

Prevención  
del Consumo  
de Sustancias  
Psicoactivas  
desde el ámbito  
laboral

Lineamientos para el empleador



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá  
Subcentro de Seguridad Social  
y Riesgos Profesionales



Libertad y Orden  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



Comisión Interamericana  
para el control del Abuso de Drogas

# Prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral

## Lineamientos para empleadores



Libertad y Orden  
**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia



Comisión Interamericana  
para el control del Abuso de Drogas



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá  
Subcentro de Seguridad Social  
y Riesgos Profesionales

ISBN 978-958-98220-3-6  
Autor institucional: Ministerio de la Protección Social  
Año de publicación 2007  
Bogotá, noviembre 2007  
© Derechos Reservados

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento, por cualquier medio escrito o visual sin previa autorización del autor.

## **Interventor**

Aldemar Parra Espitia  
Dirección General de Salud Pública  
Ministerio de la Protección Social

## **Acompañamiento técnico**

Dirección General de Riesgos Profesionales  
Ministerio de la Protección Social





Libertad y Orden  
**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

Diego Palacio Betancourt  
**Ministro de la Protección Social**

Carlos Jorge Rodríguez Restrepo  
**Viceministro Técnico**

Blanca Elvira Cajigas De Acosta  
**Viceministra de Salud y Bienestar**

Andrés Fernando Palacios Chaverra  
**Viceministro de Relaciones Laborales**

Rosa María Laborde Calderón  
**Secretaria General**

Gilberto Álvarez Uribe  
**Director General de Salud Pública**

Ana Maria Cabrera Videla  
**Directora General de Riesgos Profesionales**





Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá  
Subcentro de Seguridad Social  
y Riesgos Profesionales

### **Directora**

Mabel Hernández Díaz  
Optómetra, Magíster en Administración de Salud  
y Especialista en Salud Ocupacional

### **Equipo de Investigación**

Jorge Humberto Mejía Alfaro  
Médico Epidemiólogo y Especialista  
en Salud Ocupacional

Antonio María Flórez Rodríguez  
Médico Magister en Drogodependencias

Juan Daniel Gómez Restrepo  
Psicólogo Dipl-Psych; Dr. Phill

Carlos Serrano Escallón  
Licenciado en Filología y Literatura  
Master en Educación a Distancia





## Presentación

El Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP determina como uno de los objetivos establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad.

Adicionalmente, la normatividad vigente, establece como una de las obligaciones del empleador: procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo y determina los servicios de prevención, a los cuales tendrán derecho las empresas afiliadas al SGRP en el fomento de estilos de trabajo y de vida saludables de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.

Bajo estos lineamientos el Ministerio de la Protección Social ha venido desarrollando una Política para la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) con el objeto de diseñar e implementar un programa nacional que brinde las directrices y herramientas para orientar el desarrollo de actividades y prácticas de prevención y asistencia en materia de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral.

Este tema es importante porque el consumo de alcohol y otras drogas por parte de los trabajadores afecta absolutamente todas las instancias de la organización, el individuo, la familia y la sociedad. En el ámbito laboral, los efectos de las SPA en la persona que consume pueden generar problemas observables, tales como aumento en el número de accidentes del trabajo, ausentismo laboral, baja productividad, deterioro de las relaciones interpersonales, conflictos, cambios del estado de ánimo, discusiones frecuentes, reducción de compromiso con la empresa, entre otros.

En complemento a la Política para la prevención del consumo de Sustancias Psicoactivas se han venido adelantando una serie de acciones desarrolladas en cuatro fases, en la primera se hizo un diagnóstico del estado actual del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral, del desarrollo normativo, los recursos y escenarios existentes así como las estrategias y programas desarrollados a través del Sistema General de Riesgos Profesionales.

En la segunda fase se adelantó un proceso de formación y capacitación en prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral. En la tercera, se realizó una campaña de sensibilización por medios masivos de comunicación que incluía una caja de herramientas con diferentes piezas que facilitan la implementación de la política tanto a empleadores como a Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP.

En la última etapa se realizó una jornada de capacitación y formación a las Administradoras de Riesgos Profesionales, para que ellas a su vez asesoren y orienten a sus empresas afiliadas.

El presente documento, hace parte de la caja de herramientas y pretende orientar a los empleadores sobre la responsabilidad de desarrollar al interior de sus empresas campañas específicas, tendientes a fomentar la prevención y el control de la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo dirigidas a sus trabajadores.

En la medida que continuemos avanzando en prevención, seguiremos fortaleciendo los objetivos del Sistema General de Riesgos Profesionales para el bienestar no sólo de los trabajadores, empleadores y las ARP's sino del país.

DIEGO PALACIO BETANCOURT  
Ministro de la Protección Social

## Contenido

Presentación .....	9
1. Introducción.....	13
2. Marco de referencia .....	15
2.1. Conceptos generales.....	15
2.2. Prevencción del consumo de sustancias psicoactivas .....	22
2.3. Magnitud y tendencia del problema del consumo en ámbitos laborales en el mundo.....	28
2.4. Prevencción del consumo de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo .....	34
2.5. Elementos conceptuales para diseñar estrategias y programas de prevencción integral del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral.....	48
2.6. Ciclo PHVA en el Diseño del Programa .....	52
3. Modelo Andragógico .....	57
3.1. Diversas formas de relación con las SPA's.....	58
3.2. El consumo de SPA en contexto.....	58
3.3. Sobre los protagonistas del contexto.....	60
3.4. La esencia de las formas de intervención .....	61
3.5. Bases pedagógicas del modelo andragógico .....	61
3.6. Propósito y objetivos.....	68
3.7. Bases para el diseño de estrategias.....	69
3.8. Implicaciones del modelo para las acciones de formación.....	72
Anexo 1. Fichas de sustancias psicoactivas .....	77
Anexo 2: Diseño de reunión técnica con empresas .....	91
Bibliografía.....	103



## 1. Introducción

El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas es uno de los asuntos más completos que ha vivido la humanidad desde su existencia, según las Naciones Unidas para el año 2003, la proporción de prevalencia anual de consumo de alcohol en el mundo para personas en edad de trabajar (15 a 64 años) era de 50%, esta proporción se reducía a 30% en el consumo de cigarrillo, y arrojaba una preocupante cifra de 5% para el consumo de sustancias ilícitas. Colombia hace parte de aquellos países catalogados como de gran incremento en el abuso, así como la mayoría de países Europeos y algunos de Sur África, cuya población entre 15 a 64 años incrementa grandemente el riesgo de consumo.

Por lo anterior y debido a que las empresas, son el centro de la dinámica productiva de un país, generadores de riqueza, fuente de bienestar y salud colectiva, además de ser espacios donde se congregan o concurren el mayor volumen de abusadores de drogas, pues se estima que 70 de cada 100 abusadores de drogas están actualmente en edad de trabajar; se ha estructurado un documento que identifica a las empresas como la base fundamental de una estrategia preventiva enmarcada en una política pública de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

Este documento presenta a todos aquellos profesionales interesados en abordar el complejo fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, los lineamientos conceptuales y andragógicos necesarios para estructurar una estrategia preventiva que redunde en la mejora de la productividad empresarial y calidad de vida de sus trabajadores. Servirá como base para el apoyo por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales a las empresas para el fomento de acciones dirigidas a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora.



## 2. Marco de referencia

### 2.1. Conceptos generales

Desde hace mucho tiempo se ha tratado de unificar los conceptos de los principales términos en el campo de las drogas, procurando despojarlos de sus connotaciones morales, políticas, culturales, económicas, y dejarlos exclusivamente con su sentido científico-técnico actual, según el consenso de entidades como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Psiquiatría y el Real Colegio de Psiquiatras Británico (Lorenzo, 1998).

La percepción y conceptualización del consumo de sustancias psicoactivas ha venido cambiando en el mundo en las últimas décadas, para algunos es meramente un fenómeno al que se le está dando una importancia que no la tiene, y que conlleva un manejo equivocado, especialmente porque tiende a confundirse con los conceptos de abuso, mal uso y farmacodependencia. Sin embargo, lo problemático no sería el consumo como tal, especialmente de algunas sustancias, si no el consumo problemático o ilegal y, por supuesto, la dependencia a estas sustancias. Desde esta perspectiva, se han generado cambios importantes de enfoque y abordaje a las estrategias hasta ahora aplicadas. A continuación se presentan los principales términos utilizados:

**2.1.1. Droga.** “sustancia psicoactiva que es capaz de generar alteraciones del comportamiento y procesos de abuso y dependencia” (Cadafalch, 1993). Esta palabra puede incluir no solamente a las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también varios psicofármacos, así como sustancias de consumo legal, verbigracia el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen xantinas, tales como el café, y algunas sustancias de uso doméstico o laboral como las colas y los disolventes volátiles. Así concebido, el término droga, vendría a ser casi sinónimo de fármaco; de hecho, en la literatura anglosajona, la



palabra “drug” se utiliza indistintamente para denominar tanto a una como a otro (Oxford, 1994).

La palabra droga, contrario a lo que se piensa, tiene origen árabe. “Hátruca” es una palabra proveniente del árabe andalusí (Moliner, 1998), que es una variedad hablada en la Edad Media en Al Ándalus, la amplia región de la Península Ibérica dominada en ese entonces por los musulmanes.

Según Antonio Escotado en “Aprendiendo de las drogas”, refiere que el concepto de droga, antes de aparecer leyes represivas, se relaciona con la definición generalmente admitida como una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez.

También se le da el nombre de droga, a toda aquella sustancia, natural o artificial “que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones”, tal como lo señaló la OMS en 1969.

Las drogas, según lo referencia Lorenzo, también son consideradas “sustancias psicoactivas, con acción reforzante positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica, o ambas, y que ocasionan en muchos casos, grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”.

Desde una perspectiva médica y científica, el vocablo droga se refiere a sustancias que cumplen con las siguientes características (Lorenzo, 1998):

- Sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicotrópico o psicoactivo).
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
- El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psíquica).
- No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos”.

**2.1.2. Sustancia psicoactiva.** La denominación sustancia psicotrópica (psicoactiva, o psicoactivante, cual sería su uso estrictamente correcto según la Academia Colombiana de la Lengua<sup>1</sup>), aunque menos común,

1. Se refiere concretamente a los conceptos ‘inhalables volátiles’, en vez de ‘inhalantes’ y ‘sustancias psicoactivantes’, en vez de ‘sustancias psicoactivas’. La palabra ‘volátiles’ en este texto se utiliza para diferenciar pegantes, solventes y gases, de otros productos inhalables como la cocaína y la heroína. La palabra ‘inhalable’ es semántica y gramaticalmente más correcta que la palabra ‘inhalante’, ya que las terminaciones ante, ente o iente, se refieren al participio activo o presente activo, como por ejemplo, amante = el que ama, doliente = el que se duele, etc. Es decir, ‘inhalante’ no sería aplicable a la sustancia, sino por ejemplo, a los niños inhalantes. ‘Sustancias inhalables’ quiere decir, sustancias que se pueden inhalar.

En relación con el concepto sustancias “psicoactivas”, término acuñado mas o menos recientemente, ni el diccionario de voces científicas y técnicas, ni el diccionario médico, de Estanislao Lluésica, las consigna. Según el oficial de divulgación de la Academia Colombiana de la Lengua, Cleóbulo Sabogal, su uso es incorrecto. Un uso adecuado de la palabra sería sustancias psicoactivantes, que no “psicoactivas”. No obstante, en el diccionario de usos, se resalta la frase de Horacio: “el uso es un señor muy poderoso”. Quiere decir que cualquiera de los términos en mención se podría utilizar por fuerza del uso. Este documento se acoge al uso más correcto de nuestra lengua, refiriendo los términos inhalable y psicoactivante.

resulta más precisa y menos cargada de diferentes contenidos y se encuentra en los dos más importantes sistemas de clasificación diagnóstica, la CIE-10 (Clasificación Internacional de Trastornos psicológicos), y el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Psicológicos). Con esto, se aplica el término de sustancia psicotrópica a una sustancia psicoactivante que produce efectos “agradables”, que puede ser auto-administrada sin prescripción médica y que, en casos extremos, puede producir dependencia.

Las sustancias psicotrópicas del grupo de las benzodiazepinas (y en cierto grado también algunas que se clasifican como sedantes e hipnóticos) aunque tienen sin duda un cierto potencial de producir dependencia, no producen un efecto estupefaciente (euforizante directo como el del alcohol o los barbitúricos), sino un efecto sedante y, ansiolítico, que reduciendo la tensión y la ansiedad produce una cierta “distensión”. Por esto la sustancia estupefaciente es un subgrupo de las sustancias psicoactivantes, pero no un concepto sinónimo.

Es importante anotar que en los Estados Unidos, a diferencia de los países europeos, “droga psicotrópica” a veces es sinónimo de psicofármaco.

**2.1.3. Clasificación de las sustancias psicoactivas.** La Organización Mundial de la Salud, en el año de 1992, dio a conocer la versión definitiva de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la cual sirve de base y sistema de referencia para diversos instrumentos orientados a la aplicación de este sistema nosológico a situaciones concretas, como por ejemplo la atención primaria en salud, para la cual existe una versión nominada CIE-10–AP, que no solamente tiene una utilidad epidemiológica, si no que también tiene una aplicación práctica para los profesionales en el manejo de cada caso concreto. En el capítulo V de dicha clasificación, aparecen designados los cuadros clínicos relacionados con el consumo de drogas de abuso como trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

CÓDIGO	TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE
F10	Alcohol
F11	Opiodes (como morfina y heroína)
F12	Cannabinoides (haschisch y Marihuana)
F13	Sedantes o hipnóticos (tranquilizantes o hipnóticos como las Benzodiazepinas)
F14	Cocaína
F15	Otros estimulantes (incluyendo cafeína)
F16	Alucinógenos (LSD y Extasis que en el DSMIV es psicoestimulante).
F17	Tabaco
F18	Solventes volátiles (inhalables)
F19	Múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas

Clasificación CIE–10 de la OMS (1992)

**Nota:** El DSM-IV clasifica en una categoría aparte la Fenciclidina, que en el CIE-10 se encuentra entre los alucinógenos. Las diferencias entre clasificaciones son frecuentes, por lo cual es importante tener en cuenta las diferentes lecturas que hay acerca de los estupefacientes y otras sustancias psicotrópicas.

En el Anexo 1 se presentan las sustancias de mayor relevancia y consumo para identificación de sus características.

**2.1.4. Relación con las sustancias psicoactivas.** Un individuo puede tener diferentes desenlaces al hacer contacto con las sustancias psicoactivas a saber:

**Consumo o uso de las sustancias psicoactivas:** Palabra derivada del latín “usus”, que María Moliner, define como “Acción o manera de hacer cierta cosa, peculiar de un país, de una época, etc.”. En la práctica, el término uso, aplicado al campo de las drogas, se interpreta como utilización o gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares o de otro tipo. Debe interpretarse como un consumo aislado, episódico, circunstancial, sin habitualidad y sin que se produzcan fenómenos de tolerancia o dependencia.

**Trastornos relacionados con las sustancias psicoactivas.** Las ediciones actuales del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) usa los términos de “dependencia de sustancias” y “abuso de sustancias” para caracterizar diferentes grados de problemas de consumo de drogas. No se usa el término adicción para no evocar imágenes negativas, emociones y otras asociaciones.

- **Abuso de sustancias psicoactivas.** Se puede definir como el uso autoadministrado de cualquier droga en una manera que se desvía de los patrones sociales y médicos aprobados al interior de una cultura dada, lo que exactamente constituye el abuso lo define la sociedad y es un criterio variable, no solo de cultura en cultura, sino también al interior de una cultura con el paso del tiempo. En los EE.UU. por ejemplo, el uso de opio y cocaína fue permitido en el siglo XIX en muchos estados, cuando al mismo tiempo, eran consideradas peligrosas en Gran Bretaña al mismo tiempo.

En el Sistema de Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, 1992) el abuso de drogas se entiende como aquella “forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental”. Las drogas de abuso serían aquellas de uso no médico con efectos psicoactivos, capaces de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento, que son susceptibles de ser autoadministradas.

De otra parte, en el Manual de Criterios Diagnósticos para las Enfermedades Mentales (DSM-IV, 1994) de la Asociación Americana de Psiquiatría, define abuso bajo los siguientes criterios:

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los signos o los síntomas siguientes durante un periodo de doce meses:

- Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados por los efectos de la sustancia.

Es importante aclarar que los síntomas no han cumplido nunca para los criterios de dependencia de sustancias.

El abuso, que para algunos es una circunstancia de riesgo evolutivo hacia la dependencia, no siempre lo hace así y el sujeto se mantiene con el patrón simple de abuso por mucho tiempo.

- Dependencia de sustancias psicoactivas: Se asimila a palabras como toxicomanía, drogadicción, farmacodependencia. La Organización Mundial de la Salud la definió por primera vez en 1964 (Cadafalch, 1993), como el “estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga”.

En 1981 se complementó esta definición indicando que debía contemplarse la dependencia como “un conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos que exigen la utilización de una serie de criterios de referencia para su delimitación y diagnóstico”. Entre ellos están: la evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir la droga o las drogas, mientras se hacen intentos por moderar o interrumpir su uso; el deseo de cesar el consumo; la presencia de conductas de administración estereotipadas; la evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia; la evidencia de las conductas tendientes a la búsqueda de la droga por encima de otras necesidades; la gran facilidad para la restauración del consumo compulsivo después de un período de abstinencia.

En 1982, la misma OMS define la dependencia como un “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes (Lorenzo, 1998).

La característica fundamental de la dependencia de sustancias “consiste en un grupo de signos y síntomas cognitivos, conductuales

y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”.

Los criterios dados por el DSMIV que definen la dependencia de sustancias establecen un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
  - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Se debe especificar:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia.
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia.

**Otros trastornos.** Es importante señalar que en el DSM-IV se contemplan otros trastornos como la intoxicación y la abstinencia de sustancias, se refieren en este aparte los criterios a considerar.

Criterios para la intoxicación por sustancias

- Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para la abstinencia de sustancias

- Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**2.1.5. El estrés y las sustancias psicoactivas.** El Ministerio de la Protección Social define el estrés como “el conjunto de reacciones de carácter psicológico y comportamental, que se produce cuando el individuo debe enfrentar demandas derivadas de su interacción con el medio (factores de riesgo psicosocial), ante las cuales su capacidad de afrontamiento es insuficiente, causando un desbalance que altera su bienestar e incluso su salud” (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2004).

Los efectos relacionados con el estrés involucran fenómenos fisiológicos, psicológicos y comportamentales, los cuales se ven afectados así:

Según Villalobos y Rivera (2004) los sistemas orgánicos que inicialmente se ven involucrados son el sistema nervioso y el endocrino principalmente y de forma eventual se ven implicados los sistemas cardiovascular, inmunológico y gastrointestinal. Cuando el individuo se ve enfrentado a una situación de tensión (fase de alerta o alarma) los fenómenos fisiológicos (sistema nervioso simpático) activan inmediatamente al organismo.

Los efectos psicológicos derivados de la respuesta de estrés se caracterizan globalmente por: Sentimiento de ansiedad, irritabilidad y hostilidad. Dificultad para mantener la atención y reducción de la velocidad de respuesta, alteración de las funciones de memoria reciente y de la capacidad para tomar decisiones, lo que lleva a un aumento en la comisión de errores.

Los efectos comportamentales se reflejan en el incremento de consumo de sustancias como el alcohol, el café, el cigarrillo, entre otras. Adicionalmente aumentan los conflictos interpersonales y se dan con mayor frecuencia comportamientos rígidos, con una tendencia al aislamiento. Pueden presentarse alteraciones en los patrones de sueño, especialmente en quienes trabajan por turnos y rotan.

## 2.2. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas

La prevención de drogodependencias es definida como “Un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995).

Gordon (1987) y Gilchrist (1995) han propuesto modelo de prevención que incluye tres tipos: Universal, Selectiva y Aplicada. La Universal es la que se aplica sobre todo la población, la Selectiva se dirige a un conglomerado que tiene mayor riesgo que otro de ser consumidor y la Indicada es más intensiva y costosa y se dirige a un grupo de sujetos que ya son consumidores o que tienen problemas comportamentales.

**Prevenir es evitar por diversos medios que suceda algo que no deseamos.**

Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los derroteros que en salud pública se ha fomentado en diversos contextos sociales (escuela, familia, comunidad y empresa). La prevención entonces en la empresa debe tener como foco al trabajador, basándose en estrategias orientadas a la mejora de la calidad de vida, la preservación de las relaciones interpersonales, la seguridad y productividad laboral. Por tal razón el enfoque que actualmente se utiliza para el abordaje de esta situación, tiene que ver con acciones de prevención universal, selectiva e indicada, las cuales se definen a continuación:

**Prevención Universal:** Corresponde a las acciones dirigidas al total de la población trabajadora, sean consumidores o no de sustancias psicoactivas. Tiene por objetivo prevenir el consumo, resaltando los beneficios que se obtienen al tener un estilo de vida y trabajo saludable.

**Prevención Selectiva:** Contempla acciones dirigidas a grupos específicos de la empresa, a los que se les haya identificado factores de riesgo

individuales, intra y extralaborales. Cuyo fin es reducir la probabilidad de crear dependencia o abuso a las sustancias.

**Prevencción indicada:** Incluye actividades dirigidas a los individuos que presentan síntomas de abuso o dependencia, cuyo propósito es reducir el daño como consecuencia de este trastorno. Este enfoque de intervención debe ser específico para cada trabajador.

Es importante resaltar que la prevencción tiene un ámbito ideal de impacto, que es el escolar, porque permite llegar a los jóvenes en las etapas de mayor riesgo (“muestras cautivas”), que al complementarse con las acciones preventivas en el ámbito familiar, laboral y a través de los medios de comunicación, fortalecen las políticas nacionales para reducir la demanda del consumo de estas sustancias.

Según Hansen (1992), doce componentes son los que distinguen en esencia todos los programas preventivos:

- Información: conocimientos y creencias sobre las consecuencias de riesgo de usar la sustancia.
- Toma de decisiones: proceso para tomar decisiones racionales sobre la sustancia.
- Compromiso: adopción de un compromiso personal de no usar la sustancia.
- Clarificación de valores: examinar la relación entre los propios valores y las consecuencias de la conducta y demostrar que los valores personales son incompatibles con la sustancia.
- Establecimiento de metas: enseñar habilidades para la situación y atenerse a los objetivos y alentar la adopción de una orientación de éxito.
- Manejo del estrés: enseñar habilidades de afrontamiento para manejar el estrés, especialmente en situaciones psicológicamente difíciles.
- Autoestima: desarrollar sentimientos individuales de autoconfianza y valía.
- Entrenamiento en habilidades de resistencia: identificar y resistir la presión asertivamente y las influencias para usar sustancias de los iguales, hermanos, padres, adultos y los medios de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades de vida: se enseña un amplio conjunto de habilidades sociales incluyendo habilidades de comunicación, habilidades de relaciones humanas y habilidades para resolver conflictos interpersonales.
- Establecimiento de normas: establecer normas conservadoras respecto al consumo, corrigiendo las percepciones erróneas de la prevalencia y accesibilidad a las sustancias y estableciendo normas de grupos.



- Asistencia: proporcionando intervención y consejo para enfrentarse a los problemas de la vida.
- Alternativas: proporcionar experiencias en actividades que son incompatibles con el consumo de las sustancias.

Es así como los programas que aumentan la conciencia de la influencia social en el consumo, que reducen la ansiedad, que potencian las habilidades sociales y la capacidad asertiva, que favorecen la resistencia al consumo y el cambio de actitudes y creencias, reducen el inicio del consumo de tabaco hasta en un 50%, según estudios de seguimiento de hasta un año (Botvin y cols., 1990).

Tarter (1992) señala que existen varias razones para que el porcentaje de éxito en los programas de prevención sea tan bajo, aparte de los modelos aplicados.

