ACCIÓN ES2017-0032



ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN EL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN

FINANCIADO POR:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL
FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, F.S.P.
FUNDACIÓN LABORAL DE LA CONSTRUCCIÓN



El presente manual ha sido desarrollado en el marco del Proyecto Nº: ES-20170032 “Estudio de la Situación de Drogodependencias en el Sector de la Construcción”, con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. (Convocatoria de asignación de recursos del ejercicio 2017).

La Fundación Laboral de la Construcción agradece su colaboración a todas aquellas personas que de alguna manera han formado parte de este proyecto haciéndolo posible.

A la Asociación Proyecto Hombre por su participación tanto en el asesoramiento técnico como en el desarrollo del proyecto.
En especial a:
Dionisio Contreras Casado
Eva Camarero Casado
Dolores Espinosa Aunion
David García del Cal
Miguel Angel Márquez Gutiérrez
Francisco Javier Pérez Cusó
Elena Presencio Serrano
Fernando Ribas de Pina Pérez

Y especialmente, a todas las personas que de forma anónima han cumplimentado el cuestionario de consumo de sustancias en el entorno laboral.

Depósito Legal M-10175-2019

INDICE

01 INTRODUCCIÓN 6

02 CONTEXTO 9

2.1. Algunos conceptos 11

2.2. Clasificación de las drogas 12

2.3. Principales sustancias 13

2.3.1. Tabaco 15

2.3.2. Alcohol 16

2.3.3. Bebidas Estimulantes 17

2.3.4. Cannabis 17

2.3.5. Cocaína 18

2.3.6. Drogas de síntesis, anfetaminas y otras 19

2.3.7. Hipnosedantes 20

2.3.8. Alucinógenos 21

2.3.9. Heroína 21

2.4. Algunos mitos sobre las drogas 23

2.5. Otros trastornos adictivos 25

2.6. Variables que favorecen el consumo de sustancias y el desarrollo de adicciones 26

2.7. Indicadores de consumo de riesgo en el entorno laboral 26

2.7.1. Área laboral y productividad 26

2.7.2. Salud 27

2.7.3. Clima laboral 27

2.8. Factores de riesgo y protección asociados al ámbito laboral 27

2.8.1. Factores laborales que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas 27

2.8.2. Otros factores de riesgo laborales 28

2.8.3. El trabajo como factor de protección 28

2.9. Percepción del consumo del alcohol y otras drogas en población laboral del sector de la construcción. Estadísticas 30

03 MARCO NORMATIVO 32

3.1. Pruebas de detección 34

04 Análisis de Estudio Cuantitativo de la Situación de Drogodependencias en el Sector de la Construcción 36

4.1. Método 38

4.2. Instrumento 38

4.3. Participantes 40

4.4. Resultados del estudio 44

4.4.1. Consumo de tabaco 44

4.4.2. Consumo de bebidas estimulantes 46

4.4.3. Consumo de alcohol 51

4.4.4. Consumo de cannabis 58

4.4.5. Consumo de cocaína 64

4.4.6. Consumo de anfetaminas y otros estimulantes 68

4.4.7. Consumo de hipnosedantes 72

4.4.8. Consumo de alucinógenos 77

4.4.9. Consumo de heroína 79

4.4.10. Percepción sobre realidad del consumo y consecuencias 81

4.4.11. Valoración de acciones preventivas y de intervención en el ámbito laboral 85

4.5. Discusión de resultados y conclusiones 86

4.5.1. Sexo de los participantes 87

4.5.2. Estado civil 87

4.5.3. Nivel formativo 88

4.5.4. Puesto de trabajo 88

4.5.5. Tamaño de la empresa 90

4.5.6. Implicación en accidente laboral alguna vez en la vida 90

4.5.7. A modo de conclusión 91

INDICE

05 Planes de Actuación en la Empresa 93

5.1. ¿Qué es un Plan de Actuación? 96

5.2. Características Plan de Actuación 97

5.3. Componentes del Plan de Actuación 100

5.4. Fases del Plan de Actuación 100

5.4.1. Fase de análisis 100

5.4.2. Fase de Diseño 101

5.4.3. Fase de Ejecución y Control 101

5.4.4. Fase de Evaluación y Mejora 102

5.5. Estrategias de Actuación 103

5.5.1. Estrategias Preventivas 103

5.5.1.1. Sensibilización 104

5.5.1.2. Información 104

5.5.1.3. Capacitación / Formación 105

5.5.1.4. Análisis de situaciones 105

5.5.1.5. Control de la oferta 106

5.5.2. Estrategias de Apoyo y Asistencia 107

5.5.2.1. Detección Temprana 107

5.5.2.2. Capacitación / Formación 107

5.5.2.3. Protocolos de Actuación en caso de consumos problemáticos 108

5.5.2.4. Consejo Breve 109

5.5.2.5. Derivación para Tratamiento Especializado 110

5.5.2.6. Determinar el tratamiento en función del itinerario terapéutico 110

5.5.2.7. Seguimiento del Proceso de Tratamiento 111

5.5.2.8. Programa de Apoyo y Ayudas 117

5.5.3. Estrategias de Reincorporación Laboral 112

06 Bibliografía 113

ANEXO I. Cuestionario factores de salud y consumo de sustancias en el entorno laboral

01

INTRODUCCIÓN



El consumo de alcohol y otras sustancias tiene diferentes impactos en nuestro entorno social. Habitualmente existe una preocupación por estos consumos en la población juvenil, por lo que tradicionalmente se han desarrollado intervenciones preventivas en el ámbito escolar.

Sin embargo, la población laboral tampoco es ajena a esta problemática: diferentes estudios señalan que los trabajadores presentan niveles de consumo al menos similares a la población general.

Con este estudio se pretende conocer los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en trabajadores del sector de la construcción, así como la percepción que tienen del riesgo de consumirlas y las actuaciones que consideran que son más adecuadas para reducir o eliminar su consumo en el ámbito laboral. Asimismo, se proponen pautas para implementar un plan de actuación tanto preventivo en el consumo de drogas como de intervención y tratamiento de las adicciones desde el seno de la empresa.

La Comisión Pompidou[1] (2012) destaca una relación bidireccional entre abuso de sustancias y problemas en el puesto de trabajo; por un lado, el trabajador lleva consigo sus problemas de consumo, lo que tiene un impacto en el puesto de trabajo; por otro lado, el propio puesto de trabajo, con algunos condicionantes y factores de riesgo, puede propiciar algunas situaciones de uso o abuso de sustancias.

Pese a que estas realidades son bien complejas y, finalmente, el consumo o abuso de sustancias es algo que pertenece a la propia decisión del trabajador, es indiscutible que dichos consumos pueden tener impactos en el trabajo.

En un análisis más específico dentro del sector de la construcción, se aprecia que tanto en el contexto español (Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía, 2015)[2] como en otros países (Valente y otros, 2018[3] ; Goullé y Morel, 2017[4] ; Banwell, Dance, Quinn, Davies y Hall, 2006[5] ; etc.), es uno de los sectores laborales en los que la prevalencia de consumos y de problemáticas relacionadas con los mismos son más importantes. Estos estudios también señalan el impacto que estos consumos pueden tener tanto en la salud de los trabajadores como en la propia productividad y seguridad en las empresas en las que trabajan. En términos generales es posible destacar algunas de las consecuencias e impactos más importantes del consumo

[1] Pompidou Group (2012). Frame of reference for the prevention of alcohol and drug use in the workplace. Pompidou Group: Strasbourg.

[2] Observatorio Español sobre Drogas [OEDT] (2015). Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

[3] Valente, P., Mipatrini, D., Mannocci, A., Ruscitti, L. E., Sernia, S., Ceccanti, M., & La Torre, G. (2018). Perception of alcohol problem among workers of the transportation, healthcare and building sectors in the Lazio Region. La Medicina del lavoro, 109(3), e6902-e6902.

[4] Goullé JP, Morel F. (2017). Addictions en milieu professionnel. Bulletine de L´Académie Nationale de médecine, 201(7-9), 941-955.

[5] Banwell, C., Dance, P., Quinn, C., Davies, R., y Hall, D. (2006). Alcohol, other drug use, and gambling among Australian Capital Territory (ACT) workers in the building and related industries. Drugs: education, prevention and policy, 13(2), 167-178.

de alcohol y otras sustancias entre la población trabajadora: incremento del absentismo y de la accidentabilidad, tanto en el centro de trabajo como en itínere o en misión, consecuencias negativas en el clima organizativo, así como en la productividad, etc.

La intervención sobre los diferentes tipos de consumos en el entorno laboral, que busquen evitar y prevenir las consecuencias de los mismos, tanto en el propio trabajador y su familia como en la organización en la que presta sus servicios, es todavía muy escasa en el contexto español, mientras que en otros países disponemos de experiencias desde hace varias décadas, con amplios trabajos de investigación y diferentes experiencias desarrolladas.

Con el fin de facilitar el desarrollo de intervenciones preventivas en el sector de la construcción, se plantea como objetivo de este trabajo generar un mejor conocimiento sobre la situación y realidad del consumo de sustancias entre los trabajadores.

Antes de la presentación del estudio empírico se expone un necesario análisis previo sobre los conceptos clave en torno al consumo de sustancias por parte de la población trabajadora, ahondando especialmente en el sector de la construcción, analizando algunos datos ya conocidos y aquellos elementos del sector que pueden considerarse factores de riesgo o de protección.

En el trabajo empírico se aborda el análisis de las respuestas de un total de 1.547 trabajadores al cuestionario diseñado específicamente para este estudio, extrayendo interesantes conclusiones sobre el perfil de los trabajadores en torno a los consumos de diferentes sustancias que se han considerado de interés para el estudio y una serie de variables sociodemográficas y laborales.

Finalmente, en el último bloque se presentan algunas actuaciones que pueden ser desarrolladas por parte de las empresas para un abordaje integral de esta problemática, con un impacto claro en el sector de la construcción. Las actuaciones se presentan en torno a dos grandes dimensiones: actuaciones de carácter preventivo, que tratan de introducir acciones que disminuyan el consumo en la empresa y entre los trabajadores, mientras que en una segunda dimensión se plantean las condiciones, objetivos y estrategias para abordar de un modo lógico, constructivo y seguro las posibles situaciones de consumo problemático que ocurran en el seno de la empresa.

Desde este trabajo se pretende ofrecer un mejor conocimiento de la situación de los consumos en el sector de la construcción; pero, junto a ello, es necesario un cambio de modelo de pensamiento por parte de todos los agentes en las empresas que se dispongan a abordar esta problemática desde una perspectiva de salud y seguridad. Claramente es un asunto que concierne a todas aquellas personas que prestan servicio en una empresa, aunque afecta incluso más allá, a compañeros de obra y de otras empresas, a clientes, familias, entorno, etc. Por ello, se entiende que sólo podrá ser abordado desde un compromiso compartido y conjunto, en el que dirección, responsables de recursos humanos y prevención de riesgos laborales, trabajadores y sus representantes, colaboren conjuntamente en la construcción de un entorno de trabajo saludable.



02

CONTEXTO

En los últimos años, el foco de la prevención del consumo de sustancias, que tradicionalmente se ha centrado sobre el ámbito educativo, en concreto hacia la población más joven y adolescente, ha abierto su campo de atención hacia un contexto estratégico de nuestra sociedad: el laboral.

Resulta innegable la trascendencia de este entorno, que tras familia y escuela se configura como el más adecuado para la realización de acciones preventivas y de detección temprana de problemas asociados al consumo de sustancias.

La propia Organización Internacional del Trabajo (OIT)[6] hace dos décadas que viene advirtiendo sobre la influencia de los consumos de alcohol y otras drogas con datos incuestionables, como por ejemplo, que hasta un 30% de las víctimas de accidentes de trabajo se corresponden con personas intoxicadas; o que un problema para las empresas como es el absentismo laboral, llega a producirse hasta en un triple de ocasiones en personas habitualmente consumidoras de alcohol y otras drogas.

En concreto, y refiriéndonos a la situación en nuestro país, la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES)-publicada en el año 2007 por el Plan Nacional sobre Drogas y Adicciones aplicada a población general, residente en hogares- indica que la población consumidora, considerada de riesgo, de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales, la forman en su mayoría personas trabajadoras (>54%).

La Encuesta 2013-2014 sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral del Observatorio Español de la Droga también indica que la prevalencia del consumo de drogas entre la población laboral y la población general es similar, aunque tiende a ser ligeramente superior en la primera para tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Estos datos invitan a pensar sobre la importancia que para las empresas puede suponer la implementación de planes preventivos que aborden esta realidad social, dado que los consumos inadecuados de alcohol y de otras drogas son indudablemente generadores de problemas de tipo laboral, de deterioro de la salud y afectan a las relaciones familiares y sociales de los trabajadores implicados.

Ante tales evidencias es lógico recapacitar sobre la idoneidad de la inversión en materia preventiva en las empresas.

[6] Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1994). Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de alcohol y drogas. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/1994/94B09_161_span.pdf

2.1 ALGUNOS CONCEPTOS

Hablar de consumo de sustancias en el ámbito laboral implica conocer una serie de conceptos que ayuden a distinguir la diversidad de situaciones que pueden presentarse en una empresa, dado que ni todas las personas consumen las mismas sustancias ni hacen de ellas los mismos usos.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1994)[7] una **droga** es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Según esta definición de droga, se habla tanto de las drogas legales (la nicotina y el alcohol) como de las de uso ilegal (cannabis, heroína, cocaína o drogas de síntesis).

En cuanto a la forma y frecuencia con las que las personas consumen drogas existen distintas clasificaciones. De forma breve podrían resumirse en las siguientes:

- Se considera **uso de drogas** el consumo mínimo o en pequeñas cantidades que no ocasiona graves trastornos, ni en el comportamiento ni en la salud de la persona.
- **Abuso de sustancias** sería todo consumo problemático, con consecuencias no deseadas, relacionadas con el deterioro orgánico o de naturaleza psicosocial. Se considera abuso cuando se superan ciertas cantidades, se realizan ciertas actividades o cuando se tienen determinadas características personales.
- Por último, se denomina **adicción o dependencia** el tipo de consumo que se ha convertido en una necesidad patológica, formando parte del estilo de vida de la persona y necesario para desarrollar las actividades cotidianas.

La dependencia muestra dos variantes:

- **Dependencia física,** que es aquella que se produce cuando el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. El tratamiento indicado para este tipo de dependencia es la **desintoxicación**.
- **Dependencia psicológica,** que se da cuando una persona experimenta un deseo imperioso de obtener las sensaciones que le proporciona la droga: euforia, estimulación, sedación, etc. El término para su tratamiento se denomina **deshabituación**.

Otros términos asociados al consumo de sustancias son:

- **Tolerancia:** fenómeno de adaptación del organismo a la sustancia que tiene como consecuencia la necesidad de aumentar la dosis para obtener los efectos buscados por el usuario de drogas.
- **Síndrome de abstinencia:** conjunto de síntomas que aparecen cuando la persona deja de consumir bruscamente la sustancia a la que es adicto. Implica dependencia previa.
- **Sobredosis:** estado inducido al organismo por haber consumido una cantidad de sustancia mayor que la que éste puede procesar. Existen sustancias y/o vías de consumo capaces de provocar graves deterioros físicos y psicológicos, incluida la muerte.

Otro concepto importante es la **vía de consumo,** dado que en función de la misma se aumentarán una serie de riesgos respecto a otros.

[7] Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. p. 34. ISBN Depósito Legal: M-58016- 2008

Estas son:

- **Vía oral:** consumo a través de su ingesta. La absorción se produce a través de la mucosa del aparato digestivo.
- **Vía intranasal o esnifada:** la sustancia se introduce aspirándola por la nariz, de forma que es absorbida por los vasos capilares de la mucosa nasal, pasando al torrente sanguíneo.
- **Vía pulmonar:** la absorción de la droga por parte del organismo se efectúa a través de los alvéolos pulmonares, pasando a la sangre y produciendo los efectos propios de la sustancia. La forma de introducir la sustancia puede ser inhalada o fumada.
- **Vía intravenosa o parenteral:** el paso a la sangre es inmediato. Habitualmente se realiza a través de una jeringuilla que contiene la sustancia disuelta y que inyecta en una vena del organismo mediante una punción. Existen numerosos riesgos adicionales derivados del consumo de drogas por esta vía, tales como infecciones y contagios.
- **Otras mucosas**: las más frecuentes en las que se aplica la sustancia son las de los órganos sexuales y las encías, que presentan gran cantidad de terminaciones nerviosas y vasos capilares, a través de los cuales se introduce la droga en el organismo. Esta vía de consumo es poco utilizada en la población en general, pero existen colectivos reducidos que la utilizan

2.2 CLASIFICACIÓN DE DROGAS

Las drogas pueden ser clasificadas de modos muy diferentes atendiendo a multitud de variables o a los objetivos de su clasificación:

- Atendiendo a su **estatus jurídico:** legales e ilegales.
- Según su **origen**. Se refiere a drogas naturales o sintéticas, según sean extraídas directamente del producto del que se obtienen o si existe algún tipo de proceso químico que haga que la sustancia original varíe en buena medida su composición.
- Atendiendo a la **peligrosidad** de las sustancias, considerando la toxicidad de la sustancia y la rapidez para ocasionar dependencia. Desde este punto de vista aparecen en primer lugar el opio y sus derivados, y posteriormente los barbitúricos y el alcohol. En tercer lugar se encuentran la cocaína y anfetaminas y, por último, los derivados del cannabis y el LSD. Esta clasificación es eminentemente médica y, por lo tanto, susceptible de reducir la percepción de riesgos en las “menos peligrosas”, por lo que se podría fomentar su consumo.

A menudo estas clasificaciones se solapan o conducen a conclusiones erróneas. La clasificación popular en drogas “duras” y drogas “blandas”, utilizada ampliamente por los medios de comunicación, por ejemplo, no responde a criterios legales ni científicos.

De todas las clasificaciones, la más aceptada es la que tiene en cuenta los efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y que se expone a continuación:

Depresoras del SNC. Son aquellas sustancias que bloquean el funcionamiento del cerebro provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Las más importantes de este grupo son:

- Opiáceos y opioides (heroína, morfina, codeína, oxicodona)
- Alcohol
- Barbitúricos, su uso actual está en fase recesiva (amobarbital, butalbital, pentobarbital)
- Benzodiacepinas, de uso cada vez más extendido (lorazepam, diazepam, ketazolam).

Estimulantes del SNC. Son las sustancias que activan el funcionamiento del cerebro. Producen euforia, excitación, aumento de la actividad y ayudan al consumidor a pasar largos periodos sin dormir. De ellas destacamos:

- Estimulantes mayores: anfetaminas, cocaína...
- Estimulantes menores (nicotina, cafeína). Presentes en muchas bebidas "sociales", como refrescos de cola, bebidas estimulantes y similares o como té y café.

Perturbadoras del SNC. Alteran la función cerebral dando lugar a una distorsión perceptiva del mundo del consumidor. Sus efectos son muy variados y pueden ser impredecibles dependiendo del estado de ánimo, de la actitud mental y del ambiente en que tiene lugar el consumo. Las más usadas son:

- Alucinógenos (LSD, peyote)
- Derivados del cannabis (hachís, marihuana)
- Sustancias volátiles (acetonas, compuestos aromáticos como el tolueno, etc.) Algunas de ellas podrían estar también incluidas en el grupo A (depresoras del SNC).

Algunas drogas llamadas "de diseño", como el éxtasis (MDMA), pueden estar integradas en varios grupos, ya que están estrechamente relacionadas tanto con la anfetamina como con la mescalina, y se describen como drogas psicodélicas con propiedades estimulantes



CLASIFICACIÓN DROGAS SEGÚN EFECTOS EN EL SNC (Figura 1)

CLASIFICACIÓN	SUSTANCIAS	EFECTOS
DEPRESORAS	Alcohol	Alteración de la concentración y/o juicio Disminución de la apreciación de estímulos externos Relajación Sensación de bienestar Sedación Apatía Disminución de la tensión
	Opiáceos (morfina, heroína, codeína, metadona)	
	Barbitúricos	
	Benzodiacepinas	
ESTIMULANTES	Cocaína	Euforia Menor control emocional Desinhibición Irritabilidad Inquietud Excitación motora Disminución del sueño Menor fatiga Agresividad
	Anfetaminas	
	Nicotina	
	Cafeína	
PERTURBADORAS	Alucinógenos LSD	Euforia Sensación de relajación Dificultad de concentración Dificultad para retener información Aumento del apetito Efectos anestésicos Retraso de las funciones corporales
	Derivados del cannabis	
	Inhalante	

2.3 PRINCIPALES SUSTANCIAS

Existen numerosas publicaciones que analizan de forma pormenorizada y detallada las distintas sustancias, su composición y efectos. El objetivo en este caso es proporcionar de una forma didáctica información clara para su utilización en un programa preventivo, tanto por la empresa como por los propios trabajadores que puedan tener problemas derivados del consumo.

En cuanto al orden de las sustancias, figuran por la prevalencia que tienen en el ámbito laboral y, en concreto, en el sector de la Construcción, según los datos arrojados por la Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (2013).

2.3.1 TABACO

Según la OMS, el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo.

El tabaco es una sustancia estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus principales componentes, la **nicotina**, posee una enorme capacidad adictiva y es la causa por la que su consumo produce dependencia. Se sabe que el humo de tabaco contiene más de 4.000 productos químicos, de los cuales al menos 250 son nocivos y más de 50 causan cáncer. El cáncer más relacionado con el tabaco es el de pulmón, pero, además, hay alrededor de 15 distintos tipos de cáncer que también están relacionados con el consumo de tabaco, como el cáncer de laringe, orofaringe, vejiga, boca, esófago, hígado y vías biliares y estómago, entre otros. Está también relacionado con otros procesos como faringitis, laringitis, dificultades respiratorias o úlceras gástricas.

El consumo de tabaco no afecta únicamente a los fumadores, sino que también afecta a aquellos que respiran el aire contaminado por el tabaco. La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC)[8] detectó en 2002 la presencia de 69 agentes cancerígenos en el aire contaminado por humo de tabaco, por lo que respirar este aire incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades de corazón y pulmón que los fumadores.

Efectos a corto plazo

El consumo de tabaco genera un aumento inmediato de la frecuencia cardíaca y respiratoria y eleva la tensión arterial.

Los agentes irritantes que tiene el tabaco producen inflamación de la mucosa gástrica y bronquial. Además, fumar produce mal sabor de boca y aumento de segregación de saliva.

Efectos a largo plazo

Los agentes irritantes que contiene el tabaco producen inflamación de los bronquios, que puede degenerar en bronquitis crónica. Esto se observa a través de la tos intensa y persistente característica de las personas fumadoras.

El consumo de esta droga suele producir insuficiencia respiratoria que puede ocasionar una degeneración del tejido pulmonar y obstrucciones, que constituyen el enfisema pulmonar y cáncer de pulmón.

Las enfermedades cardiovasculares, como la arterioesclerosis y el mayor riesgo de padecer trombosis, angina de pecho e infartos, son también efectos del consumo abusivo de esta sustancia. Además, produce pérdida de los sentidos del gusto y del olfato.

El tabaco ocasiona un síndrome de abstinencia relacionado con una gran irritabilidad, intranquilidad, ansiedad, aumento del apetito, estreñimiento, alteraciones del sueño, aumento de la tos y de la expectoración, al tiempo que se desarrolla un deseo imperioso de fumar.

[8] Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 21/01/2019: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/en/ciudadanos/informacion/tabaco/menuTabaco/pasivos.htm

La desintoxicación y deshabituación se realizan reduciendo progresivamente su consumo, para lo cual no es preciso la ayuda de un médico. No obstante, también existen en el mercado parches de nicotina y medicaciones específicas que pueden facilitar el abandono de este hábito, para los que es recomendable el control por parte de profesionales de la salud.

Repercusiones de su consumo en el ámbito laboral

En cuanto al consumo en el ámbito laboral, la incidencia suele ser mayor en el sector de la construcción que en el resto de sectores, tal y como evidencian diferentes estudios[9].

Como señalan distintos trabajos[10], algunos de los riesgos específicos a los que pueden verse expuestos los trabajadores de la construcción pueden tener interacciones con el consumo de tabaco (problemas respiratorios, etc.).

2.3.2 ALCOHOL

Su origen proviene de la fermentación o la destilación de diversos productos de origen vegetal tales como frutas, granos o bayas. El principal componente es el etanol o alcohol etílico que varía su concentración en función del proceso de elaboración. Así, las bebidas fermentadas tienen una graduación entre 4 y 15 grados y las bebidas destiladas pueden llegar a los 40 o 50 grados.

Efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC)

El alcohol es una sustancia depresora del SNC que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que a veces puede confundirse con un estimulante.

La vía de consumo más habitual es la oral y su absorción se realiza a través de la mucosa del estómago. Tiene una gran tolerancia y, en ocasiones, en consumidores crónicos y debido al mal funcionamiento del hígado, una pequeña cantidad de alcohol es suficiente para llegar a la embriaguez, lo cual se denomina tolerancia negativa.

Puede presentarse dependencia física y psicológica. Cuando una persona tiene adicción al alcohol y deja de consumirlo puede aparecer un síndrome de abstinencia de suma gravedad, con cuadros de delirium tremens. El alcohol es la única sustancia capaz de provocar la muerte por su síndrome de abstinencia.

Es altamente recomendable el apoyo de profesionales especializados en esta droga para llevar a cabo una adecuada desintoxicación, deshabituación y un posterior tratamiento de rehabilitación.

Efectos a corto plazo

Como ya se ha descrito, en primera instancia tiene un fuerte componente desinhibidor produciendo alegría, euforia, falsa sensación de control y seguridad en uno mismo. También puede producir agresividad y comportamientos de búsqueda de riesgo.

En cuanto a los síntomas físicos, podemos hablar de sensación de calor a nivel periférico, ya que aumenta la circulación sanguínea por las partes más externas del cuerpo, mientras que disminuye la circulación por los órganos internos del organismo (hipotermia).

Si se continúa la ingesta de alcohol, es probable que se produzcan vómitos, que tienen por objeto impedir la absorción del alcohol ya ingerido. Aparece también una progresiva falta de coordinación psicomotora que se concreta en la pérdida del equilibrio, lentitud de reflejos, aumento del tiempo de reacción, visión restringida (se ve sólo lo que está más cercano), visión doble y somnolencia.

Al ser el alcohol una droga depresora, su sobredosis se presenta en forma de coma etílico, que puede provocar una parada cardiorrespiratoria, incluyendo la posibilidad de fallecimiento.

Los efectos del alcohol son notablemente ob-

[9] Dupuis, L., McKean, H., y Chow, H. (2018). Quitting the smoke break: a successful partnership with the construction industry. Canadian Journal of Public Health, 19(1), 128-133. Canadá.

[10] Asfar, T. et al. (2018). A cluster randomized pilot trial of a tailored worksite smoking cessation intervention targeting Hispanic/Latino construction workers: Intervention development and research design. Contemporary clinical trials, 67, 47-55. USA.

servables y fácilmente reconocibles, sobre todo en función de la cantidad ingerida y otras variables a tener en cuenta como son el peso y masa corporal, la ingesta previa de alimentos y el sexo y edad de la persona que lo ha ingerido.

Efectos a largo plazo

El alcohol consumido de forma crónica es responsable de importantes lesiones y deterioros en diversos órganos del cuerpo. Los riesgos más conocidos están relacionados con el aparato digestivo: hepatitis y cirrosis, úlceras y gastritis.

Estos riesgos fisiológicos aparecen con frecuencia unidos a una serie de comportamientos desadaptados tanto a nivel social como laboral y familiar.

Repercusiones de su consumo en el ámbito laboral

Existen estudios que analizan el impacto del consumo de alcohol en el sector de la construcción, como el de Goullé y Morel (2017)[11], que señalan que en este sector es donde aparecen mayores índices de consumo de alcohol y de drogas ilegales, discutiendo sobre las principales consecuencias de dichos consumos, como la pérdida de productividad, absentismo, incremento de accidentabilidad y el impacto en la imagen de la empresa.

También se señala relación positiva entre el consumo de alcohol y tabaco en los trabajadores con la morbilidad de enfermedades relacionadas con el trabajo.

2.3.3 BEBIDAS ESTIMULANTES

Las bebidas estimulantes, mal llamadas energéticas, se caracterizan por contener cantidades importantes de cafeína, además de otros componentes como carbohidratos, aminoácidos (como la taurina y la glutamina), guaraná, carnitina y otras sustancias que podrían ocasionar riesgo para la salud. El impacto del consumo de estas bebidas se incrementa cuando se combinan con alcohol.

Algunos de los impactos del consumo de este tipo de bebidas pueden ser: estado de alerta aumentado, patrones de sueño alterados, agitación, inquietud, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, deshidratación, posibilidad de arritmias e incluso potencialmente, convulsiones, síntomas gastrointestinales, interrelación con otras sustancias, tanto estimulantes (cocaína, etc.) como depresoras (alcohol, etc.) correlación con otras conductas de riesgo.

Ciertos estudios[12] encuentran que en una muestra de estudiantes o trabajadores en formación en el sector de la construcción, el consumo de bebidas energéticas es de 2,5 bebidas semanales de media. Una parte importante de estos consumos se realizan a primera hora de la mañana o en el puesto de trabajo/formación.

2.3.4 CANNABIS

El cannabis se extrae de la planta cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallo y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: la marihuana, el hachís, y el aceite de hachís.

El principal principio activo es el tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en distintas proporciones según el preparado:

- **Marihuana:** preparado con hojas secas y flores, que contiene entre 6 y 14% de THC (actualmente en ocasiones puede superar este porcentaje).
- **Hachís:** preparado de resina segregada por la planta de cannabis o hirviendo esta planta. Puede tener distintas tonalidades dependiendo del origen de la planta. Contiene entre un 15 y un 30% de THC, según la variedad.
- **Aceite de hachís:** preparado mediante la destilación de la planta en disolventes orgánicos. Dependiendo de la técnica y de los aparatos empleados en la destilación puede llegar a alcanzar un 65% de contenido de THC.

[11] Goullé JP, Morel F. (2017). Addictions en milieu professionnel. Bulletine de L´Académie Nationale de médecine, 201(7-9), 941-955. France.

[12] Attila, S., & Çakir, B. (2011). Energy-drink consumption in college students and associated factors. Nutrition, 27(3), 316-322. Turkey.

Efectos sobre el SNC

Sus efectos son perturbadores del SNC, siendo lo que farmacológicamente se denomina un alucinógeno menor.

La vía de consumo más habitual es fumada, mezclada con tabaco. Presenta tolerancia y además tolerancia inversa, que se produce en aquellos consumidores que de forma continuada consumen grandes cantidades. Esto consiste en la consecución de grandes efectos con pequeñas cantidades. Puede presentar una elevada dependencia psicológica. El síndrome de abstinencia aparece en forma de ansiedad e irritabilidad, a la vez que insomnio, depresión, falta de apetito y de interés por las actividades cotidianas. Es recomendable la realización de un tratamiento de deshabituación posterior a la desintoxicación, que incluya orientación psicológica en aquellos casos de mayor dependencia.

Efectos a corto plazo

El cannabis es una droga muy situacional, esto quiere decir que sus efectos dependen del estado de ánimo de la persona que lo consume. Frecuentemente se produce un efecto de euforia y risa fácil, alteraciones en la percepción del tiempo y la secuencia de los acontecimientos y sensación de aumento en las percepciones sensoriales: oído, olfato, tacto. A la primera fase de hilaridad, normalmente la sucede una fase posterior de somnolencia. Provoca tos seca e irritativa con sequedad de boca, enrojecimiento de los ojos y sensación de hambre. El hachís tiene también efectos antieméticos (inhibición del vómito).

Efectos a largo plazo

Su consumo continuado provoca una dificultad para realizar todas las funciones superiores del ser humano, con disminución en la capacidad de concentración, de memorización y razonamiento abstracto. Cuando este tipo de comportamientos se cronifica puede aparecer el llamado **"síndrome amotivacional"**, muy característico de los grandes consumidores de hachís.

Numerosas investigaciones científicas sobre las consecuencias del consumo crónico del cannabis sugieren una asociación significativa entre el uso frecuente y prolongado con la aparición de trastornos adictivos, ciertos trastornos mentales y alteraciones de perfil neuropsicológico. "En cuanto a la relación entre cannabis y psicosis en concreto, parece ser que la droga puede provocar trastornos de este tipo cuando exista cierta predisposición" (Tziraki S., 2012)[13].

Repercusiones de su consumo en el ámbito laboral

La presencia del cannabis en el sector de la construcción es elevada, tal como indican las encuestas y algunos estudios, como el de Rineer, Clarke, Cluffy Peiper (2018)[14], que señala el alto porcentaje de consumidores de esta sustancia en el sector.

En relación a la siniestralidad laboral en el sector de la construcción, un estudio de Khashaba, El Helaly, El Gilany, Motawei y Foda (2018)[15] realizado entre trabajadores de la construcción encuentra que el consumo de cannabis está muy presente en los accidentes laborales con daños personales y que este consumo tiene un impacto negativo, tanto en la severidad de los daños físicos producidos como en el número de días que el trabajador tarda en recuperarse.

2.3.5 COCAÍNA

Se extrae de la síntesis química de la planta de coca Erythroxylum coca. A finales del siglo XIX se aisló su principio activo y surgieron distintas formas de consumo de la cocaína que hacen que sus efectos sean más rápidos e intensos que la propia hoja. Suele presentarse en forma de polvo blanco, más o menos compacto dependiendo de su pureza y con pequeñas cristalizaciones transparentes.

[13] Tziraki S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionado con el uso crónico de cannabis. Neurol, 54 (12), 750-760. España.

[14] Rineer, J., Clarke, S., Cluff, L., Peiper, N. (2018) Comparing medical and recreational cannabis use among employees: associations with health and work-related outcomes, International Review of Psychiatry, 30(3), 268-276. USA.

[15] Khashaba, E., El-Helaly, M., El-Gilany, A. H., Motawei, S. M., Foda, S. (2018). Risk factors for non-fatal occupational injuries among construction workers: A case–control study. Toxicology and industrial health, 34(2), 83-90. Egypt.

Existen diferentes preparados: cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína (la más habitual en España), basuko o pasta de coca y crack o cocaína base.

Efectos sobre el SNC

La cocaína es un potente estimulante del SNC y es una de las drogas más adictivas y peligrosas.

La vía de consumo más habitual es la esnifada o intranasal, aunque también puede consumirse fumada mezclándola con tabaco, inhalada (crack), por vía intravenosa o por la mucosa genital o bucal. En la actualidad la capacidad de la cocaína para generar tolerancia es discutida. Es también objeto de investigación la dependencia física ocasionada por el consumo de esta sustancia, sin embargo se está en condiciones de afirmar que la dependencia psicológica que provoca la cocaína es de las más elevadas entre las sustancias psicoactivas. En el síndrome de abstinencia son característicos la irritabilidad, el malestar y la ansiedad. Dependiendo de la intensidad y/o duración del consumo, será preciso contar con especialistas tanto para la desintoxicación como para el proceso de deshabituación.

Efectos a corto plazo

Los efectos físicos más destacados se relacionan con los de cualquier otra droga de carácter excitante, como son: elevación de la tasa cardíaca, hiperactividad motora y verbal, sensación de mayor energía, aumento de la temperatura corporal, insomnio, falta de apetito y temblores musculares. Esta sintomatología suele ir acompañada de una disminución de la sensación de fatiga, un aumento de la autoestima y seguridad en uno mismo, a la vez que sensaciones de euforia y excitación sexual.

Efectos a largo plazo

Son frecuentes los problemas cardíacos como arritmias, así como los trastornos nutricionales, y disminución de la memoria y la capacidad de concentración. También suelen presentarse disfunciones sexuales. En algunos casos se detectan complicaciones psiquiátricas, como crisis de pánico o un tipo de trastornos muy característico denominado psicosis cocaínica, que consiste en ideas delirantes y paranoides así como cuadros alucinatorios que pueden ocasionar agresividad.

Pueden presentarse complicaciones asociadas con la vía de consumo, como las frecuentes rinitis crónicas o aquellas derivadas del uso de otras vías de administración como la parenteral.

Repercusiones de su consumo en el ámbito laboral

Sue, Wang y Largay (2015)[16] encuentran que los accidentes laborales en el sector de la construcción se relacionan con algunos factores no laborales, específicamente con el uso de cocaína.

2.3.6 DROGAS DE SÍNTESIS, ANFETAMINAS Y OTRAS

Este tipo de sustancias provienen de la síntesis química de varios productos farmacéuticos con efectos psicoactivos. Su elaboración se efectúa en laboratorios clandestinos y la mezcla resultante es difícil de precisar, puesto que depende de las sustancias que se utilicen. Frecuentemente se requisan dosis cuyos componentes son anfetaminas, alucinógenos y otros psicoestimulantes, aunque también han aparecido derivados procedentes de los opiáceos con objeto de potenciar su poder adictivo. Podemos resaltar el éxtasis, el GHB, la ketamina. También otras drogas de síntesis como la metanfetamina, que tiene un gran poder adictivo. Esta se presenta como un polvo blanco, cristalino, y se conoce principalmente con el nombre de speed.

[16] Sue, X., Wang, X., Largay, J. (2015). Occupational and non-occupational factors associated with work-related injuries among construction workers in the USA. International Journal of Occupational and Environmental Health, 21(2), 142-150. USA.

Efectos sobre el SNC

Los efectos dependen de su composición. Las que normalmente aparecen en España suelen ser estimulantes del SNC y/o perturbadoras del mismo.

La vía de consumo más habitual es oral en forma de pastillas, cápsulas o comprimidos. Se presentan bajo formas y colores atractivos con distintivos o emblemas de productos comerciales, de los que toman su nombre. Estos pueden ser marcas de coches, personajes de dibujos animados u otros nombres que hacen referencia a sus efectos como píldora del amor, pastilla de la amistad, entre otros. En el caso del speed, suele ser inhalada aunque también se consume fumada o inyectada. Es susceptible de presentar tolerancia, sin embargo el modo en que estas sustancias suelen ser consumidas dificultan la aparición del fenómeno, ya que cuando habitualmente se consumen es en fines de semana y no de forma diaria. Son susceptibles de generar dependencia física si se establece un consumo diario y presentan una gran dependencia psicológica asociada al comportamiento social y de ocio. El síndrome de abstinencia presenta gran irritabilidad y ansiedad dependiendo del patrón de consumo previo. En la desintoxicación y deshabituación se aconseja la intervención de profesionales especializados.

Efectos a corto plazo

Estas drogas provocan taquicardias, arritmias e hipertensión, a la vez que sensación de euforia, locuacidad, facilidad para las relaciones sociales, energía y desinhibición. Esto puede ocasionar sensaciones de ansiedad y de sobre estimulación y dificultades para conciliar el sueño.

Entre los consumidores es muy temido el llamado “golpe de calor” que se caracteriza por una elevada temperatura cercana o superior a los 41º, que puede ocasionar la muerte. Se debe a la pérdida de la función termorreguladora que ejerce el sistema nervioso central, ocasionada por el efecto farmacológico de la sustancia, a lo que se suma el ambiente en el que estas sustancias suelen ser consumidas (discotecas). Asimismo, aparecen temblores y contracción de mandíbulas, rigidez en la nuca y espasmos gastrointestinales.

Cuando el consumo es muy elevado suele producir estados de confusión, alucinaciones visuales, auditivas, sensaciones de pánico y ansiedad ante espacios abiertos o cerrados.

Efectos a largo plazo

El consumo prolongado de estas sustancias provoca, con el tiempo, alteraciones similares a las que aparecen en los consumidores de cocaína.

2.3.7 HIPOSEDANTES

Hipnosedante es el término general para referirse al grupo de psicofármacos depresores del sistema nervioso central: tranquilizantes, sedantes y somníferos, los cuales producen sedación y, a dosis más elevadas, también provocan sueño. Se incluyen aquí benzodiacepinas, barbitúricos, antidepresivos y antihistamínicos entre otros. Los nombres más comunes, y que se pueden encontrar en cualquier botiquín casero, son: Orfidal, Tranxilium, Lexatin, Valium, Trankimazin… Se utilizan para tratar alteraciones del sueño o trastornos de ansiedad.

La automedicación de este tipo de sustancias hipnosedantes – benzodiacepinas – supone un riesgo para la salud. La tolerancia y la posterior dependencia que pueden provocar hacen que la ingesta de este tipo de sustancias sin control médico pueda producir que, tras cierto tiempo, el organismo se acostumbre al fármaco, acabe generando tolerancia y pierda su efectividad inicial.

En estos casos, se suele aumentar las dosis para conseguir los efectos deseados y puede llegar a situaciones de dependencia. La obtención del alivio inmediato de los síntomas es el primer paso para que se cree la tendencia a repetir el consumo, y ése es el inicio de la adicción.

Repercusiones de su consumo en el ámbito laboral

Kowalski-McGraw, Green-McKenzie, Pandalai y Schulte (2017)[17] muestran en un meta análisis que el uso de benzodiacepinas, aun legalmente recetadas, puede correlacionarse con fatiga en el trabajo, deterioro cognitivo, caídas, accidentes en la conducción de vehículos o maquinaria.

2.3.8 ALUCINÓGENOS

Los alucinógenos son un grupo diverso de drogas que alteran la percepción (la conciencia de los objetos y las condiciones circundantes), los pensamientos y los sentimientos.

Su consumo produce desorientación, fantasías, alucinaciones, depresión, paranoia, agresividad, irritabilidad, ansiedad, pánico, psicosis, múltiples cambios de personalidad y pérdida de la memoria, entre otros.

Su forma de presentación más habitual es en papel secante con dibujos animados o letras de idiomas orientales, en el que se encuentra impregnada la sustancia.

Son sustancias que suelen ser consumidas por vía oral y de modo esporádico, por lo que es difícil afirmar que ocasionen dependencia y/o tolerancia. Los efectos que provocan en el organismo pueden mantenerse durante 8 o 10 horas, pero cuando los efectos desaparecen se pueden producir fenómenos de flashback, esto es, tener percepciones relacionadas con el consumo de la sustancia, meses después de haberla ingerido.

Existe un notable riesgo de producir enfermedades psiquiátricas tales como psicosis, esquizofrenia o trastornos paranoides, así como crisis de pánico o deseos de suicidio.

2.3.9 HEROÍNA

Esta sustancia es un derivado que se sintetiza a través de la planta del opio papaver somniferum. Se incluye en el grupo de los opiáceos. Suele presentarse en forma de polvo que puede ser de color blanco o marrón.

Efectos sobre el SNC

La heroína es una sustancia depresora del sistema nervioso central. Su vía de consumo más habitual es la inhalada, que se efectúa calentando la heroína y aspirando por la boca el humo que se produce, pero tradicionalmente la vía más común era la inyectada. La heroína también puede ser consumida esnifada. Presenta una gran tolerancia y con gran rapidez, y una alta dependencia física y psicológica. El síndrome de abstinencia es similar al de un intenso cuadro gripal, aunque a veces su manifestación puede parecer muy aparatosa presentándose sudoración, lagrimeo, temblores y calambres, así como tensión e incremento de la ansiedad. Las vivencias de anteriores síndromes de abstinencia, pueden condicionar su sintomatología. Para su desintoxicación y deshabituación se recomiendan tratamientos específicos llevados a cabo por profesionales tanto para la desintoxicación, como para la rehabilitación y reinserción de este tipo de personas con adicción. Existen tratamientos que pretenden la abstinencia total y otros basados en la administración de metadona u otros fármacos que mejoran la calidad de vida de estos consumidores. El tiempo estimado para considerar finalizada una desintoxicación de heroína oscila entre los 3 y 12 días, mientras que el necesario y posterior proceso de deshabituación puede durar varios años.

Efectos a corto plazo

La heroína produce inicialmente una sensación placentera que proporciona sensación de tranquilidad y a la vez euforia. Es un potente analgésico y reduce las sensaciones desagradables del organismo, tales como el hambre, cansancio o las preocupaciones. En ocasiones puede provocar náuseas y vómitos. Sobre el organismo produce una disminución de la tasa cardíaca y un descenso de la temperatura, así como sequedad

[17] Kowalski, M., Green, J., Pandalai, S., Schulte, P. (2017). Characterizing the Interrelationships of Prescription Opioid and Benzodiazepine Drugs With Worker Health and Workplace Hazards. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 59(11), 1114–1126. USA.

de boca y disminución del tamaño de la pupila (miosis). Una sola dosis de heroína es capaz de desencadenar una parada cardiorrespiratoria que puede provocar la muerte a la persona que la ha consumido.

Efectos a largo plazo

Los efectos negativos derivados del consumo de esta droga se observan rápidamente y están relacionados con problemas de origen físico, psicológico y social, afectando al consumidor de forma muy evidente. Es frecuente que los consumidores de heroína presenten serios problemas de relación personal y del mantenimiento de sus responsabilidades cotidianas.

A los efectos de la sustancia deben sumarse las consecuencias derivadas de la vía de consumo. Los consumidores por vía inhalada suelen presentar disminución de la capacidad pulmonar, mientras que quienes utilizan la vía parenteral se enfrentan al riesgo de enfermedades infecciosas, algunas por la vía de consumo en sí misma (flebitis), por la falta de higiene (abscesos) o por compartir los útiles de consumo (hepatitis, SIDA).



2.4 ALGUNOS MITOS SOBRE LAS DROGAS

Los mitos son creencias que un grupo comparte y preserva. La mayoría de estos mitos son ideas falsas sin base o convicción, normalmente difundidas gracias al desconocimiento de la gente sobre su realidad. Estas creencias falsas normalmente comienzan a divulgarse hasta que son aceptadas como realidades. Sobre las drogas, existen muchos de estos mitos y leyendas. Se detallan a continuación algunos de los más divulgados socialmente:

Figura 2

MITO	REALIDAD
"Se pueden consumir drogas durante mucho tiempo, antes de que te hagan daño"	La droga actúa sobre el sistema nervioso y una pequeña dosis es suficiente para causar efectos tan nocivos como inmediatos.
"Mientras no abuse de ellas, no corro peligro"	Todas las drogas causan daños desde el primer consumo. Además, se corre el riesgo de querer tomarlas con más frecuencia hasta que se acaba enganchado
"El alcohol no es una droga"	El alcohol reúne todos los requisitos de la definición de droga: "Droga es toda sustancia que cuando se introduce en el organismo provoca un cambio en su funcionamiento y es susceptible de crear dependencia y tolerancia".
"El alcohol es un estimulante"	Mucha gente lo cree así porque con las primeras copas la persona se ve algo desinhibida, locuaz… pero lo que en realidad ocurre es que se deprime la capacidad de autocontrol, con lo que se deja salir aquello que se lleva dentro y que el autocontrol recomienda no sacar de una forma inadecuada.

MITO	REALIDAD
"Beber alcohol sólo los fines de semana no provoca daño"	El daño que provoca el alcohol depende principalmente de la cantidad que se ingiera o del llamado "patrón de consumo", es decir, la forma en que se hace. Si se consume a una edad inadecuada (menor de 18 años), o todos los fines de semana, o en grandes cantidades, se está poniendo en peligro el organismo, además de estar en mayor riesgo de convertirlo en un hábito, provocando daños más graves a los órganos, como el hígado o el cerebro.
"Las personas que 'aguantan mucho' corren menos riesgo de llegar al alcoholismo"	Cuando se dice que a alguien "no se le sube el alcohol a la cabeza" no quiere decir que no le esté afectando; quiere decir que es probable que haya desarrollado "tolerancia", que es el mecanismo por el cual es preciso aumentar la dosis de la droga consumida para obtener los mismos efectos que la persona tenía al inicio del consumo.
"Las drogas son un problema más grave que el alcohol"	El alcohol está también dentro de las sustancias denominadas droga y millones de personas tienen adicción a él. El alcohol y el tabaco matan un número de personas 50 veces superior al de quienes mueren a causa de la heroína, la cocaína o cualquiera de las demás drogas ilegales. El alcohol es una droga legal en nuestra cultura y se ha tendido a minimizar las consecuencias negativas de su consumo. Las consecuencias derivadas del consumo abusivo de alcohol son múltiples: violencia familiar o de género, accidentes de tráfico, accidentes laborales, absentismo laboral, abusos sexuales, etc.
"El cannabis no es malo porque proviene de una planta y es natural"	Las setas son también naturales y algunas son venenosas. No todo lo natural es sano. A esto hay que añadir que la marihuana daña el cerebro y que el humo de la marihuana contiene algunos de los mismos componentes del tabaco que causan el cáncer, a veces más concentrados.
"Fumar tranquiliza"	La persona fumadora aprende a regular su forma de fumar para tranquilizarse, y esa "tranquilidad" es debida a la acción central del tabaco, pero desaparecerá cuando los niveles de nicotina en sangre disminuyan y dará paso a la ansiedad que produce el síndrome de abstinencia. Existen otros múltiples métodos para tranquilizarse y enfrentar el estrés cotidiano.
"Si fumas cannabis el fin de semana, el lunes ya vas a estar bien"	El efecto del cannabis puede durar más de 3 días. Si una persona es consumidora habitual, la sustancia permanecerá en el organismo a lo largo de varias semanas.



2.5 OTROS **TRASTORNOS ADICTIVOS**

Se puede decir que una conducta o actividad se convierte en adictiva cuando la persona pierde el control sobre sí misma, cuando deja de poder decidir libremente acerca del uso que hace de la actividad de que se trate, cuando es la propia conducta o el propio "objeto de deseo" el que toma el control sobre la persona, privando a ésta de la capacidad de decidir acerca, por ejemplo, del tiempo que le dedica, del dinero que se gasta en ello o de la cantidad de otras posibles cosas que abandona para poder dedicar más tiempo y atención a la conducta adictiva.

Se podría hablar de adicción a partir del momento en que una conducta se manifiesta de un modo preponderante en la vida de una persona, impidiéndole decidir libremente y convirtiéndose en el eje central de sus vidas, de aquello que confiere incluso una identidad a esa persona. Generalmente, cuando se establece un problema de adicción, el trastorno puede prolongarse en el tiempo, provocando cambios emocionales, en los hábitos y rutinas de la vida diaria y cambios físicos que persisten mientras se mantiene la conducta adictiva.

Actualmente, se recogen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)[18] las llamadas adicciones conductuales como "trastornos no relacionados con sustancias". En dicho grupo se encuentran los "trastornos por juego de apuestas o ludopatía" y los "trastornos por juegos de Internet" u otras conductas problemáticas a como:

- Uso abusivo de nuevas tecnologías
- Ejercicio compulsivo y obsesivo del deporte (vigorexia)
- Conductas de compra compulsiva
- Adicción al sexo
- Adicción al trabajo (Workalcoholic)

[18] DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales.

2.6 VARIABLES QUE FAVORECEN EL **CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EL DESARROLLO DE ADICCIONES**

Entendiendo al ser humano como un sistema complejo, no resulta sencillo explicar los porqués del desarrollo de un proceso adictivo. Para arrojar luz sobre estos interrogantes, el **modelo Bio-Psico-Social** plantea que la interacción entre diversos factores de índole biológico, psicológico y social, tiene un papel importante en el funcionamiento humano y puede favorecer la aparición y el agravamiento de situaciones problemáticas como el consumo de sustancias.

Según este modelo biopsicosocial, para comprender el fenómeno de las adicciones ha de entenderse esta realidad como un todo multifactorial que implica a varios actores.

Las **variables biológicas** tendrían que ver con la genética, el funcionamiento fisiológico del organismo, los cambios estructurales ocasionados por el consumo de sustancias o aquellas enfermedades originadas o provocadas por el consumo de sustancias.

Las **variables psicológicas** estarían relacionadas con aspectos personales como el déficit de autocontrol, tolerancia a la frustración, la gestión emocional, presencia significativa de pensamientos disfuncionales, percepción del riesgo, conductas y toma de decisiones entre otras.

Las **variables sociales** apuntan a la influencia para desarrollo de conductas adictivas originado en el entorno de las personas, a través de contextos como la cultura, la situación socio-económica, la tecnología, religión y un largo etcétera de factores.

2.7 INDICADORES DE **CONSUMO DE RIESGO EN EL ENTORNO LABORAL**

Es importante conocer algunos indicadores que, aun no siendo exclusivos de personas consumidoras de sustancias, pueden ayudarnos a detectar posibles situaciones derivadas del uso de drogas en el en el ámbito laboral. Un ejemplo de clasificación de indicadores laborales puede ser el que aparece en el Protocolo de Elaboración de Planes de Prevención en las Empresas[19] desarrollado por la Asociación Proyecto Hombre.

Podrían agruparse en una serie de áreas:

2.7.1 ÁREA LABORAL Y PRODUCTIVIDAD

Pueden interpretarse como indicadores de consumo el incumplimiento de horarios, las ausencias injustificadas, retrasos, el absentismo reiterado sin causa aparente, especialmente tras los fines de semana o días festivos. También pueden observarse pérdidas significativas y no justificables de la calidad del trabajo realizado, o la necesidad de descansos más prolongados.

[19] Morey, M., Mejía, X, Cañellas, X, Santos, J. Moreno, G. (2011). Protocolo de Elaboración de Planes de Prevención en las Empresas, Proyecto Hombre.

2.7.2 SALUD

Consultas frecuentes por problemas de salud, como problemas gastrointestinales, también pueden estar relacionados con situaciones de consumo el aumento de las bajas por enfermedad, tanto en el número como en su duración, así como la aparición de enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias. Otros indicadores de salud perceptibles a simple vista serían somnolencia, temblores, pupilas dilatadas (midriasis) o contraídas (miosis), ojos enrojecidos. Dejadez en aseo personal. Sufrir síntomas de abstinencia.

2.7.3 CLIMA LABORAL

En el clima de la convivencia laboral pueden percibirse también una serie de indicadores que podrían tener su origen en el consumo habitual de sustancias: sentimiento de aislamiento o rechazo por parte de los compañeros, desconfianza excesiva hacia los demás; aumento de irritabilidad, nerviosismo, aparición de reacciones violentas; cambios bruscos de humor; petición de dinero a compañeros, aparición de pequeños hurtos.

2.8 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL ÁMBITO LABORAL

Es un hecho constatado la presencia del consumo de sustancias en el ámbito laboral[20]. Tal circunstancia invita a la implementación de iniciativas que ayuden a evitar consecuencias no deseadas, tales como siniestros, incidencias sobre la productividad, deterioro del clima laboral, afectación de la imagen de las empresas, etc. Una de las posibles acciones para el abordaje del consumo de sustancias en las empresas son los planes preventivos, que basan su aplicación en los denominados factores de riesgo y protección.[21]

Se entiende por factores de riesgo aquellas variables que aumentan la probabilidad de que una persona llegue a consumir drogas y desarrollar un consumo problemático. Estos factores de riesgo tienen su origen en distintos contextos, que son comunes a la población general como la familia, el entorno social y las propias características personales. Además existen otros factores de riesgo que tienen su origen en el mismo entorno laboral que se describen a continuación.

2.8.1 FACTORES LABORALES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Como se decía con anterioridad, existen una serie de factores de riesgo laborales relacionados con las características del puesto de trabajo o con el ambiente laboral, que podrían, unido a otras circunstancias, favorecer el inicio y/o mantenimiento del consumo de sustancias y que se concentran principalmente en tres grupos.

[20] Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

[21] Camino, C., García de la Cal, D., Contreras, D., Ribas, F. ., Pérez, J. Santos, J., (2017). Guía Práctica Para Personal Técnico en Adicciones de Proyecto Hombre. Disponible en: http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2019/02/PH_GuiaPrevencionLab.pdf

En función de las condiciones de trabajo

Originados por las condiciones que están presentes en el propio puesto de trabajo. En el sector de la construcción, se dan en mayor o menor medida las siguientes:

- Peligrosidad.
- Toxicidad ambiental.
- Trabajos a la intemperie, con actividades que se realizan a temperaturas extremas o en condiciones climatológicas adversas.
- Esfuerzo físico y/o mental requerido por el trabajo.
- Turnicidad o nocturnidad.
- Demandas de alto rendimiento.
- Estrés.
- Tareas rutinarias.
- Ausencia del entorno personal o familiar por motivos laborales.
- Jornadas prolongadas.
- Entorno laboral de tolerancia respecto del consumo.
- Fácil acceso a disponibilidad de algunas sustancias.
- Rotación.
- Cansancio.
- Exceso de responsabilidad.
- Trabajos monótonos y repetitivos.
- Cultura de la profesión.

Relativos a la insatisfacción con el entorno y las condiciones económicas

- La valoración de los superiores e iguales.
- Sentimiento de incapacidad para la tarea.
- Conflictividad o competitividad exagerada.
- Existencia de compañeros consumidores en el puesto de trabajo.
- Remuneración económica no ajustada.

En función de la precariedad laboral

Factor asociado a la dificultad para planificar el futuro y que genera en las personas incertidumbre y malestar emocional. En el sector de la construcción es habitual que los contratos se alarguen hasta la finalización de la obra.

En este sentido, en situaciones que presentan temporalidad en los contratos en el sector de la construcción, se demuestra un consumo superior respecto a otros sectores de sustancias como el tabaco, tal como refleja el estudio de Syamlal, King y Mazurek, (2018).[22]

2.8.2 OTROS FACTORES DE RIESGO

Que la empresa cuente con un plan de prevención del consumo de sustancias puede considerarse un factor de protección tal como se puede interpretar del análisis que de algunos estudios, precisamente del sector de la construcción, han realizado por Van der Molen, Basnet, Hoonakker, Haslan y Verbeek (2018)[23], se puede determinar que existen pruebas de que programas preventivos generalistas, así como programas de intervención integrales sobre drogas en el puesto de trabajo, pueden contribuir a la reducción de los accidentes en el puesto de trabajo dentro del sector de la construcción.

2.8.3 EL TRABAJO COMO FACTOR DE PROTECCIÓN

Los factores de protección son a su vez variables que amortiguan o reducen la influencia de esos factores de riesgo. Son igualmente de origen social y personal, y protegen a las personas

[22] Syamlal, G, King BA, and Mazurek, J.M; (2018) Tobacco product use among workers in the construction industry, United States, 2014-2016. American Journal of Industrial Medicine. USA (61(11):939-951) Recuperado en: https://www.ncbi.nlm.nih...

[23] Van der Molen, H. Basnet, P., Hoonakker, P., Haslam, R. y Verbeek, J. (2018). Effectiveness of Interventions for Preventing Injuries in the Construction Industry: Results of an Updated Cochrane Systematic Review. Advances in Intelligent Systems and Computing, 825(1), 438-44. Finland.

reduciendo la probabilidad de inicio y/o progresión en el consumo de drogas.

Dados los factores de riesgo y protección y su incidencia en el consumo de sustancias, los planes preventivos habrían de considerar intervenciones encaminadas a minimizar en lo posible los primeros y promover y potenciar los segundos.

En este sentido, puede considerarse al trabajo en sí mismo como un factor de protección que proporciona ingresos económicos que son vitales para el desarrollo de las personas. Contribuye además a satisfacer las necesidades básicas y de autorrealización y reconocimiento y otorga, a través del desempeño, la posibilidad de experimentar la iniciativa y la creatividad.

Traspasa patrones culturales y valores, como son los hábitos y estilos de vida saludables y alimenta las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo y las relaciones de colaboración y cooperación.

Estrategias para potenciar los factores protectores en el ámbito laboral

Algunas estrategias básicas para aumentar los factores de protección en el ámbito laboral son los siguientes:

- Mantener una cultura laboral sana y de no consumo.
- Comunicación clara y fluida con los compañeros de trabajo y con los superiores. Desarrollar la capacidad de trabajar en equipo.
- Reconocimiento y valoración explícita por parte de los superiores del trabajo y del esfuerzo realizado por cada uno de los trabajadores.
- Creación de espacios de ocio para compartir con los compañeros de trabajo y/o las familias.
- Clima laboral acogedor, seguro y estable; existencia de relaciones interpersonales de compañerismo.
- Condiciones ambientales satisfactorias, existencia de los recursos materiales, de seguridad y/o de condiciones laborales necesarios para realizar de manera adecuada el trabajo.
- Evitar desajustes entre formación y el puesto que ocupa el trabajador.
- Llevar a cabo planes de prevención de adicciones en la empresa.
- Desarrollar estrategias para disminuir los riesgos de una deficiente planificación, como, por ejemplo, planificar con antelación suficiente los turnos de trabajo, facilitando así que los trabajadores puedan conciliar mejor su vida personal y laboral.
- Planificar adecuadamente los periodos de descanso de trabajadores con jornadas prolongadas.
- Facilitar la variación de tareas, por ejemplo, mediante sistemas rotatorios en el caso de tareas repetitivas.
- Favorecer la autonomía en el desarrollo del trabajo hasta donde sea posible

2.9 **PERCEPCIÓN DEL CONSUMO DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS** EN POBLACIÓN LABORAL DEL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN. ESTADÍSTICAS.

El de la construcción es, según los datos existentes, el sector más afectado por el consumo de sustancias de sus trabajadores.

En concreto y según las estadísticas referentes al ámbito de la construcción, extraídas de la Encuesta sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral del PNSD 2013-2014, dicho sector lidera las prevalencias de consumo de sustancias como alcohol (19,4%), tabaco (43,4%) y cannabis (11,7%), por delante de los demás sectores de actividad. En cuanto al consumo de otras sustancias ilegales, como la cocaína, ocupa el segundo lugar, encontrándose tan solo por detrás del sector de actividades artísticas, recreativas y deportivas.

Los datos reflejan la realidad de un sector en el que la convivencia de los consumos de sustancias legales e ilegales con la actividad laboral se encuentra muy presente.

En cuanto al alcohol, se observa que en relación a consumos diarios en el último mes, la población trabajadora de la construcción ocupa el primer lugar (19,4%), duplicando prácticamente la media (10,5%). Si se tiene en cuenta como criterio el consumo de riesgo, que se determina según puntuaciones obtenidas en el test AUDIT[24], nos encontramos de nuevo que el 9% de los trabajadores del sector de la construcción consumidores de alcohol lo hacen según criterios de riesgo, siendo con diferencia el sector más afectado, duplicando la media nuevamente (4,8%).

Respecto al consumo de tabaco, el sector de la construcción lidera el consumo diario de entre todos los sectores laborales, con un 43,4%, del total de las personas encuestadas.

Igual circunstancia concurre con el cannabis, como sustancia de consumo más extendida entre las drogas ilegales, donde el sector de la construcción vuelve a arrojar los datos que le ubican como el más afectado, con un 11,7% de consumidores habituales, ante la media del 6,7 del resto de sectores.

En cuanto al consumo de cocaína, como se apuntaba en párrafos anteriores, el sector de la construcción es el segundo más afectado con un total de un 3,9%, alejado del 2,4% de media en los demás sectores.

Es importante resaltar la percepción que la propia población trabajadora posee sobre el consumo de sustancias en el ámbito laboral y de la importancia que le otorga a esta situación. En este sentido, el porcentaje de la población laboral en el sector de la construcción que califica de bastante o muy importante el problema del consumo de sustancias es del 86%, dato acorde con las altas tasas de consumo presentes en dicho ámbito.

[24] AUDIT es la sigla de Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol), una prueba simple de diez preguntas desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso.

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR SECTORES (Fuente: PNSD 2013-2014). Figura 3

	Alcohol	Alcohol Riesgo	Tabaco	Cannabis	Cocaína
Construcción	**19,4**	**9**	**43,4**	**11,7**	3,9
Hostelería	11,3	7	42,6	10,9	4
Agricultura, pesca, ganadería y extracción	13,5	7,6	40,2	7,2	2
Industria manufacturera y suministros	11,6	4,3	36	6,2	2,4
Comercio y reparación de vehículos a motor	8,7	3,9	33,5	6,6	2
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	11,1	5,3	32,3	6,9	2,3
Act. artísticas, recreativas y deportivas	7,3	5,6	34,1	10,4	**5,6**
Act. financiera, seguros, inmobiliarias y s. empresa	10,5	4,6	30	5	2,3
Admon. Pública, sanidad, educación, ss. sociales	8,4	2,5	25,8	3,6	1,3
Actividades domésticas y servicios personales	4	2	28,8	4,3	1,2
MEDIA	**10,5**	**4,8**	**33,8**	**6,7**	**2,4**

Un dato revelador es el bajo porcentaje de personas de este sector que en algún momento ha recibido formación específica sobre riesgos o prevención del consumo de sustancias en el ámbito laboral, y es que tan solo un 3,4% había recibido algún tipo de orientación, a pesar de ser el sector con mayores porcentajes de consumo de drogas legales y cannabis.

Dichos datos invitan a pensar sobre la idoneidad de establecer protocolos preventivos para el abordaje de esta realidad.

03

MARCO NORMATIVO



En cuanto a legislación en el ámbito laboral en España, relativa al consumo de drogas, se encuentran escasas referencias, basadas fundamentalmente en el carácter punitivo de las mismas, aunque progresivamente va surgiendo diferente normativa centrada en un abordaje de carácter más preventivo y asistencial.

La legislación sobre materia laboral en España surge dentro del marco de la **Constitución Española de 27 de diciembre de 1978**, que indica el deber de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo en su artículo 40, el derecho a disfrutar de un medio ambiente laboral adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo en su artículo 45 y reconoce el derecho de protección de la salud en su artículo 43, así como garantiza el derecho a la intimidad personal de los trabajadores en su artículo 18.

Desde el enfoque de la Prevención de Riesgos Laborales, la legislación de referencia **es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.**

En la citada Ley, no es posible encontrar mención al consumo de alcohol y otras drogas por parte de los trabajadores. Sin embargo, los artículos 14 y 15 sí determinan que el empresario debe garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y tomar las medidas preventivas que sean necesarias para que los riesgos sean controlados. Pese a la dificultad en la aplicación de medidas, si se tiene en cuenta que el consumo de alcohol u otras drogas por parte del trabajador puede ser un riesgo específico en el puesto de trabajo, podría pensarse que es responsabilidad del empresario controlar dicho riesgo.

Por otro lado, otro marco de referencia desde el que abordar los problemas derivados de consumos de sustancias en el ámbito laboral, es el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley del Estatuto de los Trabajadores** (E.T.), que en su artículo **54.2 f**) se recoge la siguiente definición: "Se consideran incumplimientos conductuales, la embriaguez habitual o toxicomanía, si repercuten negativamente en el trabajo", resultando ser una causa de despido poco utilizada, reconduciendo las conductas a otros supuestos del artículo **54.2. del Estatuto de los Trabajadores.**

El concepto de toxicomanía que se emplea en este artículo del Estatuto de los Trabajadores es el de adicción a cualquier tipo de droga: alcohol, tabaco, estupefacientes, etc. y requiere habitualidad entendida como la necesaria persistencia o reiteración en el tiempo, en contraposición a hechos esporádicos. No se concreta la habitualidad por el número de veces, es suficiente con que haya asiduidad, entendiendo que la hay si hay reincidencia, pese a haber advertencias previas.

El requisito "habitual" es necesario no solo en caso de embriaguez, también en el de drogodependencia. A su vez, ha de tener una repercusión negativa en el trabajo, resultando imprescindible para la viabilidad de la causa de despido. La embriaguez o drogadicción que no tiene repercusión en la vida laboral, no son causa de despido.

De esta forma, es complicado aseverar una relación directa entre el consumo de sustancias con la posibilidad de realizar un despido procedente.

Así, no hay una regulación específica a nivel nacional por lo que es necesario remitirse a los convenios en los diferentes sectores productivos y de las Comunidades Autónomas, en su caso.

En algunos de estos convenios, se recogen aspectos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas a la hora de establecer faltas en sus diferentes categorías en función de la frecuencia detectada.

El **Convenio colectivo de la construcción** (publicado en el BOE 21/09/2017), en su artículo 101 (faltas graves), incluye el apartado "Consumo de bebidas alcohólicas o de cualquier sustancia estupefaciente que repercuta negativamente en el trabajo". En el artículo 102 de faltas muy graves, se consideran la embriaguez habitual o la toxicomanía, si repercuten negativamente en el trabajo.

Al igual que ocurría anteriormente, también puede ser complicado establecer una relación directa que permita aplicarle una falta grave al trabajador si no se documenta debidamente.

Finalmente se pueden relacionar los principales textos legislativos referidos a las drogodependencias en el ámbito laboral de aplicación en el estado español:

- Los derechos fundamentales de las personas establecidos por la Constitución del 7 de diciembre de 1978 (BOE 29 12 1978, núm.311)
- El Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE 29.03.1995, núm.75)
- La ley 14/1986, del 25 de abril, general de Sanidad (BOE 29.04.1986,núm.15207)
- La Directiva 89/391CEE del Consejo del 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE 29.06.1989,núm.183/L)
- La legislación vigente en España en materia de Salud Laboral: Real Decreto Legislativo 1/1994, del 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social (BOE 10.11.1995,núm.269) y el real decreto 39/1997, del 17 de enero, por el que se aprueba el reglamento de servicios de Prevención (BOE 31.01.1997,núm.27)
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (L.P.R.L.), reformada mediante Ley 54/2003, de 12 de Diciembre.

3.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN

La detección del consumo de sustancias a través de pruebas de despistaje resulta un procedimiento objetivo para la prevención de riesgos asociados al consumo de sustancias en el ámbito laboral.

Su implementación técnica puede realizarse por medio de diversas pruebas, siendo las más comunes a través de aire expelido, orina, saliva y sudor. Hay que tener en cuenta que, excepto las de aire expelido, los test indican la presencia de metabolitos de la sustancia en el fluido correspondiente, sin señalar cantidad ni el tiempo transcurrido desde el consumo.

Existen además otras pruebas más complejas que requieren laboratorios y que exigen el establecimiento de protocolos que aseguren la trazabilidad de la muestra analizada, evitando

cualquier posibilidad de cambio, contaminación u otra forma de alteración, aunque resultan poco operativas para el ámbito laboral.

Como característica importante, es preciso conocer que las pruebas tienen un arco temporal, que es el tiempo en el que sigue marcando positivo desde el momento del consumo de la sustancia. Cuanto más largo es este periodo, menos fiables son para establecer la afectación de la persona por el consumo y, por lo tanto, valorar su capacidad para desarrollar sus responsabilidades laborales. Harán falta otras pruebas médicas para analizar esta capacidad.

En el caso del alcohol, la prueba más común es la del aire expelido, (los alcoholímetros de los controles de tráfico). La fortaleza principal de esta prueba es su rapidez y que los datos indican el estado en el que se encuentra la persona en el momento de su realización. La debilidad, que son aparatos que deben de ser calibrados periódicamente para asegurar una correcta lectura.

Las pruebas sobre orina resultan económicas, aunque también molestas por el fluido sobre las que se realizan. En estos casos, su arco temporal es de los más grandes ya que su escala es la mayor entre las tres pruebas realizadas sobre fluidos.

Las pruebas de saliva, en cambio, son menos invasivas y tienen un arco temporal más corto.

Las de sudor (pueden ser a través de la huella dactilar) se encuentran entre las más fiables y concretas aunque también entre las más costosas.

Se puede llegar a pensar que la realización de este tipo de pruebas podría quedar enmarcada por la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, que en su artículo 22 (sobre la vigilancia de la salud), permite su realización atendiendo a una serie de principios como la voluntariedad de las pruebas, el respeto a la intimidad y la dignidad del trabajador, la comunicación de los resultados a cada trabajador y que dichos datos no pueden ser empleados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.

En este sentido, una sentencia del Tribunal Constitucional, deja claro el sentido de la Ley *"El reconocimiento médico en la relación laboral no es un instrumento del empresario para un control dispositivo de la salud de los trabajadores, como tampoco una facultad que se le reconozca para verificar la capacidad profesional o la aptitud psicofísica de sus empleados como un propósito de selección de personal o similar. Su eje descansa en un derecho del trabajador a la vigilancia de su salud. Por tanto, debe existir la conformidad libre, voluntaria e informada del trabajador para la vigilancia y protección de su salud frente a los riesgos del trabajo"* TC Sentencia núm. 196/2004 de 15 de noviembre RTC\2004\196.

No obstante, la Ley prevé la posibilidad del carácter obligatorio del reconocimiento y las pruebas que sean oportunas, cuando se dé alguna de las siguientes variables:

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

No obstante, y dada la complejidad legal y sensibilidad del tema en cuestión, para poner en marcha planes de pruebas de detección es recomendable el asesoramiento previo con expertos en el tema. Además, estos planes de pruebas de detección deberían estar enmarcados en la prevención de riesgos de los trabajadores.

Independientemente de aspectos legales, resulta oportuno conocer que existen estudios que evidencian que la realización de pruebas de detección tiene un claro efecto disuasorio sobre el consumo de dichas sustancias: Marqués, Jesús, Olea, Vairinhos y Jacinto (2014)[25]. Otra evidencia es que disminuyendo el consumo, disminuye también el

[25] Marqués, P., Jesús, V., Olea, S., Vairinhos, V., Jacinto, C. (2014). The effect of alcohol and drug testing at the workplace on individual's occupational accident risk. Safety Science, 68(1), 108-120. Portugal.

riesgo de incidentes y siniestros a la vez que mejora el clima laboral y la productividad.

Para obtener esa mejora en el clima laboral es importante que la realización de las pruebas sea lo más consensuada y aceptada posible, además de contar con una buena acción informativa, reduciendo de esta forma las resistencias y los miedos.

Las intervenciones orientadas a la generación de salud tienen como beneficiarios a todos los miembros de la empresa, y desde ese espíritu hay que diseñar los programas de actuación de la forma más holística e integral posible, en las que las pruebas de detección pueden ser una herramienta con una reconocida aportación en la obtención de los objetivos.

También hay que tener en cuenta las limitaciones que tienen las pruebas:

- Algunas sustancias no tienen reactivos sencillos.
- Realizar pruebas de todas las sustancias analizables puede resultar muy costoso en tiempo y dinero.
- Un positivo en la prueba no indica un estado de incapacidad para el trabajo.

El periodo de intoxicación es más corto que el de positivo en las pruebas de detección. Una prueba no siempre determina si la persona está o no en condiciones de desarrollar su trabajo. Dicho de otro modo, no siempre diferencia entre estar ebrio o haber consumido unos días atrás. En orina, una de las pruebas más habituales, el arco temporal de positivo en cannabis, tras un solo consumo, puede ser de varias semanas.

Otras consideraciones a tener en cuenta sobre las pruebas de detección son que:

- Un positivo no diagnostica una adicción. No diferencia entre un consumo puntual, una relación de abuso o una adicción.
- Puede generar desconfianza. Si hay dudas sobre el concepto aleatorio en la realización de las pruebas de detección, se puede interpretar como una intención de hostigamiento, persecución o cuanto menos de falta de equidad en la realización de las pruebas.

De todo lo expuesto hasta ahora, se vislumbra que, a pesar de ofrecer una información válida para conocer la presencia de riesgos asociados al consumo de sustancias por parte de la población trabajadora, las pruebas de detección como iniciativa aislada resultan deficientes como intervención. Evidentemente un plan preventivo sobre los consumos de sustancias requiere inversiones integrales como el análisis de cada entidad, acciones de información y sensibilización dirigidas a todos los estamentos de la empresa, planes de formación y acciones concretas sobre los factores de protección y de riesgo presentes en cada empresa, requiriendo protocolos claros, y que se formalicen de forma consensuada y pública.

También sería necesaria una política de tratamiento de los casos de adicciones que emerjan. En caso de presentarse todas las acciones descritas, las pruebas de detección sí podrían ocupar un espacio realmente importante.



04

ANÁLISIS DE ESTUDIO CUANTITATIVO DE LA SITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN EL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN

A continuación, se exponen los resultados obtenidos del estudio llevado a cabo en noviembre de 2018 sobre la situación de drogodependencias en el sector de la construcción.

4.1 MÉTODO

Para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos, este trabajo se aborda desde un diseño de investigación descriptivo, no experimental, transversal y de carácter cuantitativo, con un abordaje tipo encuesta.

Tras un primer trabajo de análisis de la bibliografía existente en torno al consumo de sustancias en el entorno laboral, profundizando especialmente en las necesidades y realidades del sector de la construcción y abordando tanto experiencias de investigación españolas como en el extranjero, el equipo de investigación procede a diseñar un cuestionario ad hoc, validado por un grupo de expertos.

Este cuestionario se aplica a trabajadores de la construcción que en el momento de la aplicación (último trimestre de 2018) se encuentran realizando una actividad formativa en alguno de los centros de formación de la Fundación Laboral de la Construcción, por lo que el muestreo es considerado incidental. La aplicación del cuestionario se realiza online, en aulas equipadas con material informático en las dependencias de dicha institución o con Smartphone y con el apoyo y acompañamiento de un técnico formador. En los casos en los que no ha sido posible su cumplimentación online, se han rellenado en formato papel. Asimismo, aquellos trabajadores que no han sido capaces de cumplimentar el cuestionario, bien debido a dificultades para la lectura, bien por dificultades con el idioma, reciben apoyo en su cumplimentación por parte del técnico presente en el aula.

Previo a la cumplimentación del cuestionario se indica la finalidad e importancia de la investigación y se explica convenientemente a los participantes el anonimato de sus respuestas.

A continuación, se depuran los datos recogidos elaborando una base de datos para su análisis con el paquete estadístico SPSS v.24, con el que se realizan los análisis estadísticos, tanto descriptivos como inferenciales. En estos análisis se emplean las siguientes pruebas no paramétricas: *U de Mann Whitney, chi-cuadrado* para las tablas de contingencia, *H de Kruskal Wallis, Friedman,* empleando la $p<.05$ como criterio de significación.

4.2 INSTRUMENTO

La herramienta de recogida de información se elabora ad hoc, valorando variables empleadas en otros estudios, para poder asegurar la comparabilidad de los datos obtenidos. Se estructura en un total de diez bloques, con un total de 37 preguntas:

Variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, comunidad autónoma de residencia.

Variables formativo laborales: años de experiencia en el sector de la construcción, meses en desempleo, nivel formativo, puesto de trabajo,

tamaño de la empresa, formación en prevención de riesgos laborales, etc.

Consumo problemático de alcohol: se presentan las tres preguntas que componen la escala AUDIT-C, versión reducida del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993[26]) para evaluar posibles consumos problemáticos de alcohol:

- ¿Con qué frecuencia bebes alguna bebida con alcohol (cerveza, vino, etc.): nunca (0 puntos); una vez al mes o menos (1 punto); de dos a cuatro veces al mes (2 puntos); dos o tres veces a la semana (3 puntos); cuatro o más veces a la semana (4 puntos).
- Los días que bebes alguna cantidad de alcohol, ¿cuál es la cantidad de bebidas que consumes? (Considerando que un tercio de cerveza o una copa de vino es una bebida, y un combinado son dos): 1 o 2 (0 puntos); 3 o 4 (1 punto); 5 o 6 (2 puntos); 7 a 9 (3 puntos); 10 o más (4 puntos).
- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? Nunca (0 puntos); menos de una vez al mes (1 punto); mensualmente (2 puntos); semanalmente (3 puntos); a diario o casi diario (4 puntos).

En el **Anexo 1,** se puede ver el cuestionario completo que cumplimentaron los trabajadores.

Para el análisis de los resultados en este estudio, se considera consumo de riesgo aquellas puntuaciones iguales o superiores a cinco en esta escala.

- **Consumo de tabaco:** también se introduce una pregunta acerca del consumo habitual de tabaco.
- **Consumo de sustancias:** se plantean cuatro preguntas para cada tipo de sustancias, incluyendo, junto a las más habituales, el consumo de bebidas estimulantes.
  - Consumo en los últimos 30 días (SI/NO)
  - Consumo a lo largo del último año (SI/NO)
  - Consumo alguna vez en la vida (SI/NO)
  - Momento de consumo (Opción múltiple, pueden señalarse varias opciones: Antes o durante la jornada de trabajo/ Después de la jornada de trabajo / Fines de semana o días libres)
- **Percepción sobre problemática del consumo de sustancias en el entorno laboral.** Se presentan cinco elementos para ser valorados en una escala tipo Likert de 10 puntos (1-10)
- **Percepción sobre CONSECUENCIAS del consumo de sustancias en el entorno laboral.** Se presentan cinco elementos para ser valorados en una escala tipo Likert de 10 puntos (1-10): salud, accidentes en el trabajo, rendimiento, mal ambiente y absentismo.
- **Grado de bienestar percibido en el entorno laboral.** Se solicita a los participantes su valoración de bienestar percibido en torno a tres elementos: compañeros, mandos y estabilidad laboral.
- **Valoración de presencia de determinadas condiciones de trabajo.** Con el objetivo de poder medir estresores y condiciones de trabajo, se solicita a los participantes que valoren en una escala tipo Likert (1-10) la frecuencia en la que se dan una serie de condiciones: trabajo en espacios confinados, estrés térmico, trabajo en altura, sobreesfuerzo físico, desplazamientos y estrés durante el trabajo.
- **Valoración de acciones para la prevención del consumo de sustancias.** Se presentan un total de cuatro posibles acciones (información a trabajadores, información a mandos, pruebas de detección y derivación de los trabajadores a tratamiento) y se solicita que valoren su interés en una escala tipo Likert (1-10).

[26] Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction, 88, 791-804. USA.

4.3 PARTICIPANTES

Los participantes son trabajadores de la construcción (n=1547) que en el momento de la aplicación del cuestionario se encontraban realizando algún curso de formación en alguno de los centros de la Fundación Laboral de la Construcción. Un 84,62% de los participantes son hombres (Edad media=39.49; D.T. =11.57) y un 15,38% son mujeres (Edad media=39.33; D.T. =11.43). Teniendo en cuenta que el porcentaje de ocupación femenina en el sector de la construcción es del 8,8%[27], la presencia de mujeres participantes en esta muestra es adecuada.

Los participantes proceden de todo el territorio nacional, a excepción de las ciudades autónomas y el Principado de Asturias, como queda reflejado en la figura 4.

El nivel formativo de los participantes se ha clasificado en torno a seis categorías, siendo mayoritarios los trabajadores con estudios primarios o secundarios, pero incluyendo también un 13,91% de trabajadores con estudios superiores y un 9,94% de trabajadores con título de bachiller.

Por puesto de trabajo, se ha empleado un sistema de categorías en torno a seis categorías profesionales, tal y como se refleja en la figura 6, que refleja que la mayor parte de los participantes son peones (45,18%), seguidos de oficiales (29,61%), mientras que los directivos suponen un 3,43% de la muestra. Pese a estas diferencias en el peso relativo, se entiende que es un reflejo de la realidad del sector de la construcción.

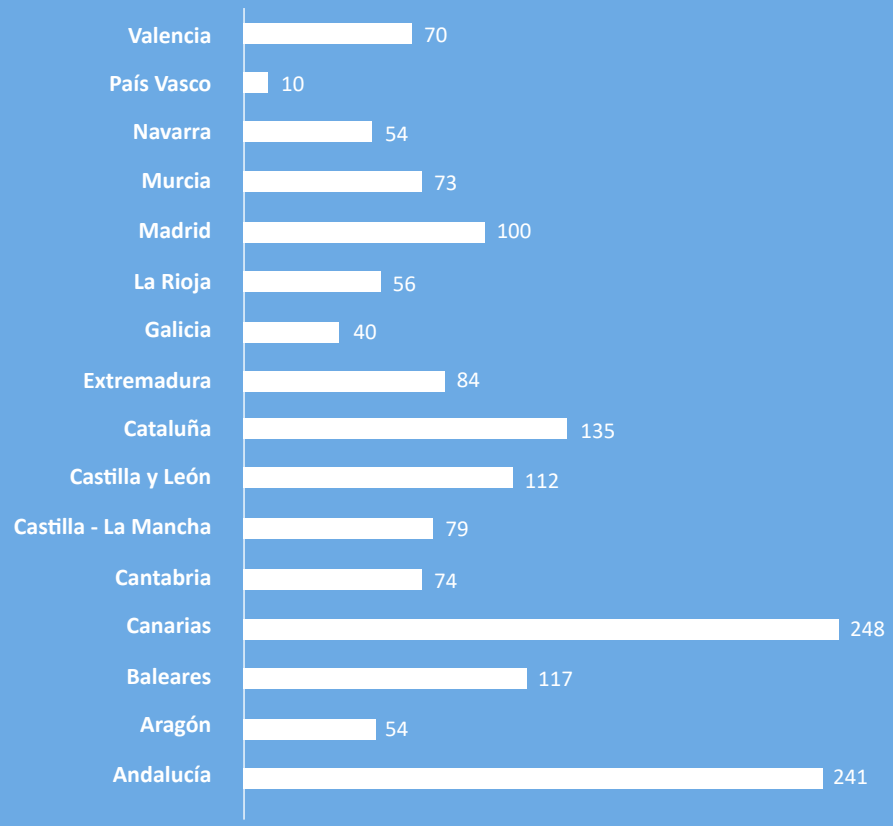
84,62%
Hay una presencia mayoritaria de hombres.

El **75%** de los participantes pertenecen a las categorías profesionales de peones y oficiales.

[27] Fundación Laboral de la Construcción (2018). Ocupación y formación en el sector de la construcción. Recuperado de: http://www.observatoriodelaconstruccion.com/uploads/media/j6amZSkOBn.pdf

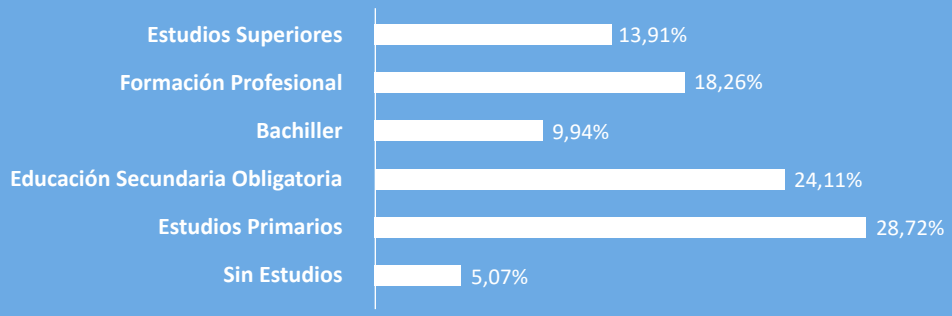
Participantes por comunidad autónoma

Figura 4



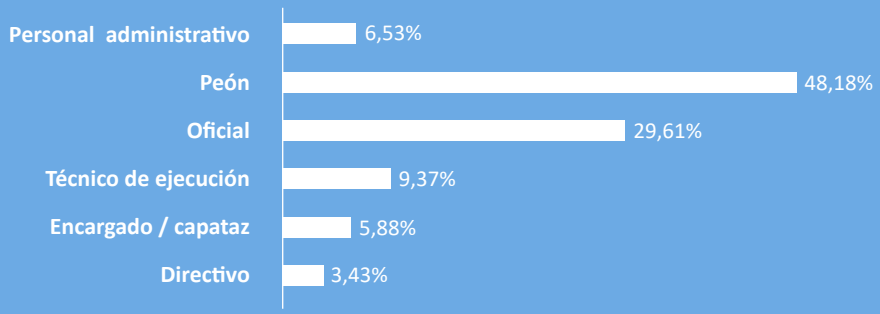
Participantes según estudios cursados

Figura 5



Participantes según puesto de trabajo

Figura 6



En relación al tamaño de la empresa, en la figura 7 queda reflejado que sólo un 34,07% de la muestra proviene de empresas de más de 50 trabajadores, mientras que un 6,85% son trabajadores autónomos, evidenciando la dispar realidad en cuanto a tamaño de las organizaciones en el sector de la construcción.

En relación al estado civil, una de las variables sociodemográficas de interés por su potencial impacto como factor de riesgo y/o protección, en la figura 8 se aprecia que la mayor parte de los trabajadores están en una relación de pareja estable (52,49%), mientras que un 37,94% están solteros.

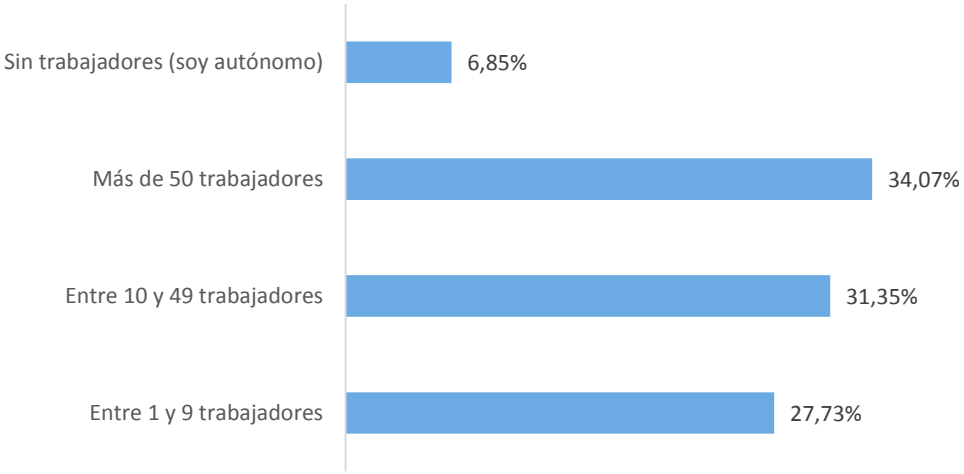
También se pregunta a los trabajadores si en alguna ocasