contactos entre el personal mediador de la empresa (o mejor aún, el servicio médico de empresa) y el recurso asistencial especializado con el fin de encontrar nuevos puntos de colaboración conjunta, respetando en todo momento el derecho individual y la confidencialidad de su estado. Estos contactos pueden concretarse en una **comunicación fluida y un intercambio de información** que permita tomar decisiones y apoyar, nuevamente el proceso terapéutico.

Tratamientos psicosociales

Para prevenir recaídas puede recurrirse también a **tratamientos psicosociales de la dependencia del alcohol**. Estas actuaciones presentan como objetivos, dismantelar defensas desadaptadas, motivar para el cambio y la enseñanza de estrategias para prevenir las recaídas. Incluyen terapias de orientación cognitivo-conductual, terapias grupales, grupos de autoayuda y programas educativos que enfatizan los daños de consumo persistente.

Habilidades de afrontamiento

En esta etapa se debe, además de facilitar al paciente la identificación de las situaciones de riesgo, proporcionar la consecuente adquisición de habilidades de afrontamiento y manejo de las situaciones de riesgo que se pueden presentar en la vida real (de la que la vida laboral forma parte), que le ayuden a superar la necesidad de consumo de alcohol y/u otras drogas. También los programas de entrenamiento en habilidades sociales centradas, principalmente en la comunicación, conversación, resolución de conflictos, son de gran ayuda en estas situaciones.

El papel de la familia

Un papel muy importante en esta situación es el desempeñado por la familia del paciente, aspecto de difícil abordaje desde la perspectiva de la empresa, pero que no debe olvidarse.

2. Readaptación laboral

La normalización e integración deberían ser la meta final del tratamiento de la dependencia alcohólica y de otras drogas, y podrían definirse como la etapa de recuperación integral de la persona. Durante esta fase se acaba de consolidar la estabilización iniciada en etapas previas.

Para intentar conseguir esta normalización se tendrán que utilizar estrategias psicosociales de todos los aspectos de la vida de la persona, junto con actuaciones vinculadas a los factores del trabajo que permitan, a su vez, una adecuada readaptación laboral.

Potenciar las actitudes y el desarrollo personal

Conforme progresa la normalización, el programa de ayuda al retorno laboral debe permitir una recuperación integral de la persona, no siempre posible en todos los casos. Esta recuperación puede potenciarse mediante:

- Actuaciones dirigidas a **consolidar las actitudes y los hábitos adquiridos** respecto al vínculo con el alcohol y otras drogas. Pueden ser de gran ayuda mantener los contactos con los centros de tratamiento para prolongar la labor de refuerzo de las actitudes de rechazo al consumo y los cambios necesarios de hábitos personales y de relación social.
-

- Las prácticas de **fomento del desarrollo personal** refuerzan los recursos de la persona frente a la amenaza de recaídas y facilitan la recuperación del sentimiento de responsabilidad.

Planificar la reincorporación laboral

Puede formar parte del protocolo de actuación –y así se recoge en la propuesta de actuación que en este proyecto se menciona–, que, tras la conclusión del tratamiento y con posterioridad al alta médica se debe planificar la **reincorporación laboral de la persona**. Para ello, se debe contar siempre con la voluntariedad de la persona para que el área de Vigilancia de la Salud del servicio de prevención realice un reconocimiento de su aptitud laboral tras baja prolongada.

Posteriormente, el servicio emitirá una **aptitud laboral** a la vista del diagnóstico y los informes facilitados por el propio trabajador y que han sido emitidos por los centros que han realizado el tratamiento.

Siempre que sea posible se potenciará el compaginar la **actividad laboral con la asistencia al centro de tratamiento**, ya que de esta forma existe más motivación al cambio y se reducen las posibilidades de recaída. El trabajo actúa, en estos casos, como un factor de normalización.

Este programa se aplicará, cuando el tratamiento terapéutico haya concluido o esté en una etapa final. La vigilancia de la salud será, entonces, un instrumento útil en el seguimiento del proceso de **rehabilitación y reinserción laboral** del trabajador afectado por el consumo inadecuado de alcohol y/o drogas. Los resultados de la vigilancia nos marcarán la situación del trabajador en el **proceso de recuperación** y el momento idóneo para su **reincorporación** al puesto de trabajo.

Durante este proceso ha de tenerse en cuenta que pueden presentarse situaciones que requieran la **adaptación del puesto de trabajo del trabajador**, eliminando aquellos factores de riesgo que pudieran tener influencia en episodios de recaídas.

Los resultados de Vigilancia de la Salud determinarán:

- La necesidad o no de establecer limitaciones a la actividad.
- La definición y ejecución de actuaciones organizativas y/o del puesto de trabajo que faciliten el retorno a su actividad cotidiana.
- Su posible “*no aptitud laboral*”, con las consecuentes repercusiones laborales que dicha decisión comporta para la persona y para la empresa.

Es conveniente que (de existir en la empresa), el Servicio médico de empresa (SME), prevea las posibles situaciones de abandono a los tratamientos y recaídas a corto, medio y largo plazo. Ante tales circunstancias se podrían adoptar las medidas de ayuda al alta, las cuales vendrán recogidas

en los acuerdos pactados previamente y que configuran el consenso básico entre la empresa y los representantes de los trabajadores.

Deben preverse, a su vez, **avances y retrocesos durante el tratamiento**, por lo que el SME puede ejercer un importante papel sensibilizador a la empresa respecto a las características de estos tipos de tratamientos de drogodependencia y sus distintas posibilidades de éxito.

Partiendo de los tres supuestos resultados de vigilancia de la salud se procurarán medios para:

- **Analizar el puesto de trabajo**, tanto en lo concerniente a sus tareas, como funciones y responsabilidades, con el fin de determinar si es necesario plantear algún tipo de cambio o ajuste.
- **Valoración del entorno laboral**. Análisis de la situación de riesgo, actitudes de compañeros, línea de mando y todos aquellos elementos que puedan favorecer o entorpecer el proceso de adaptación.
- **Apoyo y asesoramiento** a la persona o al grupo de trabajo en el proceso de adaptación.
- **Seguimiento** durante un periodo de tiempo (variable según cada caso), para comprobar la evolución y prevenir posibles recaídas. Más allá del periodo que se establezca, es conveniente establecer un seguimiento a más largo plazo que permita comprobar si la evolución es positiva.

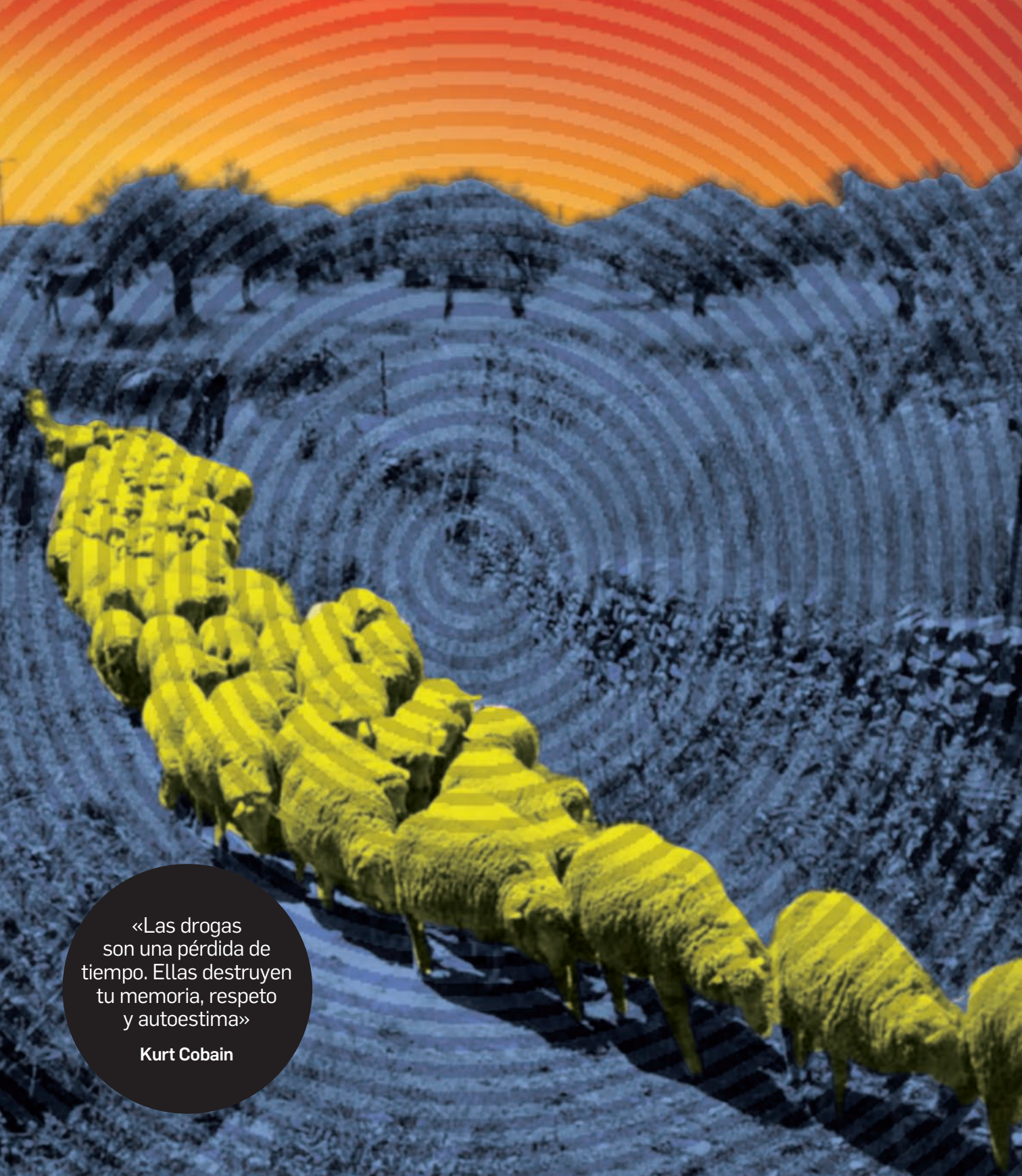
La *"no aptitud laboral"* representa la imposibilidad de reincorporación al puesto de trabajo y, por tanto, la rescisión del vínculo laboral.

Apoyo tutelado

De forma aún incipiente, pero con una amplia y excelente acogida se vienen configurando **actuaciones para el apoyo tutelado a la reincorporación al puesto** de trabajo, idea que recoge expresamente el actual Plan Nacional sobre Drogas 2009-2012, en el ámbito de prevención, punto 3, acción15: como acciones a configurar y desarrollar se deberá: *"Impulsar el desarrollo de programas en los centros de trabajo, en los que se incluyan actuaciones protocolizadas para iniciar tratamiento y apoyo tutelado a la reincorporación al puesto de trabajo de aquellos trabajadores con problemas de drogodependencias"*.

Los programas de terapia ocupacional

Los programas de terapia ocupacional previa al regreso al puesto de trabajo (sus anteriores funciones u otras nuevas que se le asignen), permiten una adaptación paulatina al que será su destino final. El cambio de tareas asignadas, funciones y/o responsabilidades vendrá determinado en función de la valoración de su interrelación con el entorno de trabajo: situaciones de riesgo, adaptabilidad y capacidad personal, actitudes de compañeros, etc. De forma general este tipo de actuaciones se realizará con la colaboración de personal externo cualificado en directa colaboración con el área de personal de la empresa, riesgos, servicio médico de empresa (o vigilancia de la salud en su defecto) y, con el comité de seguridad y salud.

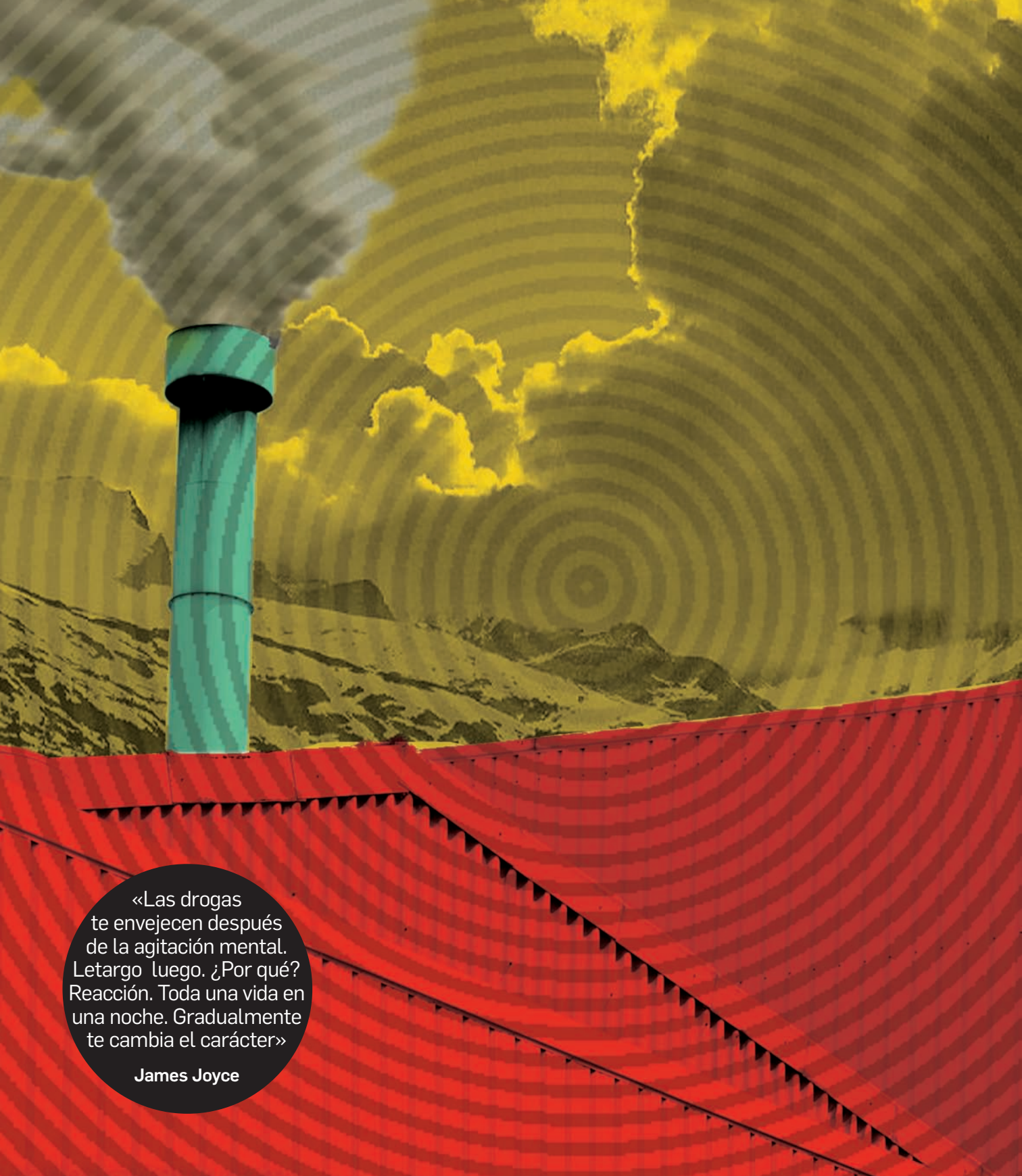


«Las drogas
son una pérdida de
tiempo. Ellas destruyen
tu memoria, respeto
y autoestima»

Kurt Cobain

Capítulo 5

Veinte realidades



«Las drogas
te envejecen después
de la agitación mental.
Letargo luego. ¿Por qué?
Reacción. Toda una vida en
una noche. Gradualmente
te cambia el carácter»

James Joyce

A lo largo de los anteriores capítulos hemos abordado datos sobre la gravedad de los consumos de alcohol y/u otras drogas en el ámbito laboral y su alta prevalencia entre la población trabajadora. Hemos definido algunos conceptos de interés para comprender la terminología básica relacionada con las adicciones y consumos de sustancias psicoactivas. También presentamos argumentos y razones por las que consideramos que abordar esta problemática desde el marco de la actuación de la empresa no sólo ayuda a la persona sino también a la propia entidad. Indicamos también cómo configurar este plan de actuación, así como las líneas directas de actuación que pueden implantarse “antes”, “durante” y “después” de aparecer problemas relacionados con el alcohol y otras drogas. No podemos terminar este documento sin hacer una reflexión final, en la forma que hemos denominado “**20 realidades**”, y que está encaminada a mover el interés empresarial sobre esta problemática y poderlo afrontar en un marco de cooperación y beneficio para todos. Son éstas nuestras realidades:

1. Tal como recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre “*La Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*”, se calcula que el **uso nocivo del alcohol** causa cada año cerca de 2,5 millones de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponden a personas jóvenes y en edad laboral. El precio social y su impacto económico es muy elevado.
2. El consumo de bebidas alcohólicas ocupa el **tercer lugar** entre los principales factores de riesgo de mala salud en el mundo. A su vez, el uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención.
3. Es una praxis generalizada que aquellas realidades que no son “*claramente visibles*” (como suele suceder con los consumos abusivos de alcohol y drogas en las empresas), nunca alcanzan la suficiente importancia como para ser tratadas. Por ello, cuando surge el problema, se corre el riesgo de adoptar decisiones improvisadas que pueden ser excesivas y no se da mayor trascendencia a esta realidad.
4. Somos conscientes de la complejidad y de las dificultades que existen para abordar la problemática del alcohol y otras drogas en el marco laboral. Esta realidad se constata en el **escaso número de empresas** que tienen implantado un protocolo de actuación ante esta problemática.
5. El hecho de que sea difícil establecer un marco de actuación de la empresa frente a los problemas derivados del alcohol y otras drogas no es razón suficiente para eludir implantar actuaciones de **carácter preventivo y de apoyo a las personas afectadas**. Estas medidas repercuten de forma positiva en el ambiente de tra-

bajo, en las condiciones de seguridad y salud, y en los niveles de absentismo de la empresa.

6. Si bien es cierto que existen sectores de actividad más sensibles a la problemática laboral del alcohol y otras drogas (transporte, construcción, hostelería, comercio,...), **ninguna empresa ni actividad industrial está exenta** de sufrir sus graves consecuencias.
7. Para potenciar su éxito, los planes de actuación frente a los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas deben incluirse como parte de la **gestión de la prevención de riesgos laborales**, y entenderse como una práctica preventiva más que permita conducirnos a la mejora de la salud de los trabajadores.
8. Es posible **“hacer”**, cuando hablamos de alcohol y otras drogas. Además **“es mejor hacer que no hacer”**, tanto por las repercusiones de carácter personal como de carácter organizacional que supone no aceptar una realidad que, lamentablemente, tiene una presencia cada vez más preocupante en la empresa y, por extensión también en la sociedad. La **toma de conciencia** respecto al impacto del abuso de drogas en los espacios de trabajo será el punto de partida de las actuaciones que se lleven a cabo en este ámbito.
9. Para obtener mejores resultados, las empresas tienen que afrontar los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas desde una perspectiva de la protección de la persona, preservando los derechos de intimidad y confidencialidad. Estos factores determinan todo modelo de actuación que se oriente a la mejora de la salud y el bienestar.
10. La **prevención**, la **asistencia** y el **retorno al trabajo** configuran los **tres pilares básicos** en los que basamos las actuaciones a desarrollar por la empresa ante la problemática de las drogodependencias en un marco de consenso entre las partes implicadas.
11. La existencia de un **marco legal regulatorio** poco clarificador para el control de los consumos de alcohol y otras drogas en el trabajo, dificulta en gran medida la acción empresarial. Ahora bien, estas actuaciones, junto con las sancionadoras, no deben ser las únicas que configuren la estrategia de la empresa para paliar los problemas de drogodependencia.
12. La promoción de hábitos saludables relacionados con el alcohol y otras drogas, así como la información sobre los riesgos y daños para la salud derivados de su consumo, (actuaciones ambas dirigidas a toda la población laboral), potencian la concienciación

personal y la actitud responsable de sus individuos. Se contribuye así a generar una **cultura de la salud** dentro de la propia empresa.

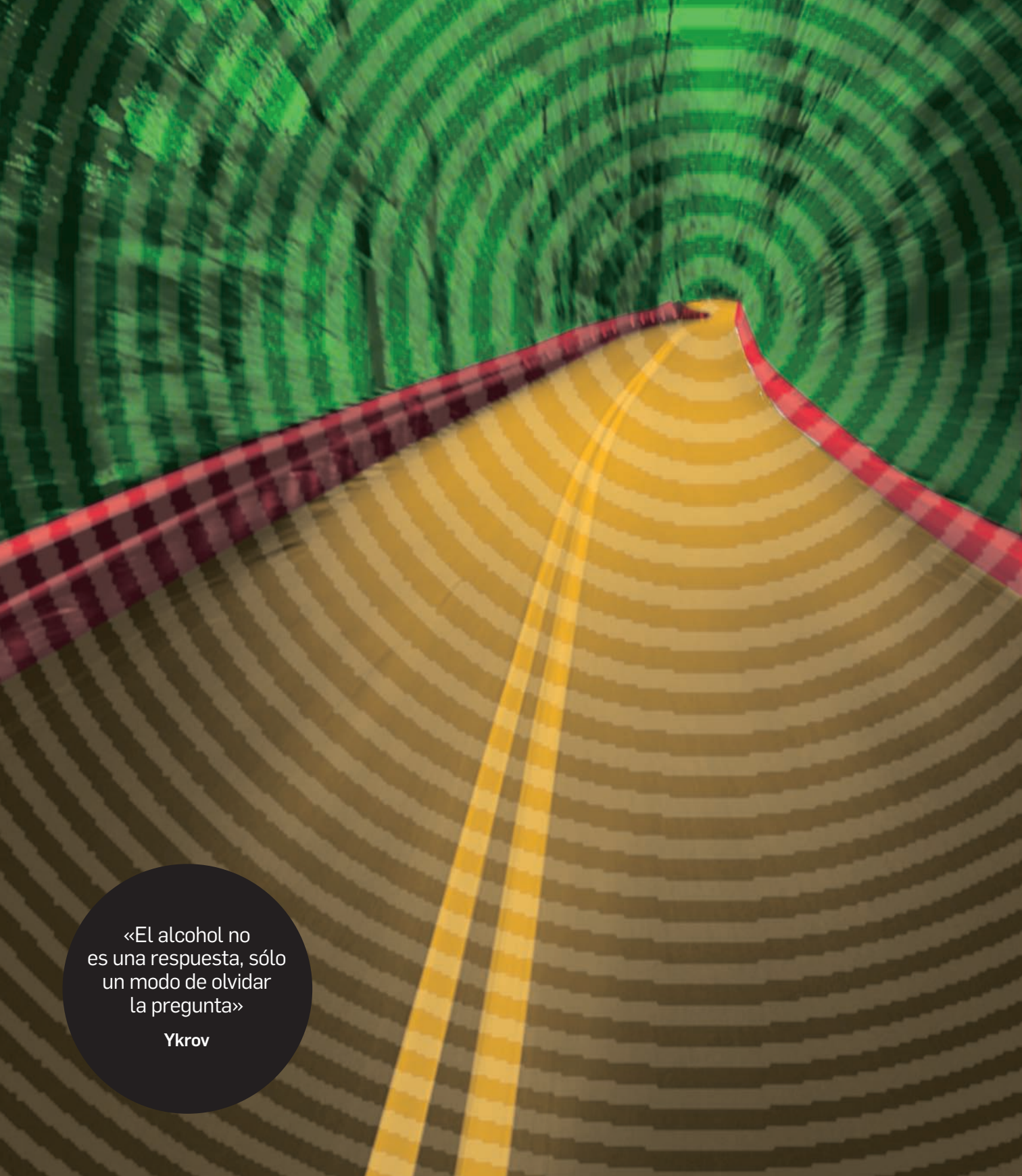
13. Los **medios de ayuda** que la empresa puede aportar a sus trabajadores, especialmente los de apoyo para la derivación a centros especializados de tratamiento de las dependencias, son un gran estímulo para facilitar la recuperación de las personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. Estas medidas deben surgir del consenso básico entre la empresa y los representantes sociales de los trabajadores.
14. La adquisición de **conocimiento y habilidades** relacionadas con la atención a las drogodependencias por parte de los "mediadores" de una organización, constituye un beneficio muy positivo a la labor de detección y ayuda precoz de casos. Es muy recomendable que, tanto la línea de mandos como los responsables de prevención de las empresas (miembros de comité de seguridad y salud) dispongan en sus planes de desarrollo profesional de oportunidades de formación en estas competencias que refuerzan su liderazgo.
15. El papel que desempeñan las áreas de **prevención de riesgos laborales** y/o los servicios de prevención de riesgos laborales, en coordinación con los comités de seguridad y salud, es básico para hacer visible una realidad que suele permanecer oculta o mal percibida en los ambientes de trabajo. Su papel potenciador y mediador puede facilitar el éxito de muchas actuaciones, especialmente las de tratamiento y recuperación.
16. Las experiencias empresariales referidas a cómo actuar ante los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas suponen una importante fuente de conocimiento y estímulo a la acción. Mutua Navarra, a través de su página web www.mutuanavarra.es, pretende convertirse en foco receptor de estas experiencias y canal de divulgación para estimular la implantación de planes de actuación.
17. Romper el binomio entre el alcohol y otras drogas por un lado, con las medidas disciplinarias y el despido por otro, puede permitirnos crear el marco de confianza adecuado para que puedan implantarse ayudas y que éstas resulten eficaces. Los beneficios que se pueden obtener son compartidos por la empresa, las personas afectadas y sus familiares.
18. Si bien la problemática del alcohol y otras drogas alcanza todo el ámbito laboral, existen sectores específicos de actividad, así como ciertas actividades laborales, donde se aprecia una **mayor presencia de casos**. Son estos sectores y/o actividades las que deberían ser tratadas con observancia por parte de la prevención de riesgos laborales,

con el fin de dar una mayor visibilidad a este problema y propiciar la toma de medidas y soluciones.

19. El desarrollo de **acciones** de ámbito general y/o específico, su estructuración en **programas**, (preventivos, asistenciales y de retorno al trabajo), y éstos a su vez, configurados dentro de un **Plan de Actuación** consensuado y participativo, es el eje vertebral que da forma a una adecuada estrategia empresarial ante el alcohol y otras drogas.
20. Las actuaciones de las empresas ante los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas en su organización no sólo deben responder al cumplimiento de las exigencias de los preceptos sobre Prevención de Riesgos Laborales, sino que hacen posible cumplir con la **responsabilidad social** que toda organización empresarial tiene hacia sus propios trabajadores y hacia la sociedad en general.

Hemos configurado así una relación de 20 realidades sobre el alcohol y otras drogas que pueden ayudar a crear una **conciencia del problema y permitir un compromiso empresarial** hacia el fomento de prácticas saludables, consumos responsables y bienestar en el trabajo.

Anexos



«El alcohol no
es una respuesta, sólo
un modo de olvidar
la pregunta»

Ykrov

ANEXO I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Acas**, September 2010. *Health, work and wellbeing*. www.acas.uk.org
- **Alcohólicos Anónimos**. *Alcohólicos Anónimos en su comunidad*. Oficina General de Alcohólicos Anónimos – España. www.alcoholicos-anonimos.org
- **Alonso Sanz, C.; Salvador Llivina T.; Suelves Joanxich, J.M.; Jiménez García-Pascual, R. y Martínez-Higueras, I.** *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. (2004). Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- **Ayuntamiento de Calahorra**. Plan Municipal de Drogas. Proyecto EQP (Empresas Que Previenen).
- **Cabezas Peña, M.C.** (2006). *Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida*. C@P-semFYC. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com>
- **Comisiones Obreras de Canarias**. *Con el alcohol, el que se arriesga pierde. Prevención del consumo Excesivo de alcohol*. CCOO.
- **Comisiones Obreras**. *Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias*. Tercera Edición Revisada 2009.
- **Confederación Empresarial Vasca (CONFEBASK)**. *Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido del alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral*.
- **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (NIDA)**. *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. Institutos Nacionales de la Salud.
- **Estrategia Nacional sobre Drogas**. 2009-2016. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. BOE nº 38 de 13 de febrero de 2009.
- **Fundación Proyecto Hombre**. *Cómo mejorar la información sobre drogas y otras adicciones*. Beatriz Sánchez. www.proyectohombre.es
- **Fundación Proyecto Hombre**. *Prevención del consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral. Alcohol y otras drogas. Protocolo de elaboración de Planes de Prevención en las empresas*. Comisión Nacional de Prevención de Drogodependencias en el ámbito laboral de la Asociación

Proyecto Hombre. Magdalena Morey, Xochitl Mejía, Xisca Cañellas, Juan Ramón Santos y Gorka Moreno.

- **García Usieto, E; Piney Palacio, E; Vayas Abascal, R; Toribio González, MC; Robledo González, F; Rivas Veiga, A;** *Protocolo para el abordaje y derivación de los pacientes con problemas relacionados con el alcohol en el área de salud del Hospital Sierrallana*. Ediciones Elsevier Doyma. Trastornos adictivos. www.elsevier.es/ta.
- **González Caballero, J.** *Drogas en la empresa: Una actuación necesaria*. Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Bilbao.
- **González Caballero, J.** *Las drogas en el marco de la ley de prevención de riesgos laborales*. Javier González Caballero. Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública. Instituto Nacional de la Seguridad Social Bilbao.
- **Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad.** *Más vale prevenir. Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral*. ECCA. Edición: 01-2010.
- **Gobierno de La Rioja. Rioja Salud.** *Drogas y Atención Primaria. Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas*.
- **Gobierno de La Rioja. Rioja Salud.** *Programa mano a mano*. www.manoamano.riojasalud.es/
- **Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs.** (2005). *Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol*. Barcelona: Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
- **Health and Safety Executive (HSE).** *Drug misuse at work. A guide for employers*. www.hse.gov.uk.
- **ISTAS** (2006), Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas.
- **Junta de Castilla y León.** *Guía para prevenir los problemas relacionados con la salud. Plan de cambios de hábitos*.
- **Junta de Castilla y León.** *Guía de consumo de alcohol de bajo riesgo*. Junta de Castilla y León.
- **Junta de Castilla y León.** *Guía para la intervención de los profesionales de atención primaria en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*. Junta de Castilla y León.

- **Mejías Valenzuela, E. et col.** *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. 1996. Fundación de ayuda contra la drogadicción.
- **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Sanidad 2008. *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Madrid 14 y 15 de junio de 2007.
- **NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence,** HS 2011. *Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*.
- **Observatorio Español sobre Drogas.** Encuesta 2007 – 2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.
- **Ochoa Mangado, E.** ⁽¹⁾. **Madroz Gúrpide, A.** ⁽²⁾. *Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral*.
⁽¹⁾ Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.
⁽²⁾ Centro de Salud Mental de San Blas. Madrid. España
- **Organización Mundial de la Salud,** 1994. *Glosario de términos. Alcohol y drogas*. MS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- **Organización Mundial de la Salud,** 2010. *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*.
- **Plan Nacional sobre Drogas.** Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol (Febrero 2007)
- **Plan Nacional sobre Drogas.** *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Madrid, 2002
- **Plan Nacional sobre Drogas.** Boletín del Centro de documentación e información del Plan Nacional Sobre Drogas, nº 46, Junio 2011.
- **Plan Nacional sobre Drogas.** *Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007-2008 y 2009-2010*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- **Solé Gómez, D.** (2007). *Drogas en el ámbito laboral. Un marco de actuación*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- **Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.** Revista *Las Drogas en el marco de la ley de PRL*.
http://www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio/revista/n_7/drogasLaboral.pdf.
- **Unión General de Trabajadores (UGT).** Mano a mano por la prevención. Mujer y drogodependencias en el ámbito laboral. Guía de prevención. Secretaria de salud laboral UGT-CEC.
- **Universidad Complutense de Madrid.** *Comunicación y salud. Nuevos escenario y tendencias.* Ubaldo Cuesta – Tania Menéndez – Aitor Ugarte. UCM. Editorial Complutense. Primera edición: Junio 2011.
- **Zarco Montejo, J.; Caudevilla Gálligo, F.; Cabezas Peña, C. y Navarro Cañadas, C.** (2007). *Conductas de riesgo adictivo.* En: Casado Vicente, V.; Calero Muñoz, S., Cerdón Granados et al, editores. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: SEMFYC ediciones: 1201-64.
- **Zarco montejo, J.; Caudevilla Galligo, F.; López Santiago, A.; Álvarez Mazariegos, J.A. y Martínez Osorio, S.** (2007). *El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.* Barcelona: SEMFYC ediciones.

ANEXO II. CENTROS ASISTENCIALES EN NAVARRA

- **AL-ANON (adultos) y ALATEEN (adolescentes). (Familiares y amigos de Alcohólicos).**
C/ Monasterio de Belate s/n, planta baja. 31011 Pamplona. Tel. 639 400 406.
Oficina de servicios área 8. Apartado 235. 31500 Tudela. info@anonespana.org
- **Alcohólicos Anónimos.** Oficina de Servicios Generales. C/ Rector Ubach, 24. 08021 Barcelona.
Tel. 932 012 124. www.alanonespana.org | info@alanonespana.org
- **Alcohólicos Anónimos Pamplona | Grupo Fénix.** C/ Luis Morondo, 4, oficina 8. 31006 Pamplona.
Tel. 948 241 010 - 609 478 341 (24 horas). Horario: Lunes de 19.45 a 21.30 horas.
www.alcoholicos-anonimos.org | aa@alcoholicos-anonimos.org
- **Asociación ACOAD (Servicios Asistenciales Drogodependencias).** C/ San Jorge, 81 bajo, trasera.
31012 Pamplona. Tel. 948 198 113 . Horario: de 9.00 a 14.00 horas y de 16.00 a 20.00 horas.
diario. acoad@acoad.org
- **Centro de Día Zurúa.** C/ Iruntarrea s/n, planta baja. Pamplona. Tel. 948 198 654. Horario: de lunes a viernes de 8.00 a 16.00 horas. centro.dia.zuria@cfnavarra.es
- **Centros de Salud Mental.** Se accede desde el médico de cabecera. Horario: de lunes a viernes de 8.00 a 15.00 horas.
- **Comunidad Terapéutica Egiarte (Asociación Ibarre Multzoa S.A.L.).** C/Jarauta nº 2 y 4.
31001 Pamplona. Tel. 948 212 040. ibarra@biaizpe.net
- **Comunidad Terapéutica Larraingoa (Asociación Antox).** C/ Olite, 26, 2º izda. 31004 Pamplona.
Tel. 948 392 150. antox@telefonica.net
- **Fundación Atención a las Adicciones en Tudela y Ribera.** C/ Miguel Eza 12, 1º Dcha.
31500 Tudela. Tel. 948 826 682. info@proyectohombretudela.org
- **Fundación Proyecto Hombre.** Avda. Zaragoza, 23 (Edificio PP. Paúles). 31005 Pamplona.
Tel. 948 291 865. Fax 948 291 740. info@proyectohombrenavara.org
- **Grupos de Familiares de Alcohólicos Anónimos**
 - **Grupo Amistad - PAMPLONA.** Avda. Baja Navarra, 28, 4º (Parroquia de San Francisco Javier).
31004 Pamplona. Horario: Sábados de 17.00 a 19.00 horas.

- **Grupo Armonía | BARAÑAIN.** Plaza de la Paz (Parroquia de San Pablo, aula 5). 31010 Barañain. Horario: miércoles de 19.30 a 21.30 horas.
- **Grupo CORTES.** C/ Fueros de Navarra, s/n. 31530 Cortes. Horario: Jueves 20.00 horas.
- **Grupos de Familiares de Alcohólicos Anónimos de Tudela.** Apartado de Correos nº 235. 31500 Tudela. Tel. 639 400 406 (24 h).
- **Grupo Lizarra | ESTELLA.** C/ Comercio, 5, 1º. Jueves 20.00 horas. 31200 Estella. Horario: viernes de 20.00 a 22.00 horas.
- **Grupo Pakea | BURLADA.** Plaza de Landazabal, s/n. (Centro de Servicios Sociales). 31600 Burlada. Horario: Martes de 19.00 a 21.00 horas.
- **Grupo Unido | PAMPLONA.** Trav. Monasterio Belate, 2 (Parroquia San Alberto). 31011 Pamplona. Tel. 948 255 334. Horario: Jueves de 19.30 a 21.30 horas.
- **Grupo Vivir | TUDELA.** C/ Garijo Satrústegui (Parroquia San Juan). 31500 Tudela. Horario: Sábados a las 19.30 horas.



Elaborado por



Colaboran



Subvenciona



Sede Central Mutua Navarra

Polígono Landaben, calle F, 4

31012 Pamplona

T 948 194 400

F 948 210 168

www.mutuanavarra.es

Elaborado por



Colaboran



Subvenciona