- Se hace mayor énfasis en los contenidos de los programas que en las características de los sujetos.
- Los especialistas en prevención no se han desarrollado profesionalmente hasta el punto de adaptarse a las intervenciones individualizadas.
- Los ambientes institucionales y profesionales no están preparados para la detección de sujetos con un riesgo elevado de presentar un abuso de sustancias.

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE - NIDA, 1997) determina que en el diseño de programas de prevención se deben considerar los siguientes principios.

- Los programas de prevención se deberían diseñar para realzar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo.
- Los programas de prevención deberían tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas (legales e ilegales).
- Estos programas deberían incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar la competencia social (comunicación, relación con iguales, autoeficacia, asertividad), junto con el refuerzo de las actitudes contra el uso de drogas.
- Los programas de prevención dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos, tales como grupos de discusión de compañeros más que la enseñanza didáctica de tales técnicas solas.
- Estos programas deberían incluir a los padres o tutores que refuercen lo que los jóvenes están aprendiendo y que genere espacios para discutir en la familia sobre el uso de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, y la posición que adopta la familia sobre ello.

- Ellos deberían ser a largo plazo, durante la etapa escolar, con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales. Actuación en los periodos críticos como el paso de primaria a secundaria.
- Los esfuerzos de prevención centrados en la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o en los hijos.
- Los programas comunitarios que incluyan campañas con los medios de comunicación de masas y cambios en la política, tales como nuevas regulaciones que restrinjan el acceso a ciertas sustancias, son más efectivos cuando se aplican junto con intervenciones en la escuela y en la familia.
- Los programas comunitarios necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos de prevención de abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
- La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como importante escenario para subpoblaciones específicas en riesgo, tales como jóvenes que tengan problemas de conducta o dificultades de aprendizaje y los que son posibles marginados.
- La programación de prevención debería ser adaptada para tratar la naturaleza específica del problema de abuso de drogas en cada comunidad.
- A mayor nivel de riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debería ser más intensivo y comenzar antes.
- Los programas de prevención deberían ser específicos para la edad de los individuos a los que va dirigido, apropiados al nivel de desarrollo y ser sensibles culturalmente.

Pero entonces, ¿Quién se encarga de la prevención? Definitivamente TODOS formamos parte de esta estrategia, se pueden identificar dos grandes grupos: Los que tienen responsabilidades con los demás (padres, educadores, profesionales de la salud, políticos, empresarios) y los que tienen influencia sobre los demás (autoridades, publicistas, periodistas, deportistas, artistas, mediadores sociales, compañeros de trabajo).

En la actualidad no queda ninguna duda sobre la efectividad de las intervenciones preventivas en la reducción de la tasa de incidencia (futuros problemas) comparado con la no intervención o comparado con el tratamiento habitual (Botvin, 1995). No poner en marcha algún tipo de estos programas preventivos, seguramente conllevará un incremento o mantenimiento del problema, en lugar de disminuir, aunque sea un poco.

### **2.2.1. Factores de riesgo y protectores en farmacodependencia.**

La iniciación en el consumo se sitúa, normalmente, en la adolescencia

temprana. (Millman y Botvin, 1992). Al principio es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas. En la medida en que aumenta la implicación, el consumo se incrementa en frecuencia y cantidad y puede involucrar a varias sustancias. Dado lo difícil que es para algunas personas abandonar el consumo, sobre todo a ciertas sustancias, y los daños que producen las sustancias psicoactivas, se hace perentorio identificar los factores de riesgo y protectores para actuar sobre ellos lo más prematuramente posible.

**Factor de protección:** “Es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el de implicación con las mismas”.

**Factor de riesgo:** “Es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y abuso o una transición en el nivel de implicación con las mismas”. (Clayton, 1992).

Según Pollard (1997) los factores de riesgo y protección deben clasificarse en:

**Ámbito comunitario:**

- Factores de riesgo: Bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transiciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas, disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego.
- Factores de protección: Refuerzos para implicación en la comunidad, oportunidades para implicación en la comunidad.

**Ámbito escolar:**

- Factores de riesgo: Bajo rendimiento académico, bajo grado de compromiso con la escuela.
- Factores de protección: Oportunidades para implicación en la escuela, refuerzos por implicación en la escuela.

**Ámbito familiar:**

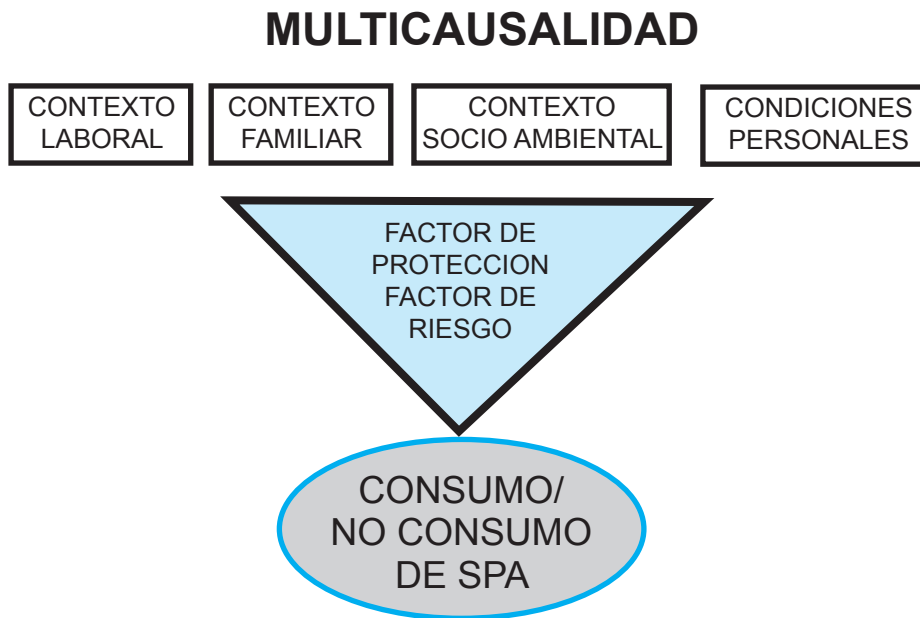
- Factores de riesgo: Baja supervisión familiar, escasa disciplina familiar, conflictos familiares, historia familiar de conducta antisocial, actitudes parentales favorables al uso de drogas.
- Factores de protección: Apego familiar, oportunidades para la implicación familiar, refuerzos para la implicación familiar.

**Ámbito individual y de los iguales:**

- Factores de riesgo: La rebeldía, temprana iniciación en la conducta antisocial, actitudes favorables a la conducta antisocial, actitudes favorables al uso de drogas, conducta antisocial de los iguales, uso de drogas por los iguales, refuerzo por los iguales de la conducta antisocial, búsqueda de sensaciones nuevas, fuertes o diferentes, rechazo de los iguales.

- Factores de protección: La religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Como se observa en la gráfica presentada a continuación, los diversos contextos en los que se encuentra inmerso el trabajador que puede convertirse en un consumidor abusivo o dependiente de las sustancias psicoactivas, pueden ser factores de riesgo o de protección, de acuerdo con las características de cada uno de ellos, es así como la identificación adecuada de los mismos permitirá hacer una intervención efectiva a la problemática.



Existen varios principios generales que siempre se deben tener en cuenta, según Clayton (1992):

- Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente es más probable que la persona abuse de las drogas.
- La presencia de un factor de riesgo no es garantía de que el abuso se vaya a producir y la ausencia del mismo no garantiza que el problema no se produzca.
- El abuso de drogas suele ser probabilístico y es el resultado de la interacción de varios factores.
- El número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad de abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.

- La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

Se debe tener en cuenta que hay un sinnúmero de factores causales de las farmacodependencias, de difícil y compleja comprensión, tal como lo señala Orte (1993):

- Es posible hacer uso de las drogas de forma independiente o bien junto con otras, por lo que pueden encontrarse personas que consumen una sola sustancia, o, lo más frecuente, que mezclan varias de ellas.
- Los usuarios de drogas no llegan al consumo crónico o al abuso de forma repentina, sino que experimentan variaciones en los patrones de uso, bien experimentando de forma esporádica, bien estableciendo periodos de uso discontinuo o, continuando su uso de forma habitual.
- Las drogas utilizadas varían tanto en su disponibilidad como en su capacidad de producir riesgo en el futuro.
- No es posible hablar de efectos universales de las drogas ya que éstos dependen de aspectos como la cantidad de sustancia consumida, las características del consumidor y/o de las ocasiones y lugares de consumo.
- Los efectos farmacológicos producidos por las sustancias son específicos para cada una de ellas al igual que las características de su utilización.
- En la adolescencia es preciso atender el proceso evolutivo de la persona que usa/abusa de las drogas y de la función que cumple en su desarrollo para realizar un diagnóstico ajustado del consumo.
- El consumo de drogas no puede aislarse de la situación cultural y ambiental en la que aparece.

### **2.3. Magnitud y tendencia del problema del consumo en ámbitos laborales en el mundo**

Según las Naciones Unidas (2005), para el año 2003, la proporción de prevalencia anual de consumo de alcohol en el mundo en personas en edad de trabajar (15 a 64 años) era de 50%, esta proporción se reducía a

30% en el consumo de cigarrillo, y arrojaba una preocupante cifra de 5% para el consumo de sustancias ilícitas.

La sustancia ilegal de mayor consumo es la marihuana (4% de la población mundial cuya edad está entre 15 a 64 años), observando un incremento de 11% al comparar las cifras de la década de los 90 con los datos de 2003. Colombia pertenece al conjunto de países clasificados según Naciones Unidas como de gran incremento en el consumo. Ver mapa 1.

Para el año 2003, Colombia, junto con Argentina y Chile conforman los países de mayor prevalencia de abuso de cocaína en Sur América. El riesgo de abuso de Cocaína en población Colombiana de 15 a 64 años es 1.6%, (5 veces el riesgo descrito en el mundo) según la oficina de drogas y crimen de naciones unidas.

**Mapa 1. Cambios en el uso de Cannabis. Año 2003**



Fuente: United nations Office on drug and crime. In World drug Report 2005.

Los volúmenes actuales de consumo de sustancias psicoactivas en el mundo son bastante significativos. Entre un 10% y un 20% de la población mundial consume o ha consumido alguna vez en su vida, algún tipo de sustancia psicoactiva ilegal, según estudios de la Organización de las Naciones Unidas. En el Informe Mundial sobre las Drogas del año 2005 de esa misma entidad, se reporta que unos doscientos millones de personas han consumido drogas en los últimos doce meses, lo que supone un 5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad<sup>2</sup>.

Son tan significativas las cifras, que en algunos países tiene delicadas implicaciones, bien sea visto desde el ángulo de la salud pública o, mayormente, como un problema legal y económico que incluso afecta el orden público<sup>3</sup>. En ese sentido, algunas instituciones consideran que

2. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe Mundial Sobre las Drogas 2005. Análisis y Estadística. Volúmenes 1 y 2. Nueva York, 2005.
3. DEL CORRAL, Hernando. La violencia en Colombia: ¿guerrilleros o narcotraficantes?, en La problemática de las drogas: mitos y realidades. U. Externado de Colombia-Proyecto Enlace Ministerio de Comunicaciones. Bogotá, 1998. p. 91-97.

el aumento en el consumo es cada vez mayor y que los daños son de implicaciones cada vez más preocupantes; sin embargo, otros organismos y expertos consideran que el tema requiere ser analizado y abordado con una mirada comprensiva, tolerante y diferente a como tradicionalmente se ha enfocado, tal como lo abordan los holandeses, que mezclan pragmatismo con una benevolencia que invita al autocuidado y despliega un cierto control social<sup>4</sup>.

Por otra parte, el costo económico para las entidades responsables de la salud pública en el mundo y para la sociedad en general, es altísimo<sup>5</sup>. Según datos reportados por las Naciones Unidas en el 2003, se calcula que en Estados Unidos el abuso de alcohol fue de noventa y nueve mil millones de dólares USA y de las sustancias ilegales fue de sesenta y siete mil millones de dólares, en tanto que por este mismo concepto fue de mil doscientos treinta y siete millones en Australia en 1992, y en Canadá, ese mismo año, el costo del abuso de alcohol fue de seis mil doscientos veintitrés millones de dólares y de las sustancias ilícitas fue de mil ciento treinta y cuatro millones de dólares<sup>6</sup>.

Los norteamericanos Galanter y Kleber<sup>7</sup> consideran que “Actualmente el abuso de sustancias constituye uno de los principales problemas de salud pública a los que tenemos que hacer frente en nuestro país y un problema mundial de considerable magnitud. En Estados Unidos, el 18% de la población presenta un trastorno por consumo de sustancias en algún momento de su vida. El coste de la enfermedad adictiva para los norteamericanos asciende actualmente a 144.000 millones de dólares al año en atención médica y pérdidas de trabajo. Además, una media del 20% de los pacientes en los centros médicos generales y el 35% en las unidades psiquiátricas generales presentan trastornos por consumo de sustancias”.

Referencias del Ministerio de Salud de Brasil<sup>8</sup> señalan que los costos derivados de la pérdida de productividad y de los casos de muerte prematura relacionados con las drogas corresponden al 7,9% del PNB, lo que suponen unos 28.000 dólares USA. Según esa misma fuente, los costos de hospitalización relacionados con el uso de sustancias psicoactivas ascendieron a doscientos cincuenta millones de dólares entre 1995 y 1997.

Un estudio llevado a cabo por la Federación de Industrias del Estado de Sao Paulo de ese país, sobre los problemas ocasionados por el alcohol y

- 
4. ZAITCH, Damian. De la epidemia a la guerra: viejos y nuevos desarrollos de la política de drogas en Holanda en La problemática de las drogas: mitos y realidades. U. Externado de Colombia-Proyecto Enlace Ministerio de Comunicaciones. Bogotá, 1998. p. 37-43.
  5. HEIEN, D.M.; PITTMAN, D.J. The external costo f alcohol abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 302-307; 1993.
  6. *Ibid*, p.
  7. GALANTER, Marc y KLEBER, Herbert D. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press. Masson, S.A. Barcelona, 1997. p. IX.
  8. MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL/UNIVERSIDAD DE MINAS GERAIS. Proyecto AJUDE/Brasil II, 2002, datos totales no publicados.

las otras sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo mostraba que del 10 al 15% de los empleados padecían problemas de adicción y que esos problemas daban lugar a tres veces más licencias de enfermedad que otras enfermedades, que ocasionaban el 50% de los casos de ausentismo laboral, que multiplicaban por cinco los riesgos de accidente en el lugar de trabajo, que se relacionaban con accidentes laborales entre un 15-30%, que multiplicaban por ocho los gastos de hospitalización y que triplicaban el uso de los seguros sociales y médicos por parte de las familias<sup>9</sup>.

De conformidad a los datos de la encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo de España, cuatro de cada 100 españoles consumen frecuentemente psicofármacos, al desglosar por subsectores de la economía, la prestación de servicios sociales, y administración y banca son aquellos con mayor riesgo de presentar este tipo de consumo (6.4 % y 5.2 % respectivamente). Ver tabla 1.

Desafortunadamente en nuestro país los datos actuales sobre los índices de consumo en los trabajadores y el costo que esto genera en las empresas, son insuficientes para delimitar este fenómeno; así como tampoco existen datos válidos sobre la carga de enfermedad y muerte, y el valor de los tratamientos y otras expensas imputables a la salud pública y al Estado en general.

La información más reciente de consumo en Colombia<sup>10</sup> indica que el 10.6% de los colombianos de entre 18 y 65 años, han usado sustancias psicoactivas, cuando menos en los últimos doce meses, siendo el abuso de alcohol el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de esta sustancia es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa de licor. La diferencia por sexo es significativa, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol contra una de cada 80 mujeres.

**2.3.1. Datos epidemiológicos.** La importancia de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas se soporta en la necesidad de intervenir el conjunto de causas que explican el consumo de SPA en sus trabajadores, haciendo énfasis en el control de la accidentalidad laboral y la reducción en la productividad que acarrea el consumo de SPA en los centros de trabajo. A continuación se presentan algunos datos extraídos de la literatura científica.

- La mayoría de los “abusadores” de alcohol y drogas, trabajan! (están empleados).
- 76 de cada 100 accidentes relacionados con el alcohol, se presentan entre las 08:00 y las 10:00 A.M. (Efecto de la “noche anterior”).

---

9. WAISMANN, M. Tesis doctoral Federación y Centro de las Industrias del Estado de Sao Paulo (Brasil). Sao Paulo, 1995.

10. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Cali, 2005.



**Tabla 1. Esquema general de daños a la salud.  
Encuesta Nacional de condiciones de salud y trabajo. España 2002**

Datos en %	Química		Metal		Otras Ind. Manufact.		Otras Industrias		Construc.		Administr./ Banca		Comercio/ Hostelería		Servicios Sociales		Otros Servicios		Total	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
	Han sufrido algún AT en los dos últimos años	9,0	16,8	18,7	22,3	11,4	12,5	14,6	19,5	17,2	19,5	4,7	9,1	7,7	12,1	8,8	12,0	10,7	13,3	10,1
Han sido diagnosticados de alguna EP o están en trámites	3,4	5,3	1,9	3,9	1,3	2,2	1,9	2,0	2,7	2,1	4,0	3,4	1,7	2,3	1,4	3,6	3,6	3,5	2,5	3,0
Presentan tres o más síntomas compatibles con estrés <sup>(*)</sup>	3,7	5,3	5,6	3,6	3,4	5,2	4,4	3,9	1,5	1,2	7,6	6,5	4,4	6,1	7,2	6,5	3,3	7,8	5,0	5,7
Han consultado al médico por problemas de salud (último año)	53,9	58,9	51,4	57,4	48,0	56,3	56,6	56,1	42,8	51,2	66,4	62,8	52,8	56,6	52,7	63,0	57,4	62,5	54,8	59,4
Consultaron al médico por alteraciones relacionadas con el trabajo (último año)	12,4	17,0	13,7	17,6	10,3	14,2	13,8	14,6	10,9	10,4	14,4	16,8	12,8	14,0	14,3	18,4	13,1	16,9	13,0	15,7
Problemas de salud relacionados con el trabajo sobre el total de consultas	17,3	25,0	22,4	25,6	17,2	22,3	22,4	23,5	19,5	13,4	16,8	22,3	24,0	18,7	25,2	25,7	20,7	23,3	20,0	22,0
Consumen frecuentem. analgésicos	12,4	14,7	8,3	12,5	9,8	12,3	9,2	13,7	5,7	7,3	14,3	21,3	13,3	14,7	19,5	22,1	13,1	17,9	12,5	16,8
Consumen frecuentem. Psicofármacos	2,2	2,1	0,6	2,1	1,9	4,1	3,3	2,9	1,4	0,4	4,3	5,2	2,9	3,5	5,0	6,4	4,4	4,7	3,2	4,1

Fuente: Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo (INSHT). V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2002.

- En Inglaterra 3% de los trabajadores reportaron “ausentarse” del trabajo a causa del consumo de licor<sup>11</sup>.
- Según Observer y Maxwell, los abusadores del alcohol tienen el **doblo de accidentes** laborales que su grupo de comparación, ajustando por edad, sexo, etnicidad y clase de trabajo; otros dos estudios refieren que el alcohol fue la droga más común involucrada en los accidentes mortales en el trabajo. Otra evidencia sugiere que los “bebedores problema” de alcohol, se accidentan 2 ó 3 veces más que los bebedores “no problemáticos”<sup>12</sup>.
- Relata en su revisión Hanson, que un estudio efectuado en aplicantes para el servicio postal de EEUU donde se tomó como criterio de exposición a aquellos que al pre empleo resultaron positivos para marihuana o cocaína, tenían mayores tasas de recambio laboral, accidentes industriales y ausencias, así como de lesiones ocupacionales, y episodios disciplinarios durante el año siguiente a su empleo.<sup>13</sup>
- Según Zwerling C<sup>14</sup>, los trabajadores que “abusan de las drogas” tienen:
  - 3 a 4 veces más accidentes que el resto de trabajadores.
  - 5 veces más lesiones compensables.
  - 40 de cada 100 muertes en la industria registra antecedentes de consumo de alcohol.
  - Deterioro en la coordinación motora y en las habilidades perceptivas.
  - Aumento del ausentismo, lo anterior contribuye a disminuir la productividad en las empresas.
  - Cerca de 70 % de los consumidores de droga trabajan , por tanto es crucial para la política de reducción del consumo establecer tamizajes de consumo en los centros de trabajo.
  - Se deben adoptar regulaciones de abuso de drogas en el trabajo, porque la ley lo exige.
- Estudios efectuados en EEUU y Francia documentan que la intervención sobre las drogas en el trabajo podrían a lo sumo reducir en 5 % a 7.5 % la frecuencia de accidentes en el trabajo diferentes a los relacionados con el transporte.

---

11. Alcohol problems in employment: epidemiology and responses. Alcohol & alcoholismo Vol. 29 No 3, pp. 223-248, 1994.

12. Overview on drug and alcohol testing in the workplace. Bulletin on narcotics Vol. 45 pp. 3-44, 1993.

13. Ibid.

14. Current practice and experience in drug and alcohol testing in the workplace, Bulletin on narcotics Vol. 45(2) pp. 155 - 196, 1993.

- Se encontró que existe asociación entre el trabajo en condiciones tensionantes (alta demanda y bajo control) y la dependencia de nicotina (OR = 1.6 IC 95 % 1.1. a 2.4), una vez clasificados los participantes de conformidad a las 4 categorías propuestas por Karasek (baja demanda + alto control, baja demanda + bajo control, alta demanda + alto control, y alta demanda con bajo control) se procedió a comparar la dependencia a nicotina en aquellos sujetos que laboraban en ambientes con baja demanda y alto control (categoría de no exposición) con aquellos que se desempeñaban en actividades laborales con alta demanda y bajo control (categoría de exposición).<sup>15</sup>

En estudio realizado en Estocolomo para investigar las razones de consumo de alcohol en la población laboral, se encontró que los factores asociados con el trabajo, como la insatisfacción profesional, la inseguridad y la presión del ritmo de las actividades, figuraban, después de los problemas conyugales, como la principal razón para el consumo de alcohol.

En un estudio realizado por Holberg, a lo largo de 11 años, en 184.122 reclutas de la marina de estados Unidos de América, se demostró la existencia de asociación entre el nivel de estrés profesional (valores asignados por el investigador) y las tasas de hospitalización por 10 enfermedades relacionadas con el estrés, entre las que figuraban: el alcoholismo, la neurosis, la hipertensión, la cardiopatía sistémica y úlceras gastroduodenales. (Hoiberg, 1982).

#### **2.4. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo**

Los organismos internacionales que se preocupan por abordar los problemas comunes están representados en la Organización de las Naciones Unidas ONU, la Organización Internacional del Trabajo OIT, la Organización de Estados Americanos OEA, la Organización Mundial de la Salud OMS, han elaborado recomendaciones y proporcionado líneas generales para tratar el tema de drogas e implementar programas de prevención del consumo al interior de las empresas.

La OIT luego de su reunión de expertos en 1986, dio a conocer un tratado de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar del trabajo, documento que en sus 60 páginas refiere las obligaciones, derechos y responsabilidades generales, los elementos para la construcción de una política, disposiciones para reducir los problemas relacionados con el alcohol y las drogas, las restricciones a considerar en el lugar de trabajo, la prevención mediante programas de instrucción, formación y capacitación, consideraciones para los programas de asistencia, tratamiento y rehabilitación, reflexiones sobre medidas disciplinarias. Dichas recomendaciones tienen como fin proporcionar elementos que aporten desde la perspectiva laboral herramientas para la reducción del

---

15. Associations of perceived work strain with nicotine dependence in a community sample, Occup Enviro Med 2006; 63: 207 – 211, U John, J Riedel, H-J Rumpf, U Hapke, C Meyer.

abuso de estas sustancias, teniendo muy claro que este fenómeno tiene origen multicausal y que su intervención deberá involucrar otras acciones en las diferentes dimensiones del trabajador (familia y sociedad). Cabe anotar que estas recomendaciones deberán interpretarse a la luz de las condiciones y legislación imperantes en el país de aplicación. Dentro de los lineamientos definidos en este documento, se destacan:<sup>16</sup>

1. Los empleadores y sus trabajadores y sus representantes deberán evaluar conjuntamente los efectos del consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo y deberán cooperar para elaborar, por escrito, una política para la empresa.
2. Los empleadores en colaboración con los trabajadores y sus representantes deberán adoptar disposiciones que sean razonablemente factibles para identificar condiciones de trabajo que influyen en los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, y adoptar medidas de prevención y corrección.
3. Para fomentar la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, se deberán llevar a cabo programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas, e integrarlos en la medida de lo posible a programas de salud más amplios.
4. Las políticas y programas en materia de consumo de alcohol y de drogas deberán promover la prevención, la reducción y el tratamiento de estos problemas que se plantean en el lugar de trabajo.
5. Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas deberán considerarse como problemas de salud, por consiguiente se tratarán sin discriminación alguna.
6. Los empleadores deberán aplicar idénticas restricciones y prohibiciones tanto al personal de dirección como a los trabajadores.
7. Los empleadores deberán establecer un sistema para asegurar el carácter confidencial de toda la información comunicada en lo que atañe a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas.
8. Los análisis toxicológicos para determinar el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, plantean problemas de orden moral, ético y jurídico; de ahí que haya que determinar cuándo sea justo y apropiado realizarlos.
9. Se reconoce la autoridad del empleador para sancionar a los trabajadores cuya conducta profesional sea inapropiada como consecuencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Sin embargo, es preferible que se los remitan a los servicios

---

16. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO. Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra 1996.

de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias.

10. Los trabajadores que quieran recibir tratamiento o rehabilitación para sus problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas no deberán ser objeto de discriminación por parte del empleador y deberán gozar de la seguridad del empleo.

Las condiciones del trabajo que fueron identificadas en esta reunión de expertos, como elementos que pueden contribuir al surgimiento de problemas relacionados con el alcohol y drogas a manera de orientación, dado que los estudios no refieren de manera clara vínculos entre ellos, son:

- Presiones ejercidas por la sociedad para que beba o consuma drogas en el trabajo.
- Los viajes y el alejamiento de las relaciones sociales y sexuales normales.
- El estrés en el trabajo.
- El empleo precario.
- La posibilidad de desempleo.
- Trabajo por turnos.
- Trabajo nocturno.
- Trabajo monótono.
- Modalidades de trabajo que obligan a cambiar de lugar y suponen frecuentes cambios de colaboradores y de supervisores.

El programa SOLVE, se ha desarrollado para apoyar el diseño de políticas y planes de acción para abordar cuestiones psicosociales en el lugar de trabajo.

S tress  
 Tabac O  
 Alchoh L & Drugs  
 HI V / AIDS  
 Violenc E

Dado que el estrés, el tabaco, el alcohol, el VIH/SIDA y la violencia (tanto física como psicológica) se asocian con problemas en la salud del trabajador y por ende en su productividad, la organización internacional del trabajo OIT, presenta este modelo como una estrategia de prevención, al considerar que el conjunto de estos factores son representativos en

la generación de accidentes de trabajo, lesiones mortales, enfermedad y ausentismo laboral tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Por lo anterior este programa busca integrar las cuestiones psicosociales en la política integral de la empresa para establecer un marco de acción preventivo.<sup>17</sup>

La estructura del programa incluye un proceso de formación en los diferentes niveles jerárquicos de la empresa realizando sesiones a Directores y gerentes con dos 2 horas y media de intensidad y a trabajadores con 1 hora y media. Se tiene programado el desarrollo de un Curso de política con 40 horas y el apoyo sistematizado con el microsolve que dura 2 horas.

De manera conjunta la OMS y la OIT se han presentado recomendaciones para el abordaje de esta problemática en la población trabajadora, refiriendo principalmente:

- Promover la puesta en marcha de políticas de acción y los servicios necesarios para reducir el abuso de drogas y alcohol en el medio laboral, y en otras partes.
- Promover el desarrollo de mecanismos de consulta entre organizaciones empresariales y sindicales, para participar en la formulación de estrategias nacionales y empresariales, contra el abuso de drogas y alcohol, y poner en marcha acciones destinadas a ayudar a aquellos que estén experimentando, o en alto riesgo de experimentar problemas de abuso de alcohol y otras drogas.
- Los programas que desarrollen deben ocuparse de:
  - Respetar la dignidad del trabajador en todo momento, garantizándole confidencialidad.
  - Proteger la seguridad en el empleo y los ingresos del trabajador durante su periodo de tratamiento, del mismo modo que con el resto de los problemas de salud.

En el nuevo plan de acción de la Unión Europea se destaca la prevención en entornos específicos, como por ejemplo el lugar de trabajo. Es así como varios países han dado pasos para legislar los aspectos relativos a las drogas en el trabajo, entre los que se mencionan<sup>18</sup>:

La Resolución del Consejo de la Unión Europea (2002/C 161/01) de 3 de Junio, sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006), vista la Comunicación a la Comisión de las Comunidades Europeas, COM (2002) 118 final sobre:

---

17. <http://www.ilo.org/safeword/solve>

18. OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANIAS. Informe anual 2005. El problema de la drogodependencia en Europa.

Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006) que señala como objetivos más importantes la promoción de la salud en el trabajo, y entiende como necesario promover un verdadero bienestar que no se mida únicamente por la ausencia de accidentes o enfermedades profesionales, así como la necesidad de adaptarse a los cambios en el mundo del trabajo que Europa está sufriendo en profundidad y que están afectando a la sociedad, el empleo, la salud y la seguridad. Pone de relieve la necesidad de:

- Promover un enfoque global del bienestar en el trabajo que, entre otros aspectos, prevenga los riesgos sociales (estrés, acoso, depresión, ansiedad) y los asociados a la dependencia del alcohol, las drogas o los medicamentos, que deberán ser objeto de medidas específicas enmarcadas en un planteamiento global.
- Reforzar una cultura de la Prevención, participativa, que permita anticipar y controlar los riesgos.
- Combinar instrumentos y constituir asociaciones de cooperación que permitan la optimización de todos los recursos, la asunción de responsabilidades por parte de todos los agentes, la medida y evaluación de los esfuerzos desplegados y la divulgación de buenas prácticas.

En Finlandia, la ley sobre protección de la privacidad en el trabajo (759/2004) pretende regular y mejorar la privacidad del empleado en relación con los análisis de detección de consumo de drogas en la vida laboral. Esta ley establece que el empresario y el personal deben diseñar un programa antidroga para el lugar de trabajo que incluya planes de prevención y opciones de tratamiento y elaborar un listado de aquellos trabajos que requieran un certificado de haber pasado un análisis para detectar el consumo de drogas. Durante el proceso de selección, el empresario solamente podrá solicitar un certificado de análisis de detección del consumo de drogas del candidato seleccionado. El empresario tiene derecho a utilizar la información facilitada en el certificado si el trabajo requiere precisión, fiabilidad, juicio independiente o máxima atención, y su desempeño bajo influencia o dependencia de las drogas pudiera amenazar la vida o la salud o provocar un daño considerable, durante el periodo del empleo, el empleado sólo deberá facilitar un certificado si existe causa para sospechar que es adicto a las drogas o que trabaja bajo su influencia.

En Irlanda la Ley de seguridad, salud y bienestar en el trabajo de junio de 2004, en uno de sus apartados exige a los empleados que se abstengan de trabajar bajo los efectos de sustancias tóxicas que puedan poner en peligro su propia seguridad, salud o bienestar en el trabajo, o de otras personas. También exige que los empleados, previa petición razonable por parte del empresario, presenten un análisis adecuado, razonable y proporcionado realizado por una persona competente.

### 2.4.1 Modelos de prevención en el ambiente laboral. Modelo Chileno

“Política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el mundo laboral”. – CONACE

Presentación: Programa sistemático de prevención fundamentado en los principios y recomendaciones planteados por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo objeto es lograr que cada empresa o institución desarrolle una política de prevención de drogas y alcohol como parte de sus propias políticas de recursos humanos.

Justificación: Cifras obtenidas por CONACE señalan que en Chile, 500 mil personas reconocen haber consumido drogas ilícitas el último año y alrededor de 100 mil personas son dependientes de alguna sustancia lícita. La mayoría de los consumidores de drogas se encuentran en plena edad productiva, entre los 18 y 34 años de edad; por lo anterior, el consumo de alcohol y drogas constituye un factor de riesgo que afecta la calidad de vida del equipo humano de una organización, lo expone a riesgos laborales y afecta la productividad y la eficiencia de las empresas. Abordar el tema de alcohol y las drogas es cuidar y potenciar el capital humano de la empresa o institución.

Créditos autores: El Concejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE, es una organización dependientes del Ministerio del Interior, responsable de diseñar, coordinar y apoyar las políticas públicas de prevención, control, tratamiento y rehabilitación en materia de drogas en Chile.

Modelo. Partiendo del diseño e implementación de la política, que se fundamenta en la realización de 7 pasos con secuencia lógica, dirigida a regular, prevenir y abordar los problemas de consumo de alcohol y drogas en el trabajo, se establecen las acciones a seguir en tres tipos de intervenciones preventivas, según el nivel de consumo de los trabajadores que se asocia con la metáfora del semáforo:

Primera área, de color verde, que reúne el conjunto de trabajadores sin consumo de drogas. Esta área representa la mayoría de los trabajadores, donde se realiza prevención primaria.

Una segunda área intermedia, de color amarillo, que ubica a los trabajadores que presentan problemas de consumo de drogas, pero que aún pueden ser revertidos a través de la motivación, hacia la adopción de conductas saludables. Ellos requieren prevención secundaria.

Por último, un área roja que representa a una minoría de trabajadores que ya es dependiente del consumo de drogas y que requiere un tratamiento especializado o prevención terciaria.

**Modelo Norteamericano** “Un Centro de Trabajo sin drogas”. Substance Abuse Mental Health Services administration.

Presentación: el modelo se soporta en una serie de folletos dirigidos tanto a los empresarios, supervisores y trabajadores que buscan proporcionar



información que sirva de guía fácil y rápida de los pasos a seguir para prevenir los problemas relacionados con el alcoholismo y la drogadicción en el trabajo, con especial dedicación a las microempresas,—muchas de las cuales están sufriendo reducciones en sus utilidades debido a los crecientes costos del seguro de indemnización a los trabajadores—ya que sirve de guía para adquirir recursos que son fácilmente accesibles.

Justificación: Crear un programa para erradicar el consumo de drogas es especialmente importante en los negocios donde la seguridad constituye un punto importante. Los accidentes y las lesiones pueden crear problemas severos, no solamente para las víctimas, sino también para el empresario. Un incidente grave, especialmente si está relacionado con el alcoholismo o la drogadicción, puede hacer que un negocio pequeño cierre sus puertas.

Créditos Autores: Joan White Quinlan, Robert W. Denniston. Director de la Division of Public Education and Dissemination. Charlie Williams, CEAP Consejero de Salud Pública, Workplace Community Prevention Branch. El Center for Substance Abuse Prevention CSAP apoya y fomenta el desarrollo continuo de sistemas de prevención a nivel comunitario, estatal, nacional e internacional. CSAP tiene como meta vincular a personas y recursos con ideas, estrategias y programas eficaces e innovadores que tengan como objetivo reducir y eliminar los problemas de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción en la sociedad. Los programas y modelos que CSAP ha elaborado están destinados a culturas y lugares específicos y se benefician de una participación comunitaria amplia, así como de un mejor conocimiento sobre la prevención entre los profesionales y el público.

Modelo: La gráfica que se presenta a continuación presenta una variedad de opciones para comenzar o expandir un programa para combatir el consumo de drogas en el trabajo.

Cuenta con una serie de guías y folletos que orientan el desarrollo de cada uno de los componentes propuestos, dirigido a los empresarios, los



trabajadores y supervisores para informarles sobre su rol en el programa, contemplan los temas de:

1. ¿Por qué es importante que su centro de trabajo esté libre de drogas?
2. Componentes de un programa para combatir el consumo de drogas en el trabajo.
3. Puntos principales de los buenos programas para la eliminación del consumo de drogas en los centros de trabajo.
4. Programas para combatir el consumo de drogas en el trabajo.
5. Cómo crear un programa para combatir el consumo de drogas en el trabajo.
6. Educación de empleados.
7. Capacitación de supervisores.
8. Programas de asistencia a los empleados.
9. Pruebas para detectar drogas.
10. Ayuda y asesores externos.
11. ¿Cómo evitar problemas causados por el alcohol, el tabaco y otras drogas?.
12. Evaluación del programa.

Algunos empresarios podrían estar interesados en un sólo componente, mientras que posiblemente otros deseen implementar varios o todos. La decisión deberá basarse en el grado de preocupación sobre el problema, en la probabilidad que existe de que los empleados abusen del alcohol y otras drogas en el trabajo y en los recursos con que se cuenta. Es importante recordar que no existe una sola manera “correcta” de comenzar un programa para combatir el consumo de drogas en el trabajo. Al igual que para cualquier otro cambio en la organización, el primer paso es hacer una evaluación. La evaluación cuidadosa de las necesidades de la empresa puede ser la clave para el éxito del programa desde sus inicios.

Frecuentemente, los empresarios “piden prestado” el programa de otra organización para después adaptarlo a sus necesidades. Aun cuando esto se puede hacer perfectamente, es mejor redactar un programa que satisfaga las necesidades únicas de su propia organización.

Utilizando los siguientes vínculos se puede profundizar en relación con los materiales diseñados para la implementación del modelo propuesto.  
<http://www.workplace.samhsa.gov/WPSPWorkit/wpspsafety.html>  
<http://workplace.samhsa.gov/WPSPWorkit/wpspindex.html>

**Modelo Español** “Prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral”. – Dirección General para las drogodependencias y adicciones, Andalucía.

Se propone una metodología de intervención cuyos pilares básicos son:

- Drogodependencias como proceso multifactorial.
- Prevención en educación para la salud.
- Implicación consistente de los individuos.
- No aceptar soluciones preestablecidas.
- Herramienta fundamental es el “grupo de trabajo” que representa todos los estamentos de la empresa.

Presentación: el modelo se soporta en la formulación de un plan que establece tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), definiendo objetivos y estrategias para cada uno de ellos. Se hace énfasis en el consumo de alcohol y tabaco por ser estas las primeras drogas con las que se hace contacto y por sus efectos devastadores en términos de salud pública.

Justificación: Dado que la empresa es el fiel reflejo de la realidad social y económica Andaluza y no escapa a los factores de riesgo que se dan en el conjunto de la sociedad, a efectos de prevenir situaciones que puedan dar lugar a dependencias y adicciones en el ámbito laboral se plantean acciones enmarcadas en la educación para la salud, en la prevención de riesgos laborales y en la reducción de daños asociados al consumo como estrategia de prevención del consumo de drogas en las empresas.

Créditos: Consejería para la igualdad y bienestar social. Dirección General para las drogodependencias y las adicciones.

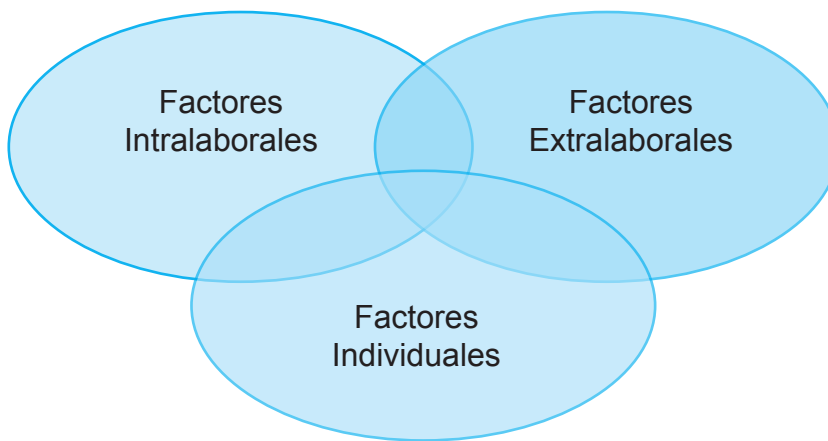
Modelo: La gráfica que se presenta a continuación muestra las fases que considera el modelo para su implementación.

I FASE	Análisis de situación del problema, detección de factores de riesgo y evaluación de necesidades
II FASE	Elaboración de estrategias de intervención con fijación de metas y objetivos
III FASE	Intervención
IV FASE	Evaluación del Plan de Prevención en Drogodependencias y Adicciones

Por otra parte, en países como Argentina, Brasil, Costa Rica, México y Venezuela, se encuentran proyectos de intervención para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo, que aunque responden a requerimientos específicos han sido el primer paso para el abordaje de este fenómeno en la población trabajadora.

**2.4.2. Factores de riesgo y de protección en el ambiente laboral.** El marco conceptual adoptado en Colombia para el estudio de los factores psicosociales en el ambiente laboral, considera diversas variables que se dividen en tres grandes categorías: Laborales (o condiciones internas de trabajo), extralaborales (o condiciones externas de trabajo) e individuales.

#### Factores de Riesgo Psicosocial



Las condiciones laborales se refieren a todas las circunstancias del trabajo a las que se encuentra expuesto el individuo y que pueden desarrollar efectos de tipo psicosocial. Estas se encuentran clasificadas así:

##### a. Condiciones Internas de Trabajo

Condiciones del Ambiente de Trabajo:

- Físicos: Se refiere a todos los factores del medio ambiente físico laboral, que pueden ser percibidos por el trabajador como agentes de alta peligrosidad, pues son fuente de enfermedades y accidentes. Estos factores son: ruido, temperatura, vibración, ventilación e iluminación.
- Químicos y biológicos: El efecto de tipo psicosocial se deriva de la percepción negativa o amenazante que estos factores pueden ocasionar, creando rechazo por la nocividad experimentada.
- De seguridad: Se refiere a las condiciones propias del trabajo que puedan facilitar la ocurrencia de un accidente. Dicha condición puede generar altos niveles de tensión en el trabajador.
- De saneamiento: Se refiere a las condiciones de orden y aseo del lugar de trabajo, las cuales, al ser adversas pueden generar incomodidad y sentimientos de desagrado en el trabajador.

- **Ergonómicos:** Se refiere a los efectos derivados de un mal diseño del puesto de trabajo, que puede llevar a disconfort y posteriormente fatiga física y/o mental.

**Condiciones de la Tarea:** Se refiere a las exigencias inherentes de una ocupación específica sobre el trabajador, es decir toda la demanda psicofísica que es vivida por el individuo durante su jornada diaria. Las exigencias propias de una tarea se diversifican en varias categorías así:

- **Carga física:** Se refiere a la cantidad de esfuerzo físico que le exige una tarea al trabajador, ya sea que deba mantener una posición estática (sedente o erguida) o dinámica (para manipular cargas).
- **Carga mental:** Se refiere a las exigencias mentales que la tarea demanda al trabajador dentro de unas condiciones organizacionales y culturales específicas. Dichas exigencias son: Apremio de tiempo, Atención-concentración, complejidad y rapidez, variedad y Minuciosidad.
- **Contenido de la tarea:** Se refiere a las exigencias definidas por la tarea misma dentro de la organización en la que se encuentra definido el rol, las cuales se establecen en una serie de variables que determinan el desempeño específico así: contenido de la tarea, definición del rol, identificación con la tarea, nivel de responsabilidad y nivel de calificación exigido por el cargo.

**Condiciones relacionadas con la organización:** Se refiere a las condiciones que reflejan la cultura de la organización y definen los acuerdos sobre los cuales se trabaja. Estas condiciones se dividen en las siguientes categorías: características de la gestión, estilo de liderazgo, manejo del cambio en la organización, sistemas de evaluación de desempeño, políticas de contratación y estabilidad, sistemas de remuneración, servicios de bienestar social, planes de promoción y ascenso, planes de inducción, entrenamiento y capacitación, participación en decisiones de la organización.

Es importante resaltar que la formulación de una política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la existencia de normas y sanciones frente al consumo y la planificación de actividades libres de alcohol y otras drogas, son factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas en los trabajadores.

**Características del grupo social de trabajo:** Se refiere a las formas de interacción que se crean entre los trabajadores de la organización, ya sea por interdependencia derivada de las funciones, como por el sentido gregario del ser humano de crear relaciones cooperativas, las cuales son más informales. Esta categoría toma en cuenta dos variables: cohesión del grupo y las relaciones grupales y personales.

En este aparte es importante considerar el efecto de la presión de grupo frente al consumo de sustancias psicoactivas, los intereses y expectativas de los compañeros pueden contribuir a determinar que una persona

pruebe o no una droga, así que un grupo proporciona apoyo y seguridad para las nuevas experiencias y ayuda al individuo frente a un problema.

Características de la Organización propiamente dicha: Se refiere a las condiciones que delimitan las formas de trabajo dentro de la organización. Las variables definidas para esta categoría son: organización del trabajo, iniciativa-autonomía, ritmo de trabajo, jornada y horario de trabajo, estatus social dentro de la organización y comunicación. En este ítem se encuentra gran parte de las condiciones de la organización que pueden convertirse en factores de riesgo, dado que las jornadas prolongadas o excesivas, los turnos y el trabajo nocturno han sido reconocidos como elementos facilitadores frente al consumo de sustancias psicoactivas.

#### **b. Condiciones externas de trabajo:**

*Situación económica y educativa del grupo familiar:* Se refiere a las condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos, condiciones de hacinamiento y en general todas las condiciones que definen la calidad de vida del trabajador y que pueden afectar su desempeño laboral. Puede considerarse factor de riesgo cuando el poder adquisitivo es insuficiente para cubrir las necesidades básicas propias y del grupo familiar.

*Efecto del trabajo en el medio social y familiar:* Se refiere a las consecuencias que las condiciones laborales tienen sobre los círculos extralaborales del trabajador. Éstas se encuentran mediadas por la percepción del individuo, de modo que si dichas condiciones son percibidas como desfavorables o la respuesta de la familia o amigos respecto al trabajo es negativa, puede afectar la interacción familiar y social del trabajador.

*Situación política, económica y social de la localidad y del país:* Se refiere a los efectos que los cambios políticos y económicos del país y/o de la localidad tienen sobre la organización para la cual trabaja el individuo, pues puede desfavorecer la dinámica empresarial. Adicionalmente, dichas condiciones junto con los eventos de violencia (subversión, desplazamiento forzado, pobreza, posibilidad de robos o atracos) afectan directamente al trabajador.

En relación con las sustancias psicoactivas, la disponibilidad y accesibilidad de este tipo de sustancias, son factores extralaborales que facilitan el consumo de las mismas, al igual que los anuncios publicitarios que fomentan el consumo y lo asocian con el éxito en la vida social de los individuos.

#### **c. Condiciones del individuo:**

El consumo de drogas responde a dos necesidades básicas, la búsqueda del placer y el rechazo al malestar. Cuando el ser humano se ha sentido presionado, ansioso, estresado, el recurre al consumo de drogas para encontrar satisfacción a sus problemas. Jessor (1987) sugiere que “la asociación de la conducta del consumo de sustancias psicoactivas con un gran número de conductas problemáticas va más allá de las correlaciones estadísticas, ya que todas ellas se correlacionan de modo similar con un gran número de medidas ambientales de riesgo psicosocial, lo cual

sugiere que un gran número de conductas problemáticas pueden estar causadas por los mismos factores subyacentes”.

*Características de la personalidad:* Se refiere a las diferentes formas de reacción y conductas de las personas frente a las situaciones a las que se ven expuestas. Muchos teóricos consideran la existencia de una serie de rasgos de personalidad como factores vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas.

Los individuos con problemas de socialización, baja tolerancia a la frustración y al dolor, también carecen de habilidades para enfrentarse a los problemas cotidianos y las demandas de la sociedad, son personas que se han identificado como de alto riesgo. El estrés emocional acusado por una autoimagen negativa, la depresión, el aislamiento social, son propuestos como variables potenciales asociados con el consumo de drogas. Así como el ser deficiente en crear y establecer relaciones interpersonales y el tener problemas con la comunicación, junto con la carencia de tener habilidades de resistencia a la presión son factores importantes en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, parece evidente que las personas que tienen una actitud positiva frente a las drogas son los que tienden a consumirlas, en comparación con los que tienen una actitud negativa o neutra.

*Moderadores:* Se refiere a las variables individuales que condicionan la relación entre la presencia de un estresor (factor de riesgo) y el estrés percibido. Esta categoría no debe considerarse un factor de riesgo sino un mediador entre las condiciones generadoras de estrés y las respuestas psicofisiológicas de los individuos. Los moderadores se dividen en dos, teniendo en cuenta su naturaleza: cognoscitivo / afectivos y demográficos.

- *Cognoscitivo / afectivos:* Se refieren a la forma en que la persona se aproxima a los hechos. Los que actualmente se evalúan son:
  - *Motivación y satisfacción:* Se refiere específicamente a la forma en que se busca satisfacer una necesidad. Las personas que tienen una alta necesidad de logro tienden a esforzarse más para conseguir los resultados propuestos, condición que les lleva a sobrecargarse de trabajo.
  - *Habilidades y aptitudes:* Se refiere a las condiciones individuales que facilitan el desarrollo de una actividad. La posibilidad de uso de habilidades y aptitudes en un trabajo aumenta la autoconfianza y da herramientas al individuo para afrontar problemas.
  - *Nivel de formación y educación:* Se refiere a varias condiciones: la relación entre el nivel de formación y el nivel de otros que se encuentran en el mismo puesto y la relación entre el cargo y las expectativas del individuo que lo ocupa. Es claro que no es el nivel de formación per sé el que modera la respuesta sino la discrepancia entre las condiciones mencionadas.

- *Locus de control*: Se refiere a la percepción que se tiene sobre el control de las situaciones, es decir la consideración que el control de las circunstancias se encuentra fuera de la propia influencia (locus externo) o dentro de sí (locus interno). Existen autores como Antonovsky (citado por Villalobos, 1996) que le denominan sentido de coherencia a la percepción cognoscitivo-afectiva de los hechos.
- *Tolerancia a la ambigüedad*: La ambigüedad se refiere a la existencia de dos o más condiciones contrarias u opuestas, dentro de la consecución de un mismo fin, por ejemplo: Si se busca el alcance de una meta dentro de un grupo de trabajo pero no existe cohesión ni estructura de trabajo en equipo dentro de los involucrados, dicha condición genera ambigüedad entre estos trabajadores. La tolerancia a la ambigüedad se refiere entonces a la capacidad para afrontar situaciones ambiguas.
- *Autoestima*: Se refiere al nivel de respeto, confianza y aprecio por sí mismo, lo cual permite desarrollar habilidades para afrontar situaciones tensionantes. Las diferencias entre los niveles de autoestima moderan las respuestas al estrés.
- *Experiencias pasadas y estereotipos*: Se refiere a las situaciones anteriormente vividas por el individuo que dan significado a hechos presentes porque fortalecen o debilitan creencias y valores, de modo tal que pueden condicionar la forma de actuar de un trabajador.
- *Moderadores demográficos*: Se refieren a las variables de este tipo que pueden ser fuentes diferenciadoras de respuesta a estrés. Las variables más estudiadas actualmente son:
  - *Edad*: Esta variable no es fuente de riesgo per sé. Puede ser predisponente mientras existan condiciones laborales adversas. El momento en que un trabajador ve disminuida su capacidad laboral se relaciona con la exigencia de la tarea (ya sea física o mental) y las condiciones de vida que haya tenido. Algunas de las condiciones consideradas de trabajo que afectan mas a las personas de mayor edad son las mencionadas por Naegele (1971, citado por Hadziolova, 1983, citado por Villalobos, 1996), entre las que se hallan: la presión de tiempo, la velocidad con que cambia el tipo de tecnología dentro de la organización, la aceleración de los ritmos de trabajo, el trabajo en cadena, la necesidad de memorizar e integrar mucha información, el trabajo a destajo, el trabajo manual intenso o trabajar bajo condiciones desfavorables.
  - *Sexo*: El análisis de esta variable debe evaluarse en términos de las diferencias de rol que tienen hombres y mujeres.
  - *Estado de salud*: Se refiere a la percepción que el trabajador mantiene de su estado de salud general. Debe tenerse en cuenta que al sentirse enferma, la persona hace un gasto mayor de energía para manejarla, lo que afecta su afrontamiento del estrés.



- *Ocupación:* Se refiere a las condiciones de estrés propias de la ocupación estudiada. Si el trabajo expone a quien lo ejecuta a situaciones de riesgo que puedan generar alta carga mental, emocional, o desgaste psicofisiológico, la ocupación puede considerarse característica de riesgo psicosocial.
- *Ajuste a la ocupación:* Se refiere al nivel de adaptación que el trabajador experimenta con su ocupación, lo cual regulará el nivel de estrés sentido. La oportunidad de desarrollar la ocupación elegida modera la respuesta al estrés. Al ejecutarse un trabajo para el cual el individuo no se encuentre adaptado, aumenta la probabilidad de encontrar situaciones adversas o estresoras y por lo tanto reaccionar de forma negativa al estrés.

## **2.5. Elementos conceptuales para diseñar estrategias y programas de prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral**

Una estrategia de prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el ámbito laboral generalmente parte de la inquietud que genera la observación de diversas problemáticas que hacen los profesionales de la salud y de recursos humanos en su actividad profesional, entre otras aquellas asociadas con el rendimiento laboral, el ausentismo y con los accidentes de trabajo.

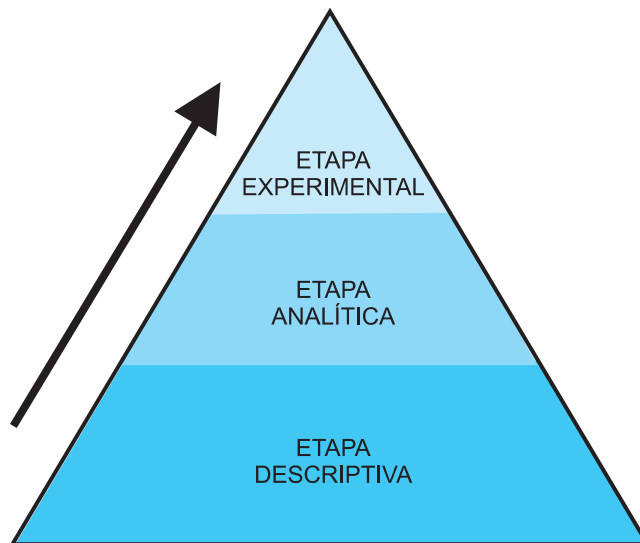
A partir de estas observaciones, de sondeos, investigaciones de archivo y otras estrategias de estimación aproximada de problemas de consumo de SPA, se establece una política empresarial frente al fenómeno de las drogas y, por ende, se establece un programa de prevención integral del consumo de SPA. El diseño de estos programas requiere que se siga, idealmente, un proceso que implica tres etapas, una descriptiva, una analítica y una experimental, las cuales se describen a continuación.

**2.5.1. Etapa descriptiva.** (Diagnóstico). El objetivo fundamental de esta etapa consiste en obtener, mediante el uso de pruebas cuantitativas y/o cualitativas, información objetiva sobre las características de la población en estudio en su relación con las SPA. La prueba AUDIT es utilizada para diagnóstico de consumo de alcohol.

A pesar que la empresa o sector al cual pertenece un trabajador generalmente posee una importante cantidad de información sobre sus empleados, se hace necesario obtener nuevamente algunos datos sociodemográficos sobre las variables persona, tiempo y lugar, los cuales deben recavarse en un mismo instrumento con una serie de eventos psicosociales acaecidos en el curso de la vida de los trabajadores, con el objeto de estudiar su relación con el consumo/no-consumo de SPA's.

Los instrumentos que se utilizan para recoger este tipo de información permiten obtener una descripción de la magnitud (descripción cuantitativa) y características (descripción cualitativa) del consumo/no-consumo de

SPA's en la empresa. Esta información cuantitativa y cualitativa, al ser triangulada, es decir, al ser confrontada y corroborada la consistencia de uno y otro tipo de información, servirá de base (ver esquema) para efectuar análisis más profundos, que permiten identificar factores de protección y factores de riesgo asociados al consumo/o-consumo de SPA's.



#### Observacion Clínica y/o Profesional

El tipo de datos que se obtiene generalmente son porcentajes, tasas por mil, promedios, etc., y si se desea medidas estadísticas de tendencia central que permitan efectuar correlaciones entre eventos o variables de persona tiempo y lugar con el consumo/no-consumo de drogas (por ejemplo, relación entre género (femenino), edad (más de 50 años), y el no-consumo de una sustancia como alcohol). Los datos cualitativos, considerarán información relacionada con las creencias acerca de daño que produce o las bondades que puede tener una sustancia. Existen diferentes tipos de instrumentos:

**Entrevistas a informantes clave:** Son entrevistas con empleados que pueden brindar información confiable y veraz acerca de la situación de consumo/no-consumo de SPA en la empresa, quienes por sus cualidades profesionales y éticas se pueden constituir en un elemento propositivo para la implementación de programas de prevención y no constituyen ninguna amenaza a los derechos de los empleados, al debido sigilo profesional, ni a la revelación de la identidad de ninguno de los trabajadores acerca de los cuales está brindando información. Estas entrevistas permiten conocer una estimación aproximada del fenómeno, pero no como se distribuye éste en la población.

**Grupos focales:** De acuerdo con Andrade, Shedlin y Bonilla<sup>19</sup> es una modalidad de entrevista cualitativa que consiste en entrevistar a varias personas a la vez. La técnica fue desarrollada por la industria privada para

19. Métodos cualitativos para evaluación de Programas. The Pathfinder Fund. 1987.

conocer el comportamiento y las actitudes del consumidor. En un grupo focal el moderador propicia una discusión que estimule a los participantes a compartir sus percepciones e ideas sobre un determinado tópico. Las sesiones hacen posibles intercambios personales y discusiones sobre sentimientos, actitudes, creencias, experiencias y comportamientos, generando así información a fondo sobre el tema en cuestión.

Los grupos focales se fundamentan en que sus participantes se sienten más cómodos discutiendo con sus “pares” experiencias que les atañen directamente, lo que propicia una discusión más abierta sobre los temas que se abordan. Algunas investigaciones han concluido que la presión de grupo que se ejerce en esta situación previene el hecho que los participantes proporcionen información errada o sesgada, por cuanto que dentro del mismo grupo puede haber una persona que refute las aseveraciones desacertadas.

Los grupos focales, son reuniones de pocos participantes, entre 5 y 10, los cuales dialogan, bajo la dirección de un moderador o facilitador, sobre uno o varios temas previamente seleccionados (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

No se debe usar el grupo focal como técnica única para evaluar programas o diagnosticar fenómenos. Sus datos no necesariamente describen las actitudes y comportamientos de la mayoría de los participantes de un programa, pero son muy útiles para la exploración de eventos relacionados con la ocurrencia de un fenómeno, lo cuales pueden ser estudiados más a profundidad en la etapa analítica (ver esquema). La información resultante de estas entrevistas también puede servir para desarrollar o elaborar las encuestas de prevalencia.

**Encuestas de prevalencia.** Es un instrumento muy frecuentemente usado para el diagnóstico de fenómenos que afectan la salud pública. Aunque su uso para indagar acerca del consumo/no-consumo de SPA's, factores y variables asociados, se hace cuestionable cuando no se efectúa una etapa previa de sensibilización en la cual los posibles participantes en la encuesta tengan la certeza de que cualquier información que brinden no será utilizada para fines diferentes a la investigación e implementación de campañas de prevención para el bienestar del trabajador.

Las encuestas de prevalencia tipo CAP, como lo indican sus iniciales, evalúan conocimientos (que sabe un trabajador acerca de las SPA's), actitudes (qué cree, qué mitos tiene, el trabajador acerca de las SPA's) y prácticas no-consumo o frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de consumo de drogas).

**2.5.2. Etapa Analítica.** (Identificación de factores de riesgo y de protección). Cuando se tiene suficiente información cualitativa y cuantitativa, es decir una descripción adecuada del fenómeno de consumo/no-consumo de SPA's en la empresa, se dispone de datos muy valiosos que es preciso corroborar mediante técnicas y métodos objetivos.

Se obtiene información sobre incidencia (casos nuevos de consumo en determinado periodo de tiempo), prevalencia (numero total de casos), eventos relacionados (correlación estadísticamente significativa entre accidentes de trabajo y consumo de sustancias psicoactivas), entre otras informaciones relevantes.

La anterior información puede ser sometida a corroboración mediante estudios analíticos más profundos como los estudios de casos y controles y los estudios de cohortes sanos.

En la metodología para el análisis científico los estudios de casos y controles son un tema de elección cuando se quiere conocer la fuerza de las correlaciones entre eventos y un factor determinado. Si se encontró una fuerte correlación entre la participación en eventos empresariales de hábitos de vida saludable y no-consumo de SPA's, se puede estudiar la asociación causal y no solo una correlación, entre estos dos eventos. Esto se podría realizar comparando grupos de trabajadores que hayan sido expuestos a programas de hábitos de vida saludable con grupos de consumidores que no hayan sido expuestos a dichos programas, evaluando el estado actual de la característica.

Los estudios de cohortes, por el contrario, son longitudinales y evalúan en el tiempo esta característica y van más allá que los de casos y controles, en el estudio de la posible asociación entre factores de riesgo y factores de protección del consumo de SPA's. Esta metodología se realiza exponiendo durante un tiempo determinado a no-consumidores de SPA a posibles factores de protección (por ejemplo a aquellos que aritméticamente se mostraron más asociados al no-consumo en la encuesta de prevalencia), en espera de comparar sus resultados con los resultados de observar durante un periodo determinado de tiempo a personas sanas, naturalmente expuestas a posibles factores de riesgo (nótese que el observador *no expone deliberadamente* a los participantes a los factores de riesgo sino que observa a personas no-consumidoras que, de acuerdo con la información arrojada por los instrumentos de la etapa descriptiva, están expuestos a posibles factores de riesgo asociados a la población de consumidores de SPA).

Como resultado de los estudios de cohorte generalmente se obtiene información valiosa que permite estimar, porcentajes de riesgo atribuibles a determinado factor, o porcentajes de riesgo relativo en relación con otros factores. Es de esperarse que si los factores en estudio y el consumo/no-consumo de SPA en realidad tienen una posible asociación causal entre sí, las personas expuestas a factores de riesgo tendrán mayor incidencia en el consumo de SPA que las no expuestas, y que las personas expuestas a factores de protección tendrán una menor incidencia en el consumo que las no expuestas.

**2.5.3. Etapa Experimental.** (Pilotaje o puesta a prueba del programa). Idealmente, en esta etapa se pretende determinar si en realidad existe una asociación causal entre determinado evento o factor y el consumo/no-consumo de SPA. Sin embargo en la empresa no se harán estudios

científico-experimentales con alto grado de control de variables. Tanto en la etapa descriptiva, así como en la analítica y en la experimental, el alcance y propósito de la estrategia consiste en diseñar un programa de prevención adecuado a las características del sector, de los trabajadores y de los factores de riesgo y de protección a los que naturalmente están expuestos.

Conocidas las características sociodemográficas de la población con la que se va a trabajar, las características del fenómeno de consumo de SPA, así como la asociación entre consumo/no-consumo de SPA y los riesgos profesionales, se poseen suficientes insumos para diseñar un programa de prevención.

Teniendo en cuenta lo anterior, la etapa experimental consiste en efectuar una primera aproximación o pilotaje del programa específico de prevención con el objeto de perfeccionarlo con el tiempo, hasta obtener los resultados esperados, esto es, evitar la presentación de nuevos casos y disminuir al máximo los casos existentes, como parte de una estrategia general de bienestar y salud integral en el ámbito laboral.

## 2.6. Ciclo PHVA en el Diseño del Programa

**2.6.1. Planeación del programa para la empresa.** En este punto se define la política y plan de acción de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se determinan los requisitos legales generales, los factores de riesgo y de protección existentes en la empresa.

- En primer lugar se debe establecer claramente el alcance del programa, respecto a los factores de riesgo a intervenir y la población que va a ser cubierta.
- Se deben definir los objetivos del programa, que deben estar relacionados con los elementos de entrada, en especial la política y los objetivos del sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional. El objetivo general, en un plazo razonable, debería ser la reducción en la frecuencia de eventos particulares indeseados. Los objetivos específicos pueden incluir:
  - Describir el estado de salud de la población trabajadora mediante la estimación del consumo de sustancias psicoactivas;
  - Fomentar la investigación de las causas básicas en los accidentes de trabajo;
  - Evaluar la efectividad de las medidas de control implementadas;
  - Los objetivos establecidos se deben comunicar al personal pertinente, a través de sesiones de entrenamiento o instrucciones en grupo, como mecanismos para asegurar la participación de diferentes niveles de la organización en su ejecución.
  - Para cada objetivo se deben definir una o más metas y los respectivos indicadores.

- Se deben documentar las funciones y responsabilidades requeridas para el desarrollo del programa, que deben ser acordes a la estructura de la empresa, recordando que los niveles de autoridad y responsabilidad no se deben limitar al área de S&SO bajo ninguna circunstancia. Las funciones definidas se deben comunicar a todos los que se vean afectados por ellas, para que las personas entiendan el objeto y las interfaces entre las diferentes funciones y los canales requeridos para iniciar una acción.
- Recursos. Se debe asegurar que se dispone de recursos adecuados y suficientes para llevar a cabo las actividades programadas y para el mantenimiento seguro del sitio de trabajo, respecto a los factores de riesgo que se van a intervenir.
- Compromiso de la gerencia. Los gerentes deben demostrar visiblemente su compromiso con los programas de S&SO, como factor crítico de éxito. Los medios de demostración incluyen visitas de inspección, participación en investigación de eventos, disposición de recursos para acciones correctivas, revisión de resultados de gestión, entre otros.
- Sistema de información. Se deben establecer las fuentes de información que se van a utilizar y la forma como se va a establecer la infraestructura del sistema (quién, cómo, donde, cuándo), por ejemplo:
  - Quien debe iniciar, solicitar o conducir las evaluaciones de salud;
  - Qué evaluaciones son apropiadas y bajo qué condiciones deben ser realizadas;
  - Qué acciones se siguen de acuerdo con los resultados, a nivel individual y colectivo;
  - Los responsables de las medidas de intervención requeridas;
  - La forma como funcionará el sistema de retroalimentación.

Se enfatiza la importancia de una retroalimentación apropiada a los trabajadores. Esto es esencial pues ellos no son solo receptores pasivos de información sino que contribuyen activamente en la prevención y protección de su salud y se espera que actúen en este sentido. La comunicación de los resultados consolidados al empleador solo tiene sentido si se dirige al mejoramiento de los ambientes y condiciones de trabajo.

En la actualidad muchas empresas trabajan bajo principios de calidad integral y mejora continua y esta ventaja debe ser aprovechada. Se debe promover la cooperación entre todos aquellos con responsabilidad gerencial en el campo de la salud y la seguridad para estudiar los medios que aseguren el financiamiento de los programas preventivos.

Finalmente se debe insistir en los sistemas de notificación y reporte, considerando instancias internas de la empresa y cuando sea necesario externas, por ejemplo hacia el sistema de seguridad social.

- Cronograma específico de actividades. La etapa de planeación debe quedar consignada en un cronograma de actividades, que incluya los responsables y los plazos establecidos.

**2.6.2. Desarrollo del programa de prevención.** Esta fase se refiere a la aplicación de las actividades establecidas en la etapa de planeación, considerando los criterios y parámetros previamente definidos.

El desarrollo debe estar soportado mediante la documentación que se considere apropiada con el fin de asegurar que las actividades se lleven a cabo bajo condiciones especificadas.

Cuando se llega al punto del planteamiento de medidas de intervención, varios aspectos deben ser considerados:

- La solución a varios de los problemas presentados es empezar a trabajar en la recolección sistemática de datos, su análisis e interpretación para finalmente llegar a una distribución racional de recursos que nos permitan trabajar sobre los aspectos prioritarios.
- Los procedimientos de control de riesgos deberían ser revisados en forma regular para verificar su conveniencia y efectividad y se deberían implementar los cambios que se consideren necesarios.

**2.6.3. Medición y verificación del programa.** Es importante identificar los parámetros críticos del desempeño del programa para determinar su cumplimiento. Por ejemplo, el cumplimiento de los objetivos planteados, la implementación de controles efectivos, el desarrollo de los programas de entrenamiento, la generación y uso de la información para fines de mejora, y el aprendizaje a partir de posibles eventos ocurridos, que a su vez depende de la efectividad de los procesos para su investigación.

De forma permanente se debe evaluar los factores de riesgo identificados, los requisitos legales, la referenciación frente a las mejores prácticas reportadas por la literatura, y la evaluación de las actitudes de la gerencia y los trabajadores frente al programa.

En todos los casos se debe establecer la frecuencia de evaluación, de hecho la idea no es trabajar solo en medición, sino que esta sea la consecuencia del desarrollo del programa.

**2.6.4. Actuación y ajustes frente a resultados de medición del programa.** Se requiere un proceso permanente para que la organización revise la conformidad del desempeño del programa contra los requisitos y objetivos que se trazó la propia empresa.

Una vez se identifican las deficiencias, se deben analizar para establecer sus causas básicas, comunicarlas y definir alternativas de mejora, que

se plasmen en forma de planes de acción, que a su vez son motivo de seguimiento para verificar el cumplimiento y la efectividad de los controles.

La revisión debe contemplar la posible necesidad de cambiar sus elementos, por ejemplo, objetivos, suficiencia de los recursos, herramientas y metodologías. La evaluación debe considerar los efectos previsibles de los cambios introducidos.





### 3. Modelo Andragógico

El marco de referencia del modelo pedagógico está dado por una diversidad de perspectivas que han contribuido, por un lado, a la comprensión del fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas, y por otro lado, al desarrollo de diversas formas de intervención para prevenir el problema.

El modelo andragógico no puede perder de vista las políticas establecidas alrededor del tema, para lo cual se enmarca en la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas que refiere acciones de “Información, educación, desarrollo de conciencia pública, intervención temprana, asesoramiento social, tratamiento, rehabilitación, prevención de reincidencia, cuidado post-tratamiento, reintegración social, como elementos constitutivos de la prevención, mitigación y superación de la política desde una óptica integral”<sup>20</sup>. Así, el modelo fundamenta actividades formativas que proveen información, desarrollan actividades de concientización y promueven la intervención temprana<sup>21</sup>.

En este marco se establece la necesidad de generar un modelo andragógico, por contraposición a los modelos pedagógicos entendidos como aquellos que se orientan a fundamentar acciones de formación para poblaciones de niños y adolescentes. El modelo busca que los planteamientos de formación se orienten a la población adulta en un contexto específico, el laboral. Sin embargo, es importante resaltar que, si bien el modelo debe contemplar acciones para brindar información a población no consumidora, también se preocupa en igual grado, de procesos formativos para población que consume sustancias psicoactivas.

---

20. MPS Colombia. Política Nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. 2006.

21. Un modelo andragógico tiene alcance limitado con respecto al tratamiento. Más adelante se observa cuál puede ser su contribución en este sentido.

### 3.1 Diversas formas de relación con las SPA's

La relación que los adultos tienen con las SPA's puede verse en un amplio rango cuyos polos son el "no consumo" por un lado, hasta la adicción en el otro extremo. A lo largo de este rango se pueden identificar diversas formas de relación, para efectos del modelo andragógico que se quiere generar es importante definir las posibles relaciones con los SPA's el significado de algunos niveles de consumo, sin pretender agotar todas las posibilidades que existen.

**3.1.1. No consumo.** Se considera el "no consumo" de SPA como una forma de relación con ellas porque en el individuo hay una decisión conciente o inconsciente de no hacer uso de tales sustancias. El adulto tiene algún nivel de conocimiento sobre este tipo de sustancias de modo que por diversas razones (terror, estilo de vida, interés por su salud, e inclusive algún grado de indiferencia) no las consume. Es importante considerar que esta forma de relación puede jugar un papel en la prevención ya que el no consumidor por decisión conciente y voluntaria puede ser un apoyo importante en las acciones formativas y en el desarrollo de estrategias preventivas.

**3.1.2. Consumo.** Se entiende como el consumo ocasional y controlado de estas sustancias. El adulto se relaciona con ellas porque son socialmente aceptadas y usualmente se consumen en actividades de grupo. Un ejemplo de esta forma de consumo es la copa de vino con el almuerzo, la ingestión de licor en cantidades que el individuo controla en un evento social.

**3.1.3. Consumo problemático.** El consumo se hace frecuente y el individuo pierde el control del mismo. Se abusa en el consumo porque la relación de la persona con la sustancia se hace más compleja y toma la forma de abuso o dependencia.

### 3.2. El consumo de SPA en contexto

La prevención del consumo de SPA puede ser más efectiva si las estrategias atienden al contexto en el cual se da dicho consumo. Ello obliga a aclarar qué se entiende por contexto, se entiende como la red de relaciones que la persona establece con otros y con el mundo físico como consecuencia de sus necesidades laborales, afectivas, emocionales, intelectuales, sociales, económicas y culturales. De este modo, un contexto no es solamente un escenario físico sino también todas las personas que hacen parte de él y que interactúan para diversos fines de acuerdo con su razón de estar allí.

De acuerdo con este punto de vista, el contexto laboral se entiende como aquel en que las personas establecen relaciones con fines productivos, se fundamenta en una relación de intercambio en el que las personas reciben una compensación monetaria a cambio de su fuerza física o sus habilidades y destrezas intelectuales. La naturaleza de la relación laboral

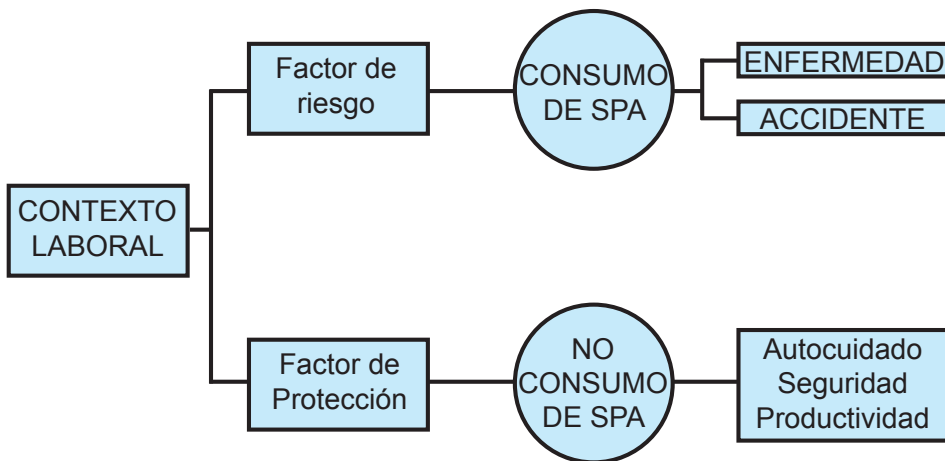
puede ejercer presión tanto sobre quien vende su fuerza de trabajo como sobre el empleador construyendo ambientes. Esta relación se organiza a través de diversos mecanismos que en suma constituyen una organización. Estas relaciones pueden tomar la forma de competencia o de colaboración. Lo importante es que tales relaciones constituyen ambientes que pueden o no, ser favorables al consumo de SPA.

Es fundamental recordar que el inicio en el consumo es poco frecuente en la población laboral, lo cual nos obliga a aclarar la función de éste en el consumo así como a considerar otros contextos de los cuales hace parte el adulto (familiar, social, comunitario) y probablemente justifican el consumo de SPA en mayor grado que el mismo laboral.

**3.2.1. El contexto laboral se preocupa por la salud.** La salud ocupacional como área encargada de proveer protección, seguridad y atención a los empleados. Se encarga de la identificación de peligros y valoración de los riesgos, se constituye en el objeto de intervención y sobre ellos se centran los procesos de formación. En tal sentido, el consumo de SPA como factor de riesgo se constituye en uno de los componentes del modelo andragógico.

Desde la perspectiva de la salud ocupacional, el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto laboral tiene doble faz: por una parte, el consumidor tiene la posibilidad de poner en riesgo su vida y la de los demás en el trabajo; por otra parte, el consumo puede ser consecuencia del mismo contexto laboral. El gráfico siguiente muestra la situación.

**Gráfico 1. Relación contexto laboral y consumo/no consumo de SPA**



Sin embargo, como muestra el esquema, también es posible encontrar un lado positivo en la relación entre el contexto y el consumo. En muchas ocasiones, este contexto puede ser un factor de protección y por tanto actúa a favor del no consumo. De este modo, la identificación tanto de factores de riesgo como de factores de protección es un paso crítico en la prevención del consumo de SPA en el contexto laboral.

El sentido de plantear un modelo andragógico en cualquier contexto es que fundamente la manera cómo se va a intervenir en la situación. La esencia de la intervención está dada por la prevención y el autocuidado; elementos fundamentales para desarrollar programas en salud ocupacional.

La integración de la noción de prevención con procesos de formación en el sentido propuesto por Martín da por sentado el autocuidado. En la medida en que estos procesos se enfoquen buscando el desarrollo autónomo del individuo, el autocuidado aparece como atributo propio de la autonomía. De este modo, quien no consume SPA y sabe por qué no lo hace y fuera de ello, su decisión está asociada a una vida sana, ha incluido el auto-cuidado en sus comportamientos.

La consecuencia para el modelo andragógico es que las actividades de formación deben concentrarse en la idea de evitar y/o reducir el consumo en una doble perspectiva:

- Por una parte, trabajar sobre la relación de las personas con el contexto laboral para fortalecer factores de protección y debilitar factores de riesgo que promuevan el consumo.
- Por otra parte, trabajar con las personas para facilitar la identificación del consumidor que se constituye en factor de riesgo al estar bajo el efecto de SPA en el trabajo, con posibilidad de generar un accidente.

### 3.3. Sobre los protagonistas del contexto

Cualquier modelo que fundamenta acciones de formación no puede perder de vista la población objetivo a la cual se dirigen tales acciones. El mismo objeto del proyecto, (la prevención del consumo de sustancias psicoactivas) ayuda a establecer un primer nivel de identificación: la población adulta trabajadora. Sin embargo, tal categoría es excesivamente amplia para poder particularizar características que permitan decisiones pedagógicas que logren altos niveles de pertinencia. Ello obliga a establecer una mínima caracterización que se resuelve desde el punto de vista conceptual: ¿cómo se entiende el adulto en el marco de este proyecto?

El adulto se entiende como la persona cuyo recorrido en la vida le ha permitido acumular experiencia y conocimiento de manera que cuenta con herramientas para responder por su propia subsistencia y si es del caso, por la de otros. Un adulto puede, en mayor o menor grado, aprovechar su experiencia para continuar creciendo como persona. A la idea de adultez está asociada la idea de autonomía. Sin embargo, esto no significa que necesariamente un adulto sea un ser autónomo. Para explicar mejor esta relación, es importante definir qué se entiende por autonomía. En términos generales, la autonomía se entiende como la “capacidad que tienen las personas para tener mayor control sobre sus vidas”<sup>22</sup>.

22. Benson, P. (2003). What is autonomy? [www.ec.hku.hk/autonomy/what.html](http://www.ec.hku.hk/autonomy/what.html)

En el contexto laboral se encuentra una gran diversidad de niveles de autonomía alcanzada por los adultos, se puede considerar que un adulto que ha tomado una decisión consciente de no consumir SPA y que, por el contrario, emprende acciones para llevar una vida sana, ha alcanzado altos niveles de autonomía.

Las anteriores reflexiones fundamentan la orientación del modelo andragógico: las acciones formativas buscan contribuir al crecimiento autónomo del individuo, pues en la medida en que el adulto incrementa el control sobre su propia vida independientemente de las presiones externas, el individuo se fortalece interiormente y no habrá razón que le parezca válida para justificar el consumo de SPA o al menos, tendrá las herramientas necesarias para evitarlo.

### 3.4. La esencia de las formas de intervención

El concepto de prevención referido por Martin<sup>23</sup>, presenta mayores posibilidades para la acción pedagógica:

- Su orientación es hacia la modificación y mejoramiento de la formación integral y la calidad de vida. Es una concepción de prevención que incluye la acción educativa.
- El fomento del autocontrol individual es muy congruente con una de las grandes finalidades educativas: el desarrollo autónomo del individuo y en tal sentido coincide con el auto-cuidado como punto al cual se aspira a llegar mediante procesos de formación.
- El fomento de la resistencia colectiva a la oferta de drogas se constituye en un reto formativo coherente con acciones enfocadas en población no consumidora, una de las estrategias que posiblemente se tendrá en cuenta en el presente modelo.

### 3.5. Bases pedagógicas del modelo andragógico

Las bases pedagógicas del modelo están constituidas por aquellos elementos que, de manera directa, influyen en el diseño de estrategias didácticas, de acuerdo con el enfoque que los demás fundamentos del modelo ayudan a definir. Así, es necesario establecer el concepto de aprendizaje que fundamenta la propuesta de formación, enunciar aquellos principios básicos de la educación de adultos que sean pertinentes, revisar el papel pedagógico que juega el contexto y desde tales elementos, diseñar un proceso de aprendizaje que se integre a la prevención de uso de SPA en el contexto laboral.

Las teorías cognitivas del aprendizaje resultan insuficientes para la prevención del consumo de SPA. Las experiencias han mostrado que

---

23. Se describe en el capítulo de prevención en este documento.

no basta conocer sobre las sustancias psicoactivas, sus efectos y sus consecuencias para prevenir su consumo. Tal perspectiva obliga a buscar una nueva manera de mirar el aprendizaje que trasciende el dominio de la psicología. Una posibilidad está en la teoría social del aprendizaje<sup>24</sup> construida por Etienne Wenger<sup>25</sup>. El autor comienza colocando el aprendizaje en el contexto de nuestra propia experiencia de participación en el mundo y de considerarlo como parte de nuestra naturaleza humana<sup>26</sup>. En tal sentido, considera el aprendizaje como un fenómeno básicamente social que refleja la naturaleza social de todos los seres capaces de conocer.

No es este el espacio adecuado para detenerse en explicaciones sobre el origen y fuentes de esta teoría. Lo importante es dar claridad sobre la manera cómo se entiende el aprendizaje y explicar por qué esta perspectiva puede resultar más útil para la prevención.

La teoría social del aprendizaje considera que aprender es comprometerse de manera activa en el mundo. El individuo aprende en la medida en que participa y contribuye a las prácticas de sus comunidades. El aprendizaje no se concibe como una actividad sino como un aspecto de todo tipo de actividad.

La idea fundamental sobre el aprendizaje se encuentra en la participación activa en las prácticas de las comunidades sociales. A través de la participación social se hace posible el proceso de aprender y conocer. Ello se explica en función de cuatro elementos de la teoría social de aprendizaje:

- El significado es un componente de la participación social que consiste en nuestra capacidad de experimentar nuestra vida y el mundo como algo significativo. Este componente fundamenta la noción de aprendizaje como experiencia.
- La práctica es otro componente que agrupa los recursos históricos y sociales, los marcos de referencia y las perspectivas compartidas que pueden sustentar el compromiso mutuo en la acción.
- La comunidad es un componente que habla de las configuraciones sociales, esta fundamenta la idea de aprendizaje como afiliación.
- La identidad es el cuarto componente que consiste en el cambio que produce el aprendizaje en quiénes somos y en las historias personales.

---

24. Es importante no confundir esta teoría con el aprendizaje social que adopta básicamente una perspectiva psicológica, uno de cuyos representantes es Bandura.

25. Su planteamiento se puede conocer en su libro *Comunidades de Práctica. Aprendizaje, significado e identidad*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 2001.

26. Wenger, Etienne. *Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad*. Paidós, Buenos Aires, 2001

La comprensión de los componentes anteriores se facilita mostrando cómo podrían operar en el marco del proyecto de prevención de fármaco-dependencia. Tomemos como punto de partida la práctica. De acuerdo con la forma de entender la práctica (aquellos elementos compartidos –recursos históricos, sociales, marcos de referencia, perspectivas- las cuales sustentan compromisos mutuos en la acción), se podría mirar el consumo de sustancias psicoactivas como una práctica. Pero igualmente sería válido considerar el no consumo como una práctica. En ambos casos hay marcos de referencia, historias, perspectivas que son compartidas por unos y otros. La acción o el hacer, que es la forma que toma el aprendizaje en el componente de la práctica, consiste en consumir o no consumir respectivamente.

Continuemos con el componente comunidad. En ambos casos, consumidores y no consumidores son características de grupos de personas que podrían compartir algunas búsquedas o a los cuales, el hecho de consumir o de no consumir son formas de participación que reflejan una competencia en la configuración social que genera el grupo.

El reconocimiento al cual se acaba de hacer referencia, nos permite seguir con el componente identidad. El reconocimiento como consumidores o no consumidores, así como la práctica de consumir o no consumir, están constituidos por historias personales que hablan de “quiénes somos” en el contexto de tales comunidades. Prácticas y comunidades constituyen parte de nuestra identidad que se transforma permanentemente. Tal transformación es el mismo aprendizaje entendido como devenir, como sucesión de historias personales en el contexto de las comunidades.

Finalmente, con respecto al componente significado, tanto el consumo como el no consumo pueden mirarse como formas de experimentar la vida y el mundo como algo significativo. Quizá el no consumo, por su esencia negativa con referencia al consumo, sea más difícil de visualizar como una forma de experimentar la vida, porque tenemos la concepción de que las acciones que hacemos al buscar algo nuevo constituyen la experimentación, mientras que el negarnos a ello, no sería experimentar, básicamente porque consideramos que no hay acción alguna. Sin embargo, es precisamente en este campo en el cual se encuentra el reto pedagógico: mostrar que el no consumo también es una experiencia, la cual se constituye en la manera de entender el aprendizaje en el contexto del componente significado. Hacer del no consumo una experiencia, una práctica con capacidad de generar comunidad y por tanto ser parte de nuestra identidad, contribuye a dar estatus a algo que es poco visible. Invitar a “hacer parte de”, a participar en una comunidad cuyas prácticas están definidas por la ausencia de consumo y permitir que ello contribuya a la construcción de la identidad de cada uno, puede ser una potente fuerza en la prevención del uso de sustancias psicoactivas. Igualmente, tal participación puede ser la fuente de la resistencia colectiva que mencionaba Martín en su concepto de prevención.

Cabe ahora, a manera de síntesis, definir el aprendizaje en el contexto del proyecto: Se entiende por aprendizaje, en el campo de la prevención



del consumo de SPA, la participación activa en prácticas de no consumo, factor que permite al no consumidor reconocerse como tal y compartir con otros su experiencia, que al hacer parte de su historia personal, hace parte de su identidad. Los no consumidores reconocen las prácticas de no consumo como una competencia alrededor de la cual se participa y comparten metas, configurando así una comunidad.

La teoría social de aprendizaje se confirma como una propuesta válida en el proceso de prevención. De este modo, aprender y conocer no son operaciones cognitivas, adaptarse no es un proceso meramente emocional. El hecho de considerar el aprendizaje como participación activa en las prácticas sociales permite considerar al individuo en su totalidad y en relación con su mundo y quizá ello es lo que se necesita en el campo de la prevención: atender a la persona en todas sus dimensiones, reconocerla como unidad que por naturaleza es social y por tanto necesita “ser parte de”. Al hacerse partícipe, el individuo no solamente fortalece sus prácticas sino que las comparte con otros. De esta manera, la prevención deja de serle ajena y se constituye en parte de sí mismo; por ello es consistente el esfuerzo de comprender la teoría y utilizarla como fundamento para la prevención del consumo de SPA.

**3.5.1. Papel pedagógico del contexto.** En la sección sobre el consumo en contexto se aclaró que éste es una red de relaciones que la persona establece con otros y con su mundo físico para satisfacer diversas necesidades. Esta noción da claridad sobre el hecho de que hacemos parte de múltiples contextos.

El contexto laboral tiene la capacidad de generar factores de riesgo que pueden promover el consumo y factores de protección que ayudan a prevenirlo. Se mencionó además que el contexto laboral puede jugar una función de mantenimiento del consumo ya que se reconoce que en él es raro el inicio, pero sí motiva el consumo en quienes ya consumen.

Como ya se mencionó, el contexto permite ubicar las prácticas. Así, se puede hablar de prácticas de consumo o prácticas de no consumo en el contexto laboral. Este contexto tiene la capacidad de generar reglas y normas que rigen su funcionamiento de acuerdo con la finalidad productiva para la cual se crea. Todos estos elementos pueden contribuir a las prácticas de no consumo ya que el contexto laboral, cumple una función (productividad) contradictoria con las prácticas de consumo (disminuyen la productividad). Pero más allá de la función prohibitiva que puede tener el contexto sobre el consumo (que ha demostrado ser insuficiente para evitarlo), lo importante para resaltar es que el contexto permite situar el aprendizaje.

La concepción de *aprendizaje* situado incluye una visión comprehensiva que involucra a toda la persona con su red de relaciones, tanto con los otros como con el mundo físico. De allí se desprende el carácter pedagógico del contexto. La prevención, desde la visión del aprendizaje, implica identificar el no consumo como una práctica en el contexto. Pero

solamente en la medida en que las personas identifiquen la práctica del no consumo en sus redes de relaciones en el trabajo, es decir en el contexto laboral, podrán sentirse partícipes de dicha práctica y reconocerán el no consumo como una competencia que comparten y que por tanto los hace comunidad y constituye parte de su identidad.

**3.5.2. Principios de educación de adultos.** La andragogía ha propuesto diversos principios generales que recomienda tener en cuenta en las experiencias de educación de adultos. Estos principios son útiles para lograr una mejor comunicación con el adulto, así como para mejorar la efectividad de los eventos formativos. Se han seleccionado tres principios pertinentes para el proyecto:

- **Reconocimiento de la existencia de saberes previos en los adultos:** estos saberes además de permitir la asimilación de nuevos contenidos, facilita la experiencia de participación. Es importante, para el diseño tanto de los materiales como de los eventos de formación, reconocer que las personas tienen un conocimiento básico sobre uso de drogas y sus consecuencias. En la medida en que el no consumo sea identificado como una práctica, podrá darse acceso a material más especializado que permita incrementar el conocimiento sobre los SPA. Pero lo importante es tener en cuenta que el material informativo tiene la función de fortalecer el no consumo como práctica y generar identidad a los no consumidores en una comunidad.
- **Pertinencia:** Este principio tiene relación con la significatividad del aprendizaje. Un aprendizaje es significativo cuando se ha relacionado con el contexto propio del adulto. Ser significativo quiere decir orientar el aprendizaje hacia los intereses y motivaciones propios del adulto en relación con el contexto social y cultural. Así, es fundamental lograr que el adulto visualice el no consumo como algo relevante en su contexto. No consumir SPA debe llegar a constituirse en un interés y una motivación. De este modo la prevención será pertinente.
- **Utilidad:** El adulto se caracteriza por ser pragmático de modo que en cualquier proceso de formación se pregunta ¿Esto para qué me sirve? Los contenidos de un programa deben estar pensados bajo el principio de utilidad. La utilidad no está relacionada únicamente con la producción de habilidades técnicas operativas sino también con aspectos de orden volitivo, emocional, afectivo, social. Un material de prevención de consumo de SPA debe incluir contenido que el adulto identifique rápidamente como útil. Este es un reto pedagógico importante. ¿Cómo mostrar a quien no consume que la información sobre fármacos le es útil? Por ello es necesario darle estatus a la práctica de no consumo y que las personas se reconozcan como no consumidores.

**3.5.3. El proceso de aprendizaje en la prevención del consumo de SPA.** Terminan las bases del modelo andragógico con una mirada diferente del aprendizaje que permite hacer síntesis de los elementos presentados. El intento de mirar la prevención del consumo como un

proceso de aprendizaje bajo el enfoque que se ha descrito genera una nueva manera de comprender tanto la prevención como el aprendizaje y se constituye en guía para el desarrollo de las propuestas didácticas (materiales y eventos) que se vayan a diseñar.

De acuerdo con las formas de relación con las SPA cabe diferenciar dos procesos de aprendizaje. Uno orientado a la población no consumidora y otro orientado a población que las consume. Las fases iniciales son comunes para las dos poblaciones, pero se diversifican en el momento en que es necesario comenzar a reconocerse en la práctica de no consumo o en la práctica de consumo. Las fases pueden estar constituidas por diversos pasos o momentos. Sin embargo, tales momentos dependerán de la singularidad de los contextos, razón por la cual las fases se describen como un conjunto de criterios que se constituyen en apoyo para quienes intervienen en el diseño específico del proceso.

- **Fase inicial de sensibilización:** la primera fase busca generar curiosidad en las poblaciones objetivo. El mensaje debe lograr apelar a la emotividad de las personas y comenzar a generar la inquietud sobre la posibilidad de participar en torno al tema.
- **Fase de concientización:** busca hacer un llamado a las personas para que comiencen a reconocer que están frente a una amenaza o frente a un problema. El mensaje en esta fase invita a la auto-reflexión. El individuo debe llegar a preguntarse ¿dónde estoy yo frente al tema del consumo de SPA? Además debe permitir que el individuo comience a construir respuestas a partir de su reflexión. Tales respuestas deben enmarcarse en el auto-reconocimiento como no consumidor o como consumidor.
- **Fases del proceso para la prevención orientada a no consumidores.** La tercera fase de este proceso es crítica pues en este momento, quien no consume tiene la opción de decidir que no tiene relación con el problema y tomar una actitud de indiferencia frente a él:
  - **Reconocimiento como no consumidor:** se busca que los individuos, además de reconocerse como no consumidores, valoren el atributo de ser no consumidor. Se puede incluir el mensaje del consumo como una amenaza. Igualmente se puede hacer el llamado a otros contextos diferentes al laboral como por ejemplo el consumo como un peligro en la familia o en el grupo de amigos. Los mensajes pueden además apelar a la emotividad buscando que las personas se sientan orgullosas de ser no consumidores. Tales mensajes deben además mostrar el contexto. Así, por ejemplo, puede haber mensajes que muestren cómo a pesar de la presión, del estrés o de otros factores de riesgo, no se siente la necesidad de consumir SPA.
  - **Identificación del no consumo como práctica:** Se busca que el no consumo se visualice como una perspectiva de vida, como una actitud hacia sí mismo, hacia los demás y hacia el mundo,

como una forma de ser que genera compromisos en la acción. Es importante que las personas puedan ver el no consumo como una opción, como una forma de promoción de salud, como decisión conciente que puede haber implicado diversos grados de esfuerzo. Tomar conciencia del no consumo como una práctica comienza a ser una forma de participación, sobre la cual no se es conciente porque solamente se ha visto como negarse a algo.

- **Afiliación:** se busca que quienes desarrollan prácticas de no consumo se consideren como parte de una comunidad. Implica que el no consumidor se sienta parte de un grupo que comparte con él esta práctica. El individuo hace el no consumo una parte de su identidad. Es importante diseñar medios y actividades que convoquen a la participación de la población no consumidora. Tal participación no implica necesariamente involucrar a las personas en talleres u otras actividades que tomen tiempo que puedan considerar excesivo. Hay participación cuando el individuo toma tiempo para leer un folleto, contestar una encuesta, compartir su perspectiva con otra persona. Sin embargo, es necesario que el individuo perciba en los mensajes que no está solo, que hace parte de una comunidad. En esta fase se puede convocar a reflexionar sobre aquellos elementos que contribuyen a su práctica de no consumo: el grado de confianza en sí mismo; el uso de opciones alternativas como vida sana, ejercicio, actividad social; la identificación de aquellos elementos del contexto que lo protegen contra el consumo como la valoración que tiene de su actividad laboral, la concordancia entre su proyecto de vida y su trabajo; la identificación de las formas que usa para mitigar los factores de riesgo en el contexto laboral como el manejo del estrés, el manejo de las relaciones con quienes consumen.
- **Participación activa:** En esta fase se supone un grado mayor de consolidación de la comunidad. Los no consumidores comparten su experiencia así como todos aquellos elementos asociados sobre los cuales se ha reflexionado. Pero además de compartir tal conocimiento, su participación incluye el apoyo al consumidor. Ello implica que ha desarrollado la habilidad de detectar a quien consume, de construir confianza en la relación que establece con él y de brindarle información que le resulte de apoyo según sea conveniente. El significado de ser no consumidor se ha ampliado hacia la experiencia de soporte al consumidor.
- **El proceso de aprendizaje en la prevención a consumidores SPA.** Las fases que prosiguen suponen que el individuo se sospecha como consumidor.
- **Reconocimiento como consumidor:** Se busca que se reconozca el consumo y que éste comience a ser visto como un peligro. La persona debe entender que su experiencia de control sobre el consumo no disminuye el riesgo. A la vez, debe comenzar a preguntarse sobre las razones del consumo, sobre el conocimiento que tiene sobre

las consecuencias de dicho consumo y fundamentalmente, debe preguntarse si le interesa no consumir. El manejo del mensaje debe ser cuidadoso y apelar más a la racionalidad que a la emotividad ya que esta última puede generar reacciones contrarias a las requeridas para continuar el proceso.

- **Cuestionamiento de la práctica de consumo:** Se debe proponer la reflexión sobre la validez de la práctica del consumo. Los mensajes pueden cuestionar la aceptación implícita de algunos consumos, así como la percepción generalizada de legitimidad. El uso del contexto en la reflexión es fundamental pues es necesario que en este momento, el consumidor piense sobre los factores laborales que lo llevan a consumir. Pueden incluirse otros contextos en esta reflexión ya que es muy factible que las razones de consumo no se den únicamente por causas laborales. El cuestionamiento debe desplazarse progresivamente del tono racional al tono emocional y los mensajes pueden comenzar a identificar el consumo como una práctica no aceptable en el contexto laboral, pero más allá de ello, una práctica que coloca en riesgo al consumidor y a quienes hacen parte de sus contextos.
- **Ofrecimiento de apoyo:** Se busca que el individuo pueda visualizar el paso de prácticas de consumo a prácticas de no consumo. El apoyo que se le ofrece incluye fundamentalmente el mensaje de que usted puede seguir haciendo parte de algo, puede ser partícipe de la comunidad del no consumo. El apoyo puede hacerse a través de grupos especializados o de la misma comunidad de no consumo que participa activamente en ella. Los mensajes deben conducir al consumidor a descubrir los factores protectores del contexto, a descubrir cómo ganar confianza en sí mismo y a balancear opciones alternativas que le ayuden a evitar el consumo. En la medida en que el consumidor racional vea que se le ofrece apoyo, es posible que lo busque y acepte, pero el solo ofrecimiento no es condición suficiente. Por ello los mensajes deben hacerlo pensar en formas de experimentar la vida sin consumo en contraste con la vida con consumo. Si la persona acepta el apoyo, continúa con la fase de afiliación y participación activa del grupo no consumidor.

Como se puede prever, son múltiples las formas de desarrollar cada una de las fases, pero es importante no perder de vista los fundamentos propuestos para el modelo. Por ello, más adelante se proponen los lineamientos a tener en cuenta de modo que se cuente con una especie de lista de chequeo que permita verificar la alineación de los diseños de materiales y actividades con la propuesta construida.

### 3.6. Propósito y objetivos

El modelo andragógico tiene una intención general que se refleja en un propósito y un conjunto de objetivos que se organizan según las diversas poblaciones que intervienen en la propuesta de prevención.

**3.6.1. Propósito.** Desarrollar acciones formativas cuyo efecto multiplicador contribuya a la prevención del uso de sustancias psicoactivas en el contexto laboral.

#### **3.6.2. Objetivos para técnicos de ARP**

- Reconocer la problemática de consumo de SPA en la empresa y valorar sus implicaciones a nivel de riesgo profesional.
- Conocer las características de sustancias psicoactivas comunes, sus formas de consumo, identificación del presunto consumidor y sus consecuencias.
- Construir estrategias de soporte para el trabajo con las empresas en el campo de la prevención de SPA.

#### **3.6.3. Objetivos para técnicos de salud ocupacional**

- Manejar las herramientas para el diseño de programas de prevención del consumo de SPA en la empresa.
- Conocer las características de sustancias psicoactivas comunes, sus formas de consumo, identificación del presunto consumidor y sus consecuencias.

#### **3.6.4. Objetivos para los trabajadores**

- Sensibilizar y generar conciencia sobre las amenazas y los problemas asociados con el uso en el ámbito laboral.
- Brindar las herramientas para la construcción de un contexto de soporte del cual se hacen partícipes no consumidores así como quienes consumen SPA.
- Tomar conciencia del no consumo como una práctica valiosa de autocuidado acompañada de opciones alternativas.

### **3.7. Bases para el diseño de estrategias**

Las estrategias bajo las cuales opera el modelo se clasifican en dos órdenes. Por una parte, las estrategias organizativas a través de las cuales se busca cubrir el rango más amplio posible de población en el contexto laboral. Por otro lado, las estrategias propiamente pedagógicas, a través de las cuales se proponen los medios y acciones formativas. A continuación se desarrolla cada una de ellas.

**3.7.1. Estrategias organizativas.** En el nivel organizativo se propone desarrollar un enfoque invasivo. Ello quiere decir que se busca que el tema llegue a todos en las empresas. Para lograrlo, las estrategias se plantean en tres niveles:

- **Nivel de política empresarial:** presentación del tema a la alta dirección de la empresa motivando el diseño de política de prevención del consumo. Esta puede incluir además de la normatividad sobre

el consumo de SPA, el desarrollo de programas de prevención y de apoyo para quienes son consumidores.

- **Nivel de responsables del recurso humano:** Convocatoria a las áreas de recursos humanos, salud ocupacional y administradoras de riesgos profesionales para generar conciencia de la problemática y buscar su participación en la solución. En este nivel se incluye el proceso de capacitación para los técnicos de salud ocupacional y de las ARP.
- **Nivel del trabajador:** desarrollo de campañas comunicativas sobre el tema para desarrollar las fases de sensibilización y concientización. Envío de mensajes a través de diversos canales buscando la interacción del individuo con ellos de modo que se empiece a reconocer el consumo y el no consumo como práctica. Incluye el desarrollo de eventos formales de prevención que buscan la afiliación, participación activa y el apoyo.

**3.7.2. Estrategias pedagógicas.** Para cada uno de los niveles planteados en las estrategias organizativas corresponde diversas estrategias pedagógicas cuya efectividad dependerá de su pertinencia para cada contexto. Así, la estrategia de formación para la alta dirección a la que se busca comprometer en el diseño de política, se desarrollará de manera muy diferente a la estrategia dirigida a áreas de recursos humanos o a los trabajadores. A continuación se ofrecen lineamientos al respecto.

- **Estrategias para la alta dirección de la empresa.** La alta dirección de la empresa requiere el rápido conocimiento de la problemática, su incidencia en la productividad y la solución que se propone, la cual requiere de su voluntad política. Es importante determinar una vía de acceso directo a la alta dirección para lograr su compromiso. Por ello se propone que se establezca contacto con los gremios de los diversos sectores, se preparen presentaciones con información pertinente por sector y se logre establecer una línea de trabajo con ellos mediante la cual se logre el compromiso de los empresarios en el diseño de política para la prevención del consumo. Estas presentaciones deben incluir un proceso de persuasión a través del cual los empresarios lleguen a verse como consumidores o no consumidores. Al lograr que ellos comiencen un proceso de identificación como parte de un grupo, se ha logrado involucrarlos en el problema.
- **Estrategias para los responsables del recurso humano:** El proceso de formación para trabajar con los responsables del recurso humano se orienta a dos grupos. Por una parte, las gerencias de recursos humanos con los responsables de los programas de salud ocupacional y por otra parte, los técnicos de las ARP. La diferenciación se debe a que el primer grupo, por estar dentro de la empresa, tiene mayor capacidad en los procesos de intervención que el segundo grupo. Estos últimos juegan un papel orientado hacia la asesoría, de modo que requieren el desarrollo de unas habilidades diferentes a los primeros.

- **Estrategias de formación para técnicos de ARP:** Este grupo se encarga de promover en las empresas las acciones de prevención y asesora el diseño y desarrollo de programas. Para ello, requieren el manejo de información sobre SPA, los factores de riesgo y protección asociados al consumo en diversos contextos, enfatizando el contexto de la empresa, manejo del concepto de prevención del consumo y el enfoque de formación asociado. Para ello se pueden desarrollar conferencias para la asesoría a los profesionales de salud ocupacional.

En el anexo 2 se muestra el diseño de las reuniones técnicas para el trabajo con empresas que se puede considerar como el punto de partida de un proceso de formación del personal de salud ocupacional.

**3.7.3. Estrategias de formación para los trabajadores:** Los trabajadores constituyen la población objetivo de la intervención. Las propuestas formativas a nivel de prevención están orientadas hacia esta población. De acuerdo con el proceso de aprendizaje que se describió, se proponen las siguientes estrategias.

- Campaña comunicativa para las fases de sensibilización y concientización. Esta campaña puede desarrollarse con la utilización de medio impresos, afiches, folletos y plegables con mensajes y contenido que responda a los criterios establecido en la descripción de estas fases.
- Secuencia de reflexiones transmitidas a través de plegables que obliguen al trabajador a interactuar con él a través de respuestas a pruebas de auto-conocimiento o diagnósticos sobre situación de consumo. Esta estrategia se orienta al autoreconocimiento del trabajador como consumidor o no consumidor.
- Campaña comunicativa que incluye afiches y plegables para identificar el no consumo como práctica y el consumo como practica cuestionada. El afiche genera debate público, razón por la cual es importante que los mensajes se enfoquen en la valoración del no consumo y el cuestionamiento al consumo. Los plegables, cuya lectura generalmente se hace de manera individual, deben orientarse a manejar contenido que profundiza en la valoración del no consumo como estilo de vida y en las opciones alternativas al consumo. En esta fase se puede comenzar a incluir charlas sobre el tema, especialmente dirigidas a los consumidores.
- La afiliación puede incluir medios impresos como plegables con desprendibles en los que el trabajador tiene la posibilidad de dar su punto de vista frente al tema u ofrecer su experiencia o testimonio. También puede considerar el uso de foros electrónicos que permitan compartir las razones del no consumo, las opciones alternativas. Se puede considerar además la inclusión de reuniones informales en las que se desarrollan temas relacionados con vida sana, confianza en sí mismo, riesgos en el trabajo y en la familia, etc.



- La participación activa, estrechamente ligada a la fase de ofrecimiento de apoyo al consumidor, es importante generar los espacios que hagan posible tal participación. Esto puede hacerse con las mismas estrategias utilizadas en la afiliación. También debe considerar estrategias orientadas a la formación del no consumidor como talleres para la identificación del consumidor, los identificadores de las prácticas de consumo, la generación de confianza en la relación y el ofrecimiento de mecanismos de apoyo para el consumidor. Es importante que en las empresas esté previsto el espacio para el apoyo al consumidor, con información sobre centros de tratamiento y rehabilitación así como el apoyo informal que puede ofrecer un no consumidor al consumidor racional. Esta fase puede incluir la creación de círculos de apoyo, actividades de vida sana (ejercicio, caminatas, fiesta zanahoria).

No sobra resaltar que las estrategias pedagógicas para la prevención con los trabajadores, deben estar articuladas al programa de prevención de la empresa. En este sentido, las estrategias presentadas en este documento pueden servir de lineamiento para el diseño del programa de prevención, en particular en lo que atañe al componente de actividades de formación.

### **3.8. Implicaciones del modelo para las acciones de formación**

El modelo se constituye en una fuente de lineamientos y sugerencias que es importante tener en cuenta en el diseño de materiales y en las acciones de formación que se prevea desarrollar. A continuación se enuncian algunos de tales lineamientos y sugerencias de manera que el trabajo de diseño andragógico se facilite posteriormente.

**3.8.1. Lineamientos para el diseño de materiales.** Por razones de facilidad de acceso se recomienda el uso de material impreso y si es posible, se puede presentar también como material digital para ser distribuido por computador.

- Los formatos recomendados son:
  - Afiches, plegables y folletos para campañas comunicativas. El afiche contribuye a hacer más público el tema. El plegable y folleto son materiales para lectura individual y permiten dar mayor información. Tienen posibilidad de generar interacción y procesos de reflexión.
  - Manuales, cartillas de auto-aprendizaje: Permiten mayor desarrollo de contenido y la inclusión de actividades conducentes a aprendizaje. Para las estrategias propuestas, estos materiales son convenientes para la formación de técnicos de ARP y de las áreas de salud ocupacional.
  - Guías de consulta: Permiten incluir mucha información de manera organizada. Se recomienda como material para descripción de SPA y para directorio de instituciones que trabajan el tema de prevención y rehabilitación.

- Sobre el tratamiento del mensaje:
  - Diferenciar en la medida de las posibilidades el mensaje dirigido al no consumidor del mensaje dirigido al consumidor. En caso de ser necesario, el medio debe incluir una forma que permita al lector descubrir a quién se dirige el mensaje.
  - La alusión al contexto debe ser frecuente y reflejarlo como una red de relaciones. Tal alusión se puede hacer gráficamente en un afiche o verbalmente en otros medios.
  - Cuando sea necesario, el contexto laboral debe poder identificarse con su función de mantenimiento del consumo. En otras palabras, el contexto laboral motiva el consumo y por tanto puede constituirse en un riesgo.
  - El uso de otros contextos en los mensajes generan pertinencia. Incluir la familia, grupos de amigos, etc. ubican el problema en otros escenarios que también son propios del adulto.
  - Los mensajes deben reflejar que el consumo no es un problema individual. Por el contrario, debe reforzar la idea de que involucra a un colectivo. A nivel del contexto laboral, es importante mostrar que el colectivo es puesto en riesgo por el consumidor.
  - Aludir en los mensajes a las consecuencias del consumo en el plazo inmediato: disminución de reflejos, desconcentración, etc. mostrando la pertinencia para el contexto laboral.
  - Mensajes relacionados con el auto-cuidado deben lograr apelar a la voluntad del individuo, valorarla cuando existe e invitar a ella cuando no existe.
  - Los mensajes y contenidos de los materiales deben invitar a la participación. Con frecuencia se debe buscar que la participación implique el uso de la autonomía: invitar a decidir, cuestionar falsas creencias, invitar a la deliberación.
  - Incluir mensajes que permitan descubrir al lector que el no consumo es una experiencia.
  - Incluir mensajes que convoquen la cohesión de los no consumidores por valoración de la práctica del no consumo. Evitar cohesión por estar en contra del consumo. Ello dificulta las relaciones con los consumidores.
  - Desarrollar contenidos que aludan a los factores de riesgo y factores de protección en el contexto laboral. Mostrar el contexto como generador de tales factores. Buscar que las personas piensen sobre sus factores de riesgo y protección.

- Aludir al no consumo como una práctica propia del contexto laboral, compararla con otras prácticas propias de este contexto. Mostrar el no consumo como una motivación, como un interés del adulto.
- Mostrar el no consumo como una competencia, como una habilidad, como un logro.

Los materiales que desarrollen contenidos en mayor profundidad (folletos, manuales, cartillas de autoaprendizaje), deben evitar lo que todo el mundo sabe sobre el consumo. Incluir novedades en el tema, presentar particularidades que profundicen los temas conocidos.

Materiales que desarrollan contenido en profundidad deben incluir con frecuencia, diversas formas de participar.

- Explicitar las razones por las cuales un tema puede resultar útil a pesar de no tener clara la relación con él. Por ejemplo, razones por las cuales saber sobre consumo es útil a un no consumidor.
- El material de sensibilización debe generar curiosidad, apelar a la emotividad y generar inquietud hacia la participación.

Los materiales de concientización muestran el problema o la amenaza, invitan a la auto-reflexión y a la construcción de respuestas sobre la posición frente al consumo buscando llegar al auto-reconocimiento.

El material para el reconocimiento como consumidor debe incluir contenido que permita la valoración como no consumidor, mostrar que es una capacidad, utilizar diversos contextos y apelar a la emotividad.

Para la fase de identificación del no consumo como práctica, los materiales deben permitir ver el no consumo como actitud de vida, como opción por la salud, es importante incluir materiales que permitan la participación de la persona en este reconocimiento. Los materiales de la fase de afiliación debe hacer referencia a la idea de muchas personas en lo mismo, convocar a compartir algo que se tiene en común con muchas personas, incluir contenidos con los elementos de protección que le ayudan al no consumo. El material de participación activa debe ser altamente interactivo, invitar a las personas a involucrarse, a participar y a constituirse en apoyo.

- Los materiales para las fases establecida en el proceso orientado a consumidores racionales deben permitir que las personas se reconozcan como consumidores, por ello es importante incluir información al respecto, también deben aparecer mensajes que cuestionan tales prácticas, ya sea por exponer a riesgos al colectivo o por las consecuencias en la propia salud. Se debe incluir bastante contenido que permita al consumidor encontrar factores de

protección y construcción de alternativas al consumo e informarle sobre la posibilidad de buscar apoyo.


**3.8.2. Lineamientos para actividades de formación.** El modelo no prevé la necesidad de una gran número de actividades de formación, excepto para los técnicos de las ARP y de salud ocupacional que requieren una formación más profunda de acuerdo con el rol que desempeñarían según lo propuesto en el modelo. La razón básica es que el aprendizaje no es una actividad extraordinaria, sino que hace parte de la vida, está integrado a las experiencias e historias personales. Ello no quiere decir que dentro de un programa de prevención no tengan cabida algunas actividades formales. Lo importante es que el tema sea desformalizado tanto como sea posible y busque la participación de las personas de acuerdo con el enfoque propuesto. Se recomiendan los siguientes lineamientos:


- Definir con claridad qué pretende la actividad y analizar su coherencia con el enfoque propuesto.
- Las actividades deben brindar la información que es absolutamente necesaria y pertinente para los participantes.
- Los participantes debe tener la posibilidad de compartir sus conocimientos y experiencias con otros.
- Incluir actividades que contribuyan a fortalecer lazos afectivos, de esta manera se aporta a la construcción de afiliación.
- Tener en cuenta que el contexto mismo impone limitaciones al desarrollo del programa: poco tiempo, nunca será prioritario y se contará con quien realmente siente que tiene algo que aportar.
- Ser creativo tanto en el diseño de actividades como en la generación de formas de interactuar: evitar las presentaciones formales; cuando es necesario dar información, incluir la actividad en un contexto más amplio que motive la asistencia, considerar el uso de tecnologías de comunicación para la interacción (foros electrónicos).


Seguramente no se han agotado todas las posibilidades. Lo importante es que este documento sirva de marco de referencia para quien se interese en el desarrollo de materiales y actividades relacionados con la prevención del consumo de SPA y pueda valorar su utilidad en el proceso.




## Anexo 1. Fichas de sustancias psicoactivas


DENOMINACION	ALCOHOL		
COMPONENTE	ETANOL		
CLASIFICACION	DEPRESOR		
ARGOT	"Trago". Por variedades y marcas comerciales. Cervezas, vinos, licores.		
VIA DE ADMINISTRACION	Terapéutica: Cuando se usa en jarabes, vía oral.	No terapéutica: Oral. Eventualmente se han descrito algunos casos por vía endovenosa	
TIEMPO INICIO EFECTO	Depende de la cantidad ingerida.		
DURACION DEL EFECTO	Varias horas, dependiendo de la cantidad ingerida.		
TOLERANCIA	Sí. Fenómenos de tolerancia cruzada con fármacos análogos, al actuar sobre los canales de cloro, gobernados por el GABA.		
DEPENDENCIA	Sí. En relativamente poco tiempo. Tanto física como psíquica.		
PRESENTACION - CARACTERISTICAS	Líquido. Las bebidas alcohólicas suelen tener las siguientes concentraciones: cervezas (2 - 6%); vinos (10 - 20%) y bebidas destiladas (30 - 60%).		
SIGNOS Y SINTOMAS	Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: • lenguaje farfullante. • incoordinación. • marcha inestable. • Nistagmo (movimientos oculares anormales). • deterioro de la atención o de la memoria. • estupor o coma.		
RIESGOS PARA LA SALUD	Boca: estomatitis nutricional, glositis. Ojos: ambliopía alcohólica y oftalmoplejía. Esófago: esofagitis, síndrome de Mallory - Weiss (laceraciones muy sangrantes), cáncer. Estómago y duodeno: gastritis erosiva aguda, gastritis hipertrófica, úlcera péptica, aumento de cáncer. Intestino: malabsorción, diarrea alcohólica. Hígado: esteatosis, hepatitis alcohólica, cirrosis. Páncreas: pancreatitis aguda y crónica, pseudoquistes, insuficiencia endocrina pancreática. Tracto respiratorio: mayor susceptibilidad a las infecciones. Cardiovascular: cardiomiopatía. Genitourinario: Ginecomastia e hipogonadismo. Endocrino y metabolismo: hiper e hipoglucemia, disminución de testosterona, hiperuricemia, acidosis respiratoria y metabólica, hipofosfatemia, hipocalemia, hipomagnesemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, malnutrición proteica y vitamínica (B). Neurología: neuropatía óptica, síndrome de Wernicke - Korsakoff, ambliopía carencial, polineuropatía, degeneración cerebelar, pelagra, enfermedad de Marchiafava - Bignami, atrofia cerebral, demencia, miopatía, depresión respiratoria.		
EFFECTOS EN EL CORTO PLAZO	Psicosocial: Retrasos y ausentismo en el trabajo (al otro día, durante la "resaca" o "Guayabo". Aislamiento, relaciones conflictivas, cambio de amistades y dificultades con compañeros de trabajo, familiares y allegados		
EFFECTOS EN EL LARGO PLAZO	Psicosocial: Cambios en el estado de ánimo, aislamiento social, pérdida del trabajo, pérdida de amistades, desintegración familiar.		
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina, Sangre o aliento.		
EN CASO DE INTOXICACION COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125		

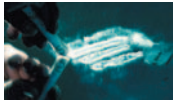
DENOMINACION	2. HEROÍNA	
GRUPO	DEPRESORES (OPIACEOS).	
COMPOSICIÓN	Diacetilmorfina (Derivado semisintético del opio).	
ARGOT	Entre otros nombres: "Chute", "Hache", "horse", "caballo". Mezclada con cocaína se llama: "speed ball".	
PRESENTACIÓN	Comprimidos, cápsulas, gotas, solución, polvo.	
EFFECTO	Depresor del Sistema Nervioso Central.	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral, fumada, esnifada, parenteral.	
USO TERAPÉUTICO	Se usó como antitusígeno y analgésico como alternativa a la morfina, pero ya casi no se usa para eso. También para la diarrea y la disnea.	
TIEMPO INICIO EFECTO	Según la vía, a los pocos segundos, o algunos minutos después de su uso.	
DURACION DEL EFECTO	Según la dosis, desde unos minutos a varias horas (3-6 horas).	
TOLERANCIA	Sí. Se desarrolla rápidamente.	
DEPENDENCIA	Sí tanto física como psíquica. Aumenta al incrementar la dosis.	
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Tiene tres fases. Inicial (a las 8-12 horas después de la última dosis): rinorrea, lagrimeo, bostezos, ansiedad, sudoración. Intermedia: dilatación pupilar, piloerección y "piel de gallina"; dolores musculares y óseos, contracturas; sudoración profusa, temblores, ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotriz e insomnio. Tardía: calambres, fiebre, espasmos intestinales; náuseas, vómito, diarrea, eyaculaciones y orgasmos espontáneos.	
SIGNOS y SÍNTOMAS	Depende de las dosis. Analgesia, sedación, sensación de bienestar, euforia. Disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria; náuseas, vómito, entre muchos otros. Los signos más evidentes son: depresión respiratoria, edema pulmonar, miosis puntiforme (pupila en forma de cabeza de alfiler), hipotensión, cianosis (morado), bradicardia, coma y hasta paro respiratorio. La triada diagnóstica es: miosis, depresión respiratoria y coma.	
RIESGOS PARA LA SALUD	Los principales problemas asociados se derivan, principalmente, del uso parenteral y el hábito de compartir las jeringuillas entre los usuarios:	
EFFECTOS A CORTO PLAZO	Relajación, Somnolencia. Miosis, Analgesia, "Rush" (placer), Euforia, Satedad, Depresión respiratoria.	
EFFECTOS A LARGO PLAZO	El uso continuado conlleva generalmente a la instauración del síndrome de dependencia, que se comprueba fácilmente al suspender abruptamente la sustancia o administrar un antagonista, ya que se presenta el característico síndrome de abstinencia. Este es fácilmente identificable por: necesidad perentoria de consumir el opiáceo, náuseas o vómito, dolores musculares, rinorrea y lagrimeo, midriasis (dilatación pupilar), piloerección, sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina.	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	

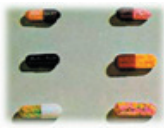
DENOMINACION	2. CANABINOIDES (marihuana, hachis)	
GRUPO	CANNABINOIDES.	
COMPOSICIÓN	Delta 9 -Tetrahidrocannabinol y otras sustancias presentes en la planta Cannabis sativa (variedades indica, americana entre otras).	
ARGOT	Bareta, mona, yerba, chocolate, cacho, porro, tate, grifa, costo, goma.	
PRESENTACIÓN	Hojas o raíces de la planta, resina, aceite.	
EFFECTO	Es compleja por las múltiples sustancias que tiene la cannabis sativa. Tiene efectos fundamentalmente alteradores de la percepción sensorial; aunque inicialmente ejerce una acción estimulante a la que sigue más tarde un efecto sedante.	
VIA DE ADMINISTRACION	Generalmente fumado (insuflado) o ingerido.	
USO TERAPÉUTICO	Se discute por la ciencia. Se postula su utilidad en el manejo del dolor. En cáncer se usa como antiemético para evitar las náuseas y el vómito en personas sometidas a quimioterapia.	
TIEMPO INICIO EFECTO	A los pocos minutos, según la vía.	
DURACION DEL EFECTO	2-6 horas, aunque su presencia en el organismo se puede prolongar por más de 48 horas.	
TOLERANCIA	Puede aparecer a algunos efectos.	
DEPENDENCIA	La dependencia física es menos fuerte que la psicológica.	
SINDROME DE ABSTINENCIA	La supresión en consumidores crónicos no genera síndrome característico. Manifestaciones: A veces se observa: ansiedad, irritabilidad, inapetencia e insomnio.	
SIGNOS y SÍNTOMAS	Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de Cannabis: 1. inyección conjuntival 2. aumento de apetito 3. sequedad de boca 4. taquicardia	
EFFECTOS SECUNDARIOS	Tos, irritación ocular, disminución de reflejos.	
RIESGOS PARA LA SALUD	Irritación bronquial y pulmonar, en ocasiones fibrosis pulmonar. Disminución del recuento espermático.	
EFFECTOS A CORTO PLAZO	Euforia; después sueño o letargo, aumento del apetito, posibles reacciones de pánico, ansiedad).	
EFFECTOS A LARGO PLAZO	Se han descrito algunos problemas asociados: Irritación bronquial y pulmonar, fibrosis y disminución del recuento espermático. Es frecuente relacionarlo con el llamado síndrome amotivacional, caracterizado por apatía, pérdida de eficacia en el desarrollo de trabajos complejos, frustración fácil, bajo nivel de concentración y sobrestimación de la propia productividad. Este síndrome se caracteriza por el abandono de hábitos regulares de aseo personal, cuidado en el vestir y en los hábitos alimenticios.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina, Cabello.	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	





DENOMINACION	4. SEDATIVOS O HIPNÓTICOS I (BARBITURICOS)	
COMPONENTE	Pentobarbital, Secobarbital, Fenobarbital, Primidona, Tiopental sódico.	
CLASIFICACION	DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
ARGOT	"Pepas", "granos", "Barbs", "Caramelos".	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral (cápsulas, solución, grageas), rectal e inyectable.	
TIEMPO INICIO EFECTO	Según la vía y el tipo. A los pocos segundos o minutos.	
DURACION DEL EFECTO	Varias horas, según el tipo. Puede ser entre 1 hora a 8 horas.	
TOLERANCIA	Sí. Muy rápida. Con el alcohol se produce tolerancia cruzada. A las cuatro o cinco semanas de uso.	
DEPENDENCIA	Sí, tanto física como psíquica.	
PRESENTACION - CARACTERISTICAS	Tabletas, elixir (jarabe), ampollas, supositorios.	
SIGNOS Y SINTOMAS	<p>Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.</p> <p>Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lenguaje farfullante</li> <li>• incoordinación</li> <li>• marcha inestable</li> <li>• nistagmo</li> <li>• deterioro de la atención o de la memoria</li> <li>• estupor o coma</li> </ul>	
RIESGOS PARA LA SALUD	Se puede manifestar con déficit cognoscitivo leve, demencia, trastornos emocionales y afectivos, asociados a problemas neurológicos y psicosis. En los casos graves hay depresión respiratoria y coma que pueden llevar a la muerte.	
EFFECTOS INMEDIATOS	La intoxicación aguda produce: desorientación, balbuceos, relajación, deterioro de razonamiento, somnolencia, pérdida de la memoria.	
EFFECTOS EN EL LARGO PLAZO	Tolerancia y Síndrome de abstinencia (Náuseas, vómitos, malestar general, insomnio, ansiedad y otros signos de hiperactividad simpática).	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	


DENOMINACION	4. SEDATIVOS O HIPNOTICOS (BENZODIAZEPINAS)	
COMPONENTE	Midazolam, Alprazolam, Lorazepam, Oxacepam, Clordiacepoxido, Diacepam.	
CLASIFICACION	DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O TRANQUILIZANTES MENORES	
SINONIMOS	"Pepas", "Downs", "Benzo".	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral (comprimidos, cápsulas, tabletas, solución), rectal e inyectable.	
TIEMPO INICIO EFECTO	Según el tipo y vía. A los pocos segundos o minutos.	
DURACION DEL EFECTO	4-12 horas.	
TOLERANCIA	Sí. Aparición variable. Se necesitan dosis crecientes para poder conciliar el sueño. Tienen tolerancia cruzada con alcohol y otros depresores.	
DEPENDENCIA	Sí.	
PRESENTACION - CARACTERISTICAS	Tabletas, comprimidos, cápsulas, solución, supositorios, inyección.	
SIGNOS	Temblores finos y generalizados, somnolencia, ictericia, miosis.	
SINTOMAS	Visión borrosa, disminución de la libido, hipotensión, alteraciones psicomotoras. Estupor y relajación muscular intensa. Usada por vía endovenosa, causa rápidamente hipotensión y depresión respiratoria.	
RIESGOS PARA LA SALUD	Las benzodiazepinas no suelen ser letales por sobredosisación. Sin embargo, sí son muy peligrosas combinadas con otros depresores del sistema nervioso central.	
EFFECTOS INMEDIATOS	La intoxicación aguda produce: desorientación, balbuceos, relajación, deterioro de razonamiento, somnolencia, pérdida de la memoria.	
EFFECTOS EN EL LARGO PLAZO	Tolerancia, Síndrome de abstinencia: Ansiedad, temblores, pesadillas, insomnio, anorexia, náuseas, vómito, hipotensión postural, crisis convulsivas, delirios e hiperpirexia. A dosis bajas, se puede presentar el fenómeno de "rebote" (reaparición de los síntomas tratados: ansiedad e insomnio) y la "abstinencia demorada" a las benzodiazepinas (irritabilidad, ansiedad, insomnio e inestabilidad emocional) que suele ser grave e incapacitante.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina	
EN CASO DE INTOXICACION COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	


DENOMINACION	5. COCAINA	
GRUPO	ESTIMULANTES	
DERIVADOS QUIMICOS DE LA HOJA DE COCA	Sulfato de cocaína, basuco, free-base; clorhidrato de cocaína (cocaína, crack)	
COMPOSICIÓN	Sulfato y Clorhidrato de cocaína	
ARGOT	Cocaína: Coca, nieve, perica, fuá crack: rocas o piedras free – base: base basuco: susto, suco, terapia.	
PRESENTACIÓN	Alcaloide de Eritroxylom cocae. Generalmente en cristal o polvo soluble.	
EFECTO	Estimulación del sistema nervioso central.	
VIA DE ADMINISTRACION	Cocaína: inhalada (esnifada), fumada o inyectada. Crack: generalmente fumado. Basuco y base libre: fumados.	
TIEMPO INICIO EFECTO	Según la vía. Endovenoso: 20-30". Otras vías: a los pocos minutos	
DURACION DEL EFECTO	Uso endovenoso: 10-20 minutos. Esnifada: 20-40 min. Otras vías: 1-2 horas	
TOLERANCIA	Si. En algunos casos se presenta tolerancia aguda con dosis altas y tolerancia inversa con dosis bajas. Sensibilización.	
DEPENDENCIA	Si. Física y psicológica.	
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Tres fases: aguda, retardada y extinción indefinida. Depresión, insomnio, cambios de estado de ánimo, irritabilidad, fatiga, desconcentración, descoordinación motora, enlentecimiento, vértigo, diarrea.	
CARACTERISTICAS	El uso de cocaína se asocia al "yuppismo". El basuco y crack, a marginalidad. Se buscan sus efectos contra el hambre, el cansancio y el sueño y sobre la función intelectual.	
SIGNOS Y SÍNTOMAS	Hipertensión, midriasis, taquicardia, palpitaciones, sudoración, hipertermia, euforia, excitación, reducción de la fatiga y sensación de la viveza mental.	
EFFECTOS SECUNDARIOS		
RIESGOS PARA LA SALUD	A veces, arritmias y convulsiones; cuadros delirantes agudos, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), arritmias o derrame cerebral. El riesgo y la gravedad de las complicaciones se acentúa por: uso intravenoso o fumado; patologías previas (insuficiencia coronaria, hipertensión arterial o diabetes); consumo de fármacos simpaticomiméticos o asociado a heroína ("speed – ball").	
EFFECTOS A CORTO PLAZO	Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína: • taquicardia o bradicardia • dilatación pupilar • aumento o disminución de la tensión arterial • sudoración o escalofríos • náuseas o vómitos • pérdida de peso demostrable • agitación o retraso psicomotores • disforia • debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas • confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma	
EFFECTOS A LARGO PLAZO	Atrofia o necrosis del tabique nasal; signos irritativos en mucosa respiratoria en fumadores de base libre. Infecciones, equimosis y necrosis en la vía endovenosa. Alteraciones de personalidad y cuadros delirantes (ocasionalmente alucinosis o psicosis). Es más frecuente: trastornos depresivos, déficit de atención, ciclotimia. Apatía sexual.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina.	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	

DENOMINACION	6. OTROS ESTIMULANTES I (ANFETAMINAS Y AFINES)	
GRUPO	ESTIMULANTES	
COMPOSICIÓN	Fenilisopropilamina Fenfluramina; Fentermina; Metilfenidato; Pentorex	
PRESENTACIÓN	"Speed", "anfetas" Polvo. Soluble en alcohol, éter y ácidos. Comprimidos, cápsulas	
EFECTO	Estimulación del Sistema Nervioso Central.	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral, inyectable, parenteral	
TIEMPO INICIO EFECTO	30-60 minutos	
DURACION DEL EFECTO	Hasta 6 horas	
TOLERANCIA	Se presenta en un periodo de uso continuado que va de 6 a 12 semanas.	
DEPENDENCIA	Se discute, no todos los autores lo aceptan. Por vía parenteral se produce rápidamente. Física y psíquica	
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Depresión, disforia, insomnio, irritabilidad, fatiga.	
CARACTERISTICAS	Palpitaciones, sudoración, hipertermia, euforia, sensación de viveza mental, excitación motora, disminución de sed, hambre y fatiga, eleva tolerancia al dolor.	
SIGNOS y SÍNTOMAS	Depresión, trastornos del sueño. Irritabilidad, agresividad	
EFFECTOS SECUNDARIOS	Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipada; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias afines. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines: <ul style="list-style-type: none"> <li>• taquicardia o bradicardia</li> <li>• dilatación pupilar</li> <li>• tensión arterial aumentada o disminuida</li> <li>• sudoración o escalofríos</li> <li>• náuseas o vómitos</li> <li>• pérdida de peso demostrable</li> <li>• agitación o retraso psicomotores</li> <li>• disforia</li> <li>• debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas</li> <li>• confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma</li> </ul>	
RIESGOS PARA LA SALUD	Puede desarrollarse conducta adictiva, más de carácter psíquico que físico, asociado a cuadros psicóticos. Puede presentarse hipersomnía, depresión, ansiedad, irritabilidad, inapetencia, enfermedades hepáticas e insomnio prolongado.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Detección en orina o sangre de 2 a 3 días.	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	


DENOMINACION	6. OTROS ESTIMULANTES II (XANTINAS)	
GRUPO	ESTIMULANTES	
COMPOSICIÓN	Metilxantinas: teofilina, cafeína, teobromina	
ARGOT		
PRESENTACIÓN	Alcaloides procedentes de plantas (café, té, cacao, cola, mate, guaraná, yopa). Una taza de café tiene de 80-140 mg de cafeína; una taza de té tiene de 30-50 mg de cafeína + 1 mg de teofilina; una taza de cacao tiene 5 mg de cafeína + 250 mg de teobromina; 360 mg de bebida cola (gaseosa) tiene 50 mg de cafeína. Una botella de bebida energizante puede tener 96 mg de cafeína.	
EFECTO	ESTIMULACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral.	
TIEMPO INICIO EFECTO	10-20 minutos	
DURACION DEL EFECTO	3-5 horas para teofilina y cafeína. 8-9 horas para teobromina.	
TOLERANCIA	Sí.	
DEPENDENCIA	Sí, especialmente a la cafeína. FÍSICA. PSÍQUICA	
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Cefalea, nerviosismo, agitación, ansiedad, insomnio. Aparece a las 12-24 horas.	
CARACTERÍSTICAS	Estimulantes del SNC. La cafeína es muy usada por los deportistas por su efecto sobre la fatiga y el metabolismo graso y el aumento de la contractilidad muscular. Niveles superiores a 12 microgramos/litro se considera dopping. Tiene también efectos sobre el sistema cardiovascular, renal y endocrino.	
SIGNOS y SÍNTOMAS	Ligera euforia, aumento de la atención y la concentración. Estado de ánimo agradable. Disminuye sensación de fatiga mental y física. Aumenta diuresis.	
EFFECTOS SECUNDARIOS	A dosis altas: nerviosismo, inquietud, insomnio, temblores, hiperestesia. Intoxicación aguda: Taquicardia, extrasístoles, convulsiones, tensión	
RIESGOS PARA LA SALUD	Su moderado consumo al parecer no genera problemas para la salud. En exceso, produce cafeinismo.	
EFFECTOS A CORTO PLAZO	Hay intoxicación aguda por cafeína por consumo reciente, normalmente más de 250 mg (p. ej., más de 2-3 tazas de café) cuando se presentan cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• inquietud</li> <li>• nerviosismo</li> <li>• excitación</li> <li>• insomnio</li> <li>• rubefacción facial</li> <li>• diuresis</li> <li>• alteraciones digestivas</li> <li>• contracciones musculares</li> <li>• logorrea y pensamiento acelerado</li> <li>• taquicardia o arritmia cardíaca</li> <li>• sensación de infatigabilidad</li> <li>• agitación psicomotora</li> </ul>	
EFFECTOS A LARGO PLAZO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación por cafeína</li> <li>• Trastorno de ansiedad inducido por cafeína</li> <li>• Trastorno del sueño inducido por cafeína</li> <li>• Trastorno relacionado con cafeína no especificado (gastritis, retracción de las encías, daño en el esmalte dental).</li> </ul>	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	


DENOMINACION	6. OTROS ESTIMULANTES III (EXTÁSIS)	
GRUPO	ENTACTOGENOS (DROGAS DE DISEÑO)	
CLASIFICACION	En algunas clasificaciones se considera alucinógeno, para el DSM-IV es un psicoestimulante.	
COMPOSICIÓN	MDMA (3, 4 Metilendioxi-metanfetamina)	
ARGOT	Extasis	
PRESENTACIÓN	Pastillas y polvo	
EFECTO	Los derivados de las feniletilaminas actúan sobre los sistemas dopaminérgico, noradrenérgico y serotoninérgico, en distinta forma y potencia. Suelen penetrar el sistema nervioso central más rápido que las anfetaminas. Entactogenos: facilitadores de la comunicación interpersonal.	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral	
TIEMPO INICIO EFECTO	20 - 40 minutos	
DURACION DEL EFECTO	Hasta 48 horas, con un pico a las 4-6 horas	
TOLERANCIA	No. Aunque se ha detectado tolerancia cruzada con metanfetamina y tolerancia inversa.	
DEPENDENCIA	No, aunque se discute. En algunos usuarios se ha determinado consumo compulsivo.	
SIGNOS y SÍNTOMAS	Sensación de euforia, placer, intensificación de la percepción. Es un alucinógeno potencial. Produce aumento de presión sanguínea, taquicardia, hipertermia, sed.	
RIESGOS PARA LA SALUD	Hipertensión arterial, arritmias, asistolias, colapso cardiovascular, coagulación intravascular diseminada, rabdomiolisis, convulsiones, hipertermia (posible muerte por "golpe de calor").	
EFFECTOS A CORTO PLAZO	Insomnio, fatiga, dolor de cabeza, depresión, disforia.	
EFFECTOS A LARGO PLAZO	Lesión neuronal, estados ciclotímicos, anorexia, trastornos psiquiatricos.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	

DENOMINACION	7. ALUCINÓGENOS (LSD, Hongos, otros)	
GRUPO	ALUCINÓGENOS	
COMPONENTE	Dietilamida del ácido D-lisérgico (alcaloide derivado del hongo que resulta cuando se alcanza el punto de fundición del cornezuelo de centeno).	
ARGOT	"ácidos", "trip", "micropuntos", "secantes", "gotas", "barrilito", "sunshine".	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral	
TIEMPO INICIO EFECTO	A los pocos minutos	
DURACION DEL EFECTO	8 - 12 horas	
TOLERANCIA	Sí. Hay tolerancia cruzada con con psilocibina (hongos alucinógenos).	
DEPENDENCIA	Física: No. Psíquica: No, aunque algunos reconocían una cierta dependencia ligada a fenómenos socioculturales en los años sesenta.	
PRESENTACION CARACTERISTICAS	En píldoras, película o impregnando papeles con dibujos diversos.	
SIGNOS Y SINTOMAS	Sensación de mayor agudeza sensorial, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones perceptivas.	
EFFECTOS SECUNDARIOS	Puede ocurrir el llamado "mal viaje" que es una reacción psicótica aguda.	
RIESGOS PARA LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación</li> <li>• Trastorno perceptivo</li> <li>• Delirium por intoxicación</li> <li>• Trastorno psicótico</li> <li>• Trastorno de ansiedad</li> <li>• Trastorno del estado de ánimo</li> </ul>	
EFFECTOS EN EL CORTO PLAZO	La complicación aguda más frecuente es el llamado "mal viaje", con pánico y alucinaciones terroríficas, agitación sicomotora, aprensión y desconfianza de las personas del entorno, temblores, taquicardia e hipertensión arterial. A veces, ergotismo con vasoconstricción generalizada.	
EFFECTOS EN EL LARGO PLAZO	La complicación más frecuente es el llamado "flashback", que consiste en la reaparición de los signos y síntomas días o meses después de la última dosis consumida (15% de los casos).	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	

DENOMINACION	8 TABACO	
GRUPO	ESTIMULANTES	
COMPOSICIÓN	Origen natural, planta llamada Nicotiana tabacum. El humo del tabaco contiene más de doscientos componentes, entre los cuales se destacan los siguientes: Nicotina, Monóxido de carbono, Oxido nitroso, Acido cianhídrico, Acroleínas, fenoles, Acido fórmico, Formaldehído, Nitrosaminas, Cadmio, Polonio 210, Níquel, Zinc y alquitranes (benzopirenos, ciclopentano).	
ARGOT	“Pucho”.	
PRESENTACION - CARACTERISTICAS	Cigarrillo, Cigarro, polvo (rapé), picadura de pipa, pasta, líquido, goma de mascar.	
EFECTO	Estimulación Sistema Nervioso Central. Aunque también produce cierto grado de relajación.	
VIA DE ADMINISTRACION	Fumado (cigarrillo, cigarro, picadura de pipa). Aspirado (en rapé). Bolos o gomas para mascar. Chicles	
TIEMPO INICIO EFECTO	Depende de la vía de administración. Fumado de 8-10’’	
DURACION DEL EFECTO	De minutos a horas.	
TOLERANCIA	Sí. Aguda (el primer cigarrillo del día) y fisiológica (a lo largo del día).	
DEPENDENCIA	Si tanto física como psicológica. Efectos reforzadores positivos por activación de la vía dopaminérgica; actúa el sistema de recompensa, lo que aumenta la concentración de norepinefrina.	
SIGNOS Y SINTOMAS	Tos, mareos, taquicardia, náuseas, vómito.	
RIESGOS PARA LA SALUD	El uso crónico de tabaco aumenta el riesgo de cáncer pulmonar y de boca, de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de úlceras y de complicaciones materno-fetales, entre otras muchas. Ellos son debidos a la nicotina, al monóxido de carbono y a las otras sustancias, especialmente los cancerígenos.	
EFECTOS EN EL CORTO PLAZO	Acción bifásica. A dosis bajas: excitación; a dosis altas: inhibición o depresión. Actúa sobre simpático y parasimpático.	
EFECTOS EN EL LARGO PLAZO	Síndrome de Abstinencia: Irritabilidad. Dificultad de concentración y ejecución de tareas. Ansiedad. Rabia. Aumento de apetito y peso. Insomnio. Disminución de la frecuencia cardiaca. Disminución de la excreción de catecolaminas. Urgencia por fumar (responsable de la mayor parte de las recaídas). Afecta el funcionamiento social y laboral. Se inicia a las pocas horas y dura de 3 a 4 semanas.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	orina	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	



DENOMINACION	9. SOLVENTES (INHALABLES VOLÁTILES)	
COMPONENTE	Tolueno, Xileno, Acetato de Etilo, Hexano, Cloruro de Metileno, metil-etil-cetona, Metil-butil-cetona, Tricloroetileno.	
CLASIFICACION	Solventes y adhesivos plásticos	
ARGOT	Boxer, Gale, Pega, Sacol.	
VIA DE ADMINISTRACION	Insuflados	
TIEMPO INICIO EFECTO	30 Segundos	
DURACION DEL EFECTO	Pocos minutos	
TOLERANCIA	Si	
DEPENDENCIA	Si, sobretodo psíquica	
PRESENTACION - CARACTERISTICAS	Adhesivos plásticos, hidrocarburos aromáticos, pinturas, correctores, marcadores, quitamanchas, entre otras	
SIGNOS	Mareos, nistagmos, incoordinación, lenguaje farfullante, marcha inestable, letargía, disminución de los reflejos. retraso psicomotor, temblores, debilidad muscular generalizada, visión borrosa o diplopía, estupor o coma, euforia	
RIESGOS PARA LA SALUD	Disminución de la memoria reciente, temblores, dificultad para concentrarse, pérdida de peso, anemia, depresión, irritabilidad, agresividad, somnolencia, trastornos del equilibrio, pérdida del control emocional y en algunos casos pérdida de la conciencia. Como sustancia psicoactivante su abuso genera tolerancia y dependencia, sobretodo psíquica.	
EFFECTOS EN EL LARGO PLAZO	Degeneración en la sustancia blanca, demencias, atrofia óptica, pérdida de audición, anosmia, espasticidad y ataxia cerebelar permanente con disminución de la acción moduladora de las descargas de los impulsos que se dirigen a los receptores musculares (husos) y de la integración de reacciones estatocinéticas, con distorsión de la información sensorial sobre los mecanismos reflejos cerebelosos en el laberinto (máculas del utrículo y del sáculo), que se estimulan con los cambios de cabeza y cuerpo en el espacio, con la gravedad y la aceleración lineal, dando origen a reflejos laberínticos estáticos tónicocervicales.	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	

DENOMINACION	10. OTRAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	
COMPONENTE	FENCICLIDINA (PCP)	
CLASIFICACION	Anestésico disociativo	
ARGOT	Polvo de Angel o polvo cósmico	
VIA DE ADMINISTRACION	Oral, fumado e inyectado.	
TIEMPO INICIO EFECTO	Entre 2 a 5 minutos cuando es inyectado o fumado. Si se consume oralmente el efecto aparece entre los 30 a 60 minutos posteriores	
DURACION DEL EFECTO	4 a 6 horas	
TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	Según Escohotado la tolerancia y la adictividad pierden relevancia en el caso de la fenciclidina, pues se trata de un violento alucinógeno en el sentido estricto "el usuario olvida haber tomado un psicofármaco cuando éste comienza a hacer efecto, y bastante bien librado saldrá quien lo tome si acaba pronto en un hospital." No hay reportes sobre su potencial de dependencia física. La gran mayoría de las personas que voluntariamente la consumieron alguna vez, no vuelven a hacerlo; sin embargo, el potencial de adicción psicológica es muy alto entre personas con desórdenes mentales asociados a la violencia que buscan sensaciones de fortaleza, poder e invulnerabilidad durante ataques de enojo y furia.	
SIGNOS Y SINTOMAS	Los síntomas físicos a dosis bajas y medias incluyen disminución de la presión sanguínea, el pulso y la respiración; entumecimiento e incoordinación muscular; vértigo y taquicardia. Dosis altas aceleran estos efectos con adición de náuseas, vómito, visión borrosa, movimientos oculares involuntarios y pérdida del equilibrio.	
RIESGOS PARA LA SALUD	Dosis altas producen un aumento de los síntomas anteriores con la adición de alucinaciones que pueden ser terroríficas en sujetos no habituados e ideación psicótico o esquizofrénica grave; esto es: delirios de persecución, disturbios mentales, alegatos incoherentes y sensación de distancia tanto de sí mismo como del ambiente.	
EFFECTOS EN EL CORTO PLAZO	Dosis leves de fenciclidina dan por resultado euforia acompañada de sedación. Con dosis medias se reporta desorientación, distorsión de la imagen corporal, enojo, combatividad, proezas poco comunes de fuerza y pérdida de la capacidad para integrar los estímulos sensoriales, especialmente el tacto.	
EFFECTOS EN EL LARGO PLAZO	El uso prolongado ocasiona dificultades de lenguaje, grandes lapsos de pérdida de la memoria, depresión crónica, desórdenes psicomotores, pérdida de peso y alteraciones neurológicas y cardiovasculares peligrosas.	
PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO	Orina	
EN CASO DE INTOXICACIÓN COMUNICARSE A	URGENCIAS TOXICOLÓGICAS 125	



## Anexo 2: Diseño de reunión técnica con empresas

**Población objetivo:** gerentes de recursos humanos y personal responsable de salud ocupacional

**Objetivo:** Involucrar las áreas de recursos humanos en la prevención del consumo de fármacos en el contexto laboral.

### Estructura temática y pedagógica:

#### 1. La problemática:

1.1 ¿Es usted consumidor de sustancias psicoactivas? Entregar un test que permita a cada participante identificarse como consumidor o no consumidor. Más allá de esta pretensión, se busca mostrar a la audiencia que hay confusión conceptual, de modo que a través de una presentación se aclaren conceptos sobre uso y abuso de drogas así como la clasificación de las sustancias.

1.2 Guía de discusión que permita identificar cuál es la percepción general de las áreas de recursos humanos con referencia al problema del consumo. Se puede organizar la discusión en pequeños grupos con conclusiones en plenaria. El tema finaliza con presentación que muestra el consumo como un problema en el contexto laboral (incluye cifras, el consumo como riesgo psicosocial, consumo y accidentalidad, consumo y productividad).

**2. ¿Por qué la empresa debe comprometerse en la prevención del consumo?** Se propone un conversatorio en el cual dos expertos desarrollen el tema desde el punto de vista legal, ético y de responsabilidad social. El auditorio tiene la palabra al finalizar la conversación de los expertos.

**3. ¿Cómo puede la empresa contribuir a la prevención del consumo?** Se propone el desarrollo de una guía de trabajo por grupos que impulse

la generación de ideas. Cada grupo presenta su propuesta en plenaria y el tema finaliza con una presentación sobre el diseño de un programa de prevención.

**4. ¿Por dónde empezar?** Charla con los asistentes orientada a dar claves sobre el inicio y romper barreras antes de que aparezcan. Las recomendaciones para el inicio están a nivel de diseño de política en la empresa y de trabajo conjunto con ARP's para diseño de programas de prevención.

**Duración:** 8 horas

## **Guía para el desarrollo del taller:**

### **El valor de no consumir sustancias psicoactivas**

#### **Presentación**

Son muy diversas las intervenciones de orden pedagógico para prevenir el uso de sustancias psicoactivas. Sin embargo es importante tener claro que la intervención pedagógica tiene sus límites. Esta será muy útil para el fortalecimiento del no consumo y ayuda en la prevención cuando la persona no tiene un desorden adictivo, de dependencia o de abuso frente a la sustancia psicoactiva.

La propuesta del siguiente taller se plantea en el marco del “Modelo Andragógico para la Prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el Ámbito Laboral” y en particular se ubica en la fase de aprendizaje denominada “reconocimiento como no consumidor”. De manera previa a esta fase, los participantes deben haber recibido mensajes de sensibilización y concientización a través de los cuales se ha buscado que comiencen a reconocer que el uso de psicoactivos representa una amenaza o un problema. A través del presente taller se busca dar un paso más pretendiendo que los participantes valoren el atributo de ser no consumidor.

#### **Población objetivo**

Mandos medios de empresas de cualquier sector económico. Como esta fase se ubica en prevención universal, se puede convocar de manera abierta, es decir, pueden quedar incluidos tanto consumidores como no consumidores. El mensaje, aunque va dirigido al no consumidor, sirve al consumidor en tanto puede alentarlo a reflexionar sobre el no consumo.

## Objetivos

- Identificar las características generales del contexto laboral en el que se encuentran los participantes.
- Identificar de manera grupal, cuáles sustancias se consumen en la empresa.
- Promover una reflexión a través de la cual los participantes identifiquen las razones por las cuales son o no son consumidores.
- Generar la visión del no consumo como resultado de un esfuerzo consciente o inconsciente.
- Valorar las razones que sustentan el no consumo a pesar de la permanente exposición a factores de riesgo.

## Desarrollo del taller

**1. El lugar donde trabajamos:** guía de trabajo grupal para caracterizar el contexto laboral en que se encuentran los participantes (ver formato 1). El facilitador tendrá en cuenta la caracterización realizada según descripción de un relator de cada grupo, para retomar posteriormente en los factores de riesgo y protección. (30 minutos)

**2. El consumo de sustancias psicoactivas en nuestra empresa:** Se distribuye el plegable “Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral - Infórmate” para que los participantes tengan una definición inicial de SPA y de las sustancias. Luego, cada participante llena un cuadro anónimo en el cual marcarán las tres sustancias de las cuales tiene conocimiento que consumen los trabajadores de la empresa, señalando la de consumo menos frecuente al consumo más frecuente (ver formato 2). El facilitador aprovechará el desarrollo de la actividad para hacer explicaciones básicas sobre cada una de las sustancias psicoactivas. Una vez terminen de responder, el facilitador, con ayuda de los participantes tabulará la información y hará un análisis de los resultados. Es importante que el facilitador tranquilice a los participantes en el sentido de que tal información será anónima y de uso en el taller. (30 minutos)

**3. ¿Soy o no soy dependiente a las SPA?** Guía de trabajo individual (es la misma para los puntos 3, 4 y 5 – formato 3) a través de la cual cada participante obtiene su “perfil de consumo”. El facilitador debe manejar con claridad el concepto de no consumidor y el de consumidor de SPA. No se socializan resultados. (15 minutos).

**4. ¿Por qué consumo? ¿Por qué no consumo?** La siguiente parte de la guía de trabajo individual lleva a los participantes a identificar las razones por las cuales se consume o no se consume SPA. La reflexión de tales razones se promueve partiendo de una narración que el facilitador hará en la que se relata una historia en una empresa que incluye diversas

razones para consumir y para no consumir (Formato 4 da la idea de una estructura de la historia). (15 minutos)

**5. El no consumo implica esfuerzo.** La última parte de la guía individual propone una reflexión sobre el no consumo o el dejar de consumir como un esfuerzo. Las conclusiones de esta parte de la guía se ponen en común a través de la plenaria final, en la cual, el facilitador entrega el plegable “Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral. Factores de Riesgo, Factores de Protección” y conduce la participación de los asistentes a la valoración del no consumo a pesar de la exposición a factores de riesgo. (60 minutos)

**Duración:** 2 horas y media

**Recursos:** Plegables “Sustancias psicoactivas en el ámbito laboral”, fotocopias de las guías de trabajo.

## Formato 1

### El lugar donde trabajamos

Para caracterizar el lugar donde trabajan, el grupo debe establecer una conclusión concreta frente a los siguientes aspectos:

1. ¿A cuál sector de la economía pertenece la empresa en que trabaja?

---



---



---

2. ¿En que consiste el negocio de la empresa?

---



---



---

3. ¿Con cuántos empleados cuenta la empresa? \_\_\_\_\_

---

4. Describan brevemente las jornadas y ritmos de trabajo en la empresa:

---



---



---

5. ¿Considera que los empleados tienen sentido de pertenencia a la empresa? Si así es, ¿cómo se manifiesta?

---



---



---



6. En términos generales, ¿cómo es el clima laboral de la empresa?

---

---

---

7. ¿Cuáles aspectos del trabajo en la empresa son motivadores?

---

---

---

8. ¿Cuáles aspectos de trabajo en la empresa generan estrés?

---

---

---

9. Si estuviera en sus manos, ¿qué aspecto negativo del trabajo cambiaría?

---

---

---

10. ¿Existen en la empresa programas de bienestar? ¿Cuáles conocen?

---

---

---

## Formato 2

### El consumo de sustancias psicoactivas en la empresa

A continuación encuentra un listado de las sustancias psicoactivas. Señale las tres sustancias de las cuales usted tiene conocimiento, son consumidas por algunos empleados en la empresa (no importa si es dentro o fuera de la empresa). Ordene la cantidad de consumo de las tres sustancias colocando uno a la que menos considera que se consume, dos a la siguiente y tres a la que más se consume.

(Los resultados de este cuadro se tabularán en el taller para analizar la percepción que los participantes tienen sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la empresa, por tal razón, le agradecemos responder de la manera más sincera).

SUSTANCIA	1	2	3
Marihuana			
Cocaína			
Basuco			
Estimulantes			
Alucinógenos			
Extasis			
Opiáceos (opio, codeína, morfina, heroína)			
Sedantes			
Barbitúricos e hipnóticos			
Alcohol			
Nicotina			
Inhalantes (Disolventes, pegantes)			

### Formato 3

#### Guía de trabajo:

#### Mi relación con el consumo de sustancias psicoactivas

**1. ¿Soy o no soy consumidor?** No siempre es fácil determinar si somos o no somos dependientes o adictos. Por ejemplo, el hecho de tomarse unos traguitos uno que otro fin de semana, ¿nos hace dependientes o adictos?

Las preguntas que se presentan a continuación son solamente para usted, sea honesto consigo mismo ya que esta actividad simplemente busca darle elementos para que tenga más claridad sobre su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

#### Test de fagerström modificado (Para detectar la dependencia a la Nicotina)

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
P.1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
P.2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Sí	1
	No	0
P.3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
P.4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillos	3
P.5. ¿Fuma con mas frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
P.6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
TOTAL DE PUNTAJE		

**Interpretación de resultados:**

Puntuación menor o igual a 4: El fumador es poco dependiente de la nicotina.

Valores de 5 y 6: Implican dependencia media.

Puntuación igual o superior a 7 puntos: El fumador es altamente dependiente a la nicotina.

**2. ¿Por qué consumo? ¿Por qué no consumo?** Escuche la historia que narrará el facilitador del taller. Luego conteste las preguntas que se le presentan a continuación según sea su caso:

A. Si usted no consume sustancias psicoactivas conteste las siguientes preguntas:

A1. ¿Cuáles son las situaciones que le generan mayor tensión? (dentro y fuera del trabajo).

---

---

---

---

A2. ¿Si tuviera la oportunidad de enfrentar tales situaciones con ayuda de alguna sustancia lo haría? ¿Por qué sí o Por qué no?

---

---

---

---

A3. ¿Cómo acostumbra a enfrentar las situaciones que considera problemáticas?

---

---

---

---

A4. ¿Qué aspectos de la vida considera que lo han fortalecido para no interesarse en consumir alguna sustancia psicoactiva?

---

---

---

---

B. Si usted consume sustancias psicoactivas conteste las siguientes preguntas:

B1. ¿Cuáles son las situaciones que le generan mayor tensión? (dentro y fuera del trabajo).

---

---

---

---

B2. ¿En qué medida cree que el consumir alguna sustancia le ayuda a enfrentar o sobrellevar tales situaciones?

---



---



---

B3. ¿Cree que existen otras formas de enfrentar situaciones diferentes a la de consumir alguna sustancia psicoactiva? ¿Cuáles podrían ser?

---



---



---

B4. ¿Qué cree que le impide buscar otras formas de vivir sus problemas diferentes a la del consumo de sustancias psicoactivas?

---



---



---

**3. Esfuerzos que valen la pena.** No consumir y dejar de consumir implican, de manera diferente, importantes esfuerzos. Se podría preguntar por qué no consumir es un esfuerzo cuando es algo de lo que usualmente no estamos conscientes. La razón es que quien no consume sustancias psicoactivas también enfrenta permanentemente factores de riesgo, pero ha logrado construir mecanismos que lo protegen. Sin embargo, la exposición a los factores de riesgo implican que, de alguna manera, no estamos libres de caer en el consumo de alguna sustancia. Seguramente el dejar de consumir implica mayor esfuerzo porque nuestro organismo se ha acostumbrado a la sustancia que se consume. Pero aprovechemos esta oportunidad para una reflexión en torno a los esfuerzos que valen la pena.

Conteste las preguntas pertinentes para su situación de no consumidor o consumidor:

3.1 ¿Ha estado expuesto al consumo de sustancias psicoactivas? ¿En que situaciones?

---



---



---

3.2 ¿Por qué ha decidido consumir o no consumir sustancias en tales situaciones?

---



---



---

3.3 ¿Ha considerado que la decisión de no consumir le ha implicado esfuerzo? ¿Qué opina al respecto?

---

---

---

3.4 ¿Qué le propondría a una persona que consume para motivarla a dejar de consumir?

---

---

---

3.5 Considera que valdría la pena el esfuerzo para disminuir el consumo o dejar de consumir?

---

---

---

3.6 Considera que necesita apoyo en el proceso de dejar de consumir?

---

---

---

### Formato 4

#### Consumir o no consumir... He ahí la pregunta

A continuación aparecen los elementos para que usted como facilitador recree una historia sobre consumo y no consumo en el ámbito laboral.

- Dos personajes compañeros de oficina. Uno de ellos se ve lleno de problemas y se deja atafagar por la situación. El otro, con sus problemas tiene una visión más positiva de la vida. La historia muestra una conversación entre ellos.
- El personaje A (nuestro personaje emprobleado), comienza el día quejándose con el último problema que le ha aparecido (viene el pago de Universidades de los hijos o cualquier problema que tenga como referente a su familia).
- El personaje B (nuestro personaje optimista), felicita a su colega por el lado positivo de la situación problemática (por ejemplo por tener hijos universitarios que ha podido sacar adelante).
- El personaje A agradece la felicitación y hace referencia a que tal carga de problemas (enumera otros) no habría sido posible sin la ayuda de los traguitos que con cierta frecuencia toma.

- El personaje B comenta que prefiere manejar todas las tensiones haciendo ejercicio al menos tres veces por semana.
- El personaje A cuestiona a B no creyendo tanta mojigatería: “Cómo si nunca se tomara unos tragos”
- El personaje A reconoce que muy ocasionalmente se toma un trago con ocasión de alguna celebración, pero que igual disfrutaría de tales ocasiones sin tomarlo.
- El personaje B pide a su colega que lo acompañe a la salida del edificio para fumarse un cigarrillo.
- El personaje A le cuestiona el momento pues acaban de entrar a trabajar.
- El personaje B alega que ya siente el estrés por los informes que tienen que presentar.
- El personaje A contesta refiriéndose a la manera como maneja dicho estrés.

La idea es que la historia incluya las razones que las personas creen que justifican su consumo así como las diferentes maneras a través de las cuales otras personas no sienten necesidad de consumir. Es importante que tales razones hagan referencia a los factores de riesgo y de protección respectivamente.

### Bibliografía

- ARP SEGUROS DE VIDA ALFA Y PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales. Villalobos Gloria y Rivera Luis E. (2004) Marco conceptual sobre factores de riesgo psicosocial y enfermedades asociadas al estrés documento técnico. Bogotá 2005.
- BOIX, P., Orts, E., López, M.J., Rodrigo, F. y Linares, P.J. (1998). Modalidades de contratación y siniestralidad laboral en España en el periodo 1988-1995. Revista Mapfre Seguridad No. 69.
- BAUMRID, D. New direction in socialization reseach American Psychologist (35) 1983
- Botvin, G.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.; and Diaz, T. Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. Journal of the American Medical Association 273:1106–1112, 1995.
- BUSH DM, Autry JH. Substance abuse in the workplace: Epidemiology, effects and industry response Occup Med. 2002 Jan - Mar; 17 (1): 13 - 25.
- CADAFALCH, José y CASAS, Miguel. El paciente heroínómano en el Hospital General. CITRAN-Plan Nacional Sobre Drogas. Bilbao, 1993. p. 31-41.
- CHEN, K. y KANDEL DB. The Natural History of Drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. Am J Pub Health 85 (1). 1995
- DEL CORAL, Hernando. La violencia en Colombia: ¿guerrilleros o narcotraficantes?, en La problemática de las drogas: mitos y realidades. U. Externado de Colombia-Proyecto Enlace Ministerio de Comunicaciones. Bogotá, 1998. p. 91-97.
- ESCOHOTADO, Antonio. Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos. 6ª ed. Anagrama. Madrid, 1997.
- FERRARA SD, Zancaner S, Giorgetti R. Low blood alcohol concentrations and driving impairment. A review of experimental studies and international legislation. Int J Leg Med (1994) 106: 169 - 177



- GALANTER, M., KLEBER, H.D. Textbook of Substance Abuse Treatment. 2nd ed. Arlington, Va: American Psychiatric Publishing, Inc., 1999.
- GALANTER, MARC Y KLEBER, Herbert d. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. American Psychiatric press. Ed Masson, S.A. Barcelona, 1997. P. IX.
- GILL Jan. Alcohol problems in employment: epidemiology and responses. Alcohol & alcoholismo Vol. 29 # 3, pp. 223-248, 1994.
- JESSOR. R. Risk Behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding an addiction. In: adolescents at risk: Medical and social perspectives. Cornell University Medical College, New York city. 1991.
- HANSON M. Overview on drug and alcohol testing in the workplace. Bulletin on narcotics Vol. 45 pp. 3 -44, 1993.
- HARIG Paul. Alcoholism in the workplace. Occup. Med. 1989 Apr Jun; 4 (2): 213 -221
- HERNBERG, S. (1995). Introducción a la epidemiología ocupacional. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- HEIEN, D.M.; PITTMAN, D.J. The external costo f alcohol abuse. Journal of Studies on Alcohol, 54, 302-307; 1993.
- HIDALGO, C. et al. (1992) Comunicación Interpersonal. Programa en entrenamiento en habilidades sociales. Chile. Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- HOIGERG, A. Occupational Stress and Illness Incidence. Journal of Occupational Medicine. Vol 24: 445 – 451 1982
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, España. (2003). Evaluación de las condiciones de trabajo: métodos generales. NTP 451. [online] [España]: INHST. Available from Internet: [http://www.mtas.es/inhst/ntp\\_451.htm](http://www.mtas.es/inhst/ntp_451.htm)
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, España. (2003). El apoyo social. NTP 439. [online] [España]: INHST. s.a. Available from Internet: [http://www.mtas.es/inhst/ntp\\_439.htm](http://www.mtas.es/inhst/ntp_439.htm)
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, España. (2003). Encuesta de autovaloración de las condiciones de trabajo. NTP 182. [online] [España]: INHST. Available from Internet: [http://www.mtas.es/inhst/ntp\\_182.htm](http://www.mtas.es/inhst/ntp_182.htm)
- INSTITUTE FOR HEALTH POLICY. Substance abuse: The nation's number one health problem. Key indicators for policy. Princeton, NJ: The Robert Wood Jonson Foundation, 1993.
- KANDEL, D.B. y YAMAGUCHI K. Development patterns of the use legal, illegal and medicalli prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. American Sociological Review. (50) 1985.
- LAMBERT SD The role of the occupational physician in substance abuse, Occup Med. 2002 Jan - Mar; 17 (1): 1 - 12.

- LORENZO, Pedro.; LADERO, José María; LEZA, Juan Carlos y LIZASOAIN, Ignacio. Drogodependencias. Edit. Médica Panamericana S.A. Madrid, 1998. p. 4-17.
- LUNDBERG U. Stress responses in low status jobs and their relationships to health risks: musculoskeletal disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 896, pp 162-172, 1999.
- MOLINER, María. Diccionario de uso del español. Ed. Gredos, S.A. Madrid, 1998. p.1040.
- MUNTANER, C., & Eaton, W. (1998). Trastornos mentales. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Cap. 34. Organización Internacional del Trabajo. Madrid.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003.
- MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL/UNIVERSIDAD DE MINAS GERAIS. Proyecto AJUDE/Brasil II, 2002, datos totales no publicados.
- NACIONES UNIDAS. OFICINA CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Nueva York, 2003.
- O'DONNELL, JA y CLAYTON, RR. The stepping-stone hypothesis marijuana, heroin, and causality. *Chemical dependencies* (4) 1983.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe Mundial Sobre las Drogas 2005. Análisis y Estadística. Volúmenes 1 y 2. Nueva York, 2005.
- OXFORD SPANISH DICTIONARY. Oxford University Press. Oxford, 1994.
- PARDO DE VÉLEZ Graciela, CEDEÑO COLLAZOS Marlene. Investigación en salud factores sociales. McGraw-Hill Interamericana, S.A, Bogotá Colombia, 1997.
- ROBERTS et al, Administrative issues related to addiction in the workplace *Occup Med*. 2001 Jul - Sept; 16 (3): 509 - 515.
- RODRÍGUEZ y col. Consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1996. Bogotá, 1997.
- RUMBOS. Programa presidencial para afrontar el consumo de drogas. Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Presidencia de la República, marzo de 2002.
- SANTACREU, J., Zaccagnini, J.L., Márquez, M.O. (1992). El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud. Promolibro: Valencia.
- SEAL, D.W.; Bogart, L.M.; y Ehrhardt, A.A. (1998). The utility of focus group discussions as a research method. *Group dynamics: Theory, Research and Practice*. 2, No. 4, 253-266
- TORRES de Galvis Y. y Estupiñan D. Encuesta sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre sustancias psicoactivas y establecimiento de una escala de riesgo. Bogotá D.C. 1987 Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Salud.



Ministerio de la Protección Social  
Dirección General de Salud Pública  
Dirección General de Riesgos Profesionales  
Cra. 13 N° 32-76 pisos 14 - 15, Bogotá, D.C.  
Teléfono: 330 5000 Exts.: 1400 - 1520  
Línea de atención 01 8000 113 113  
[www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)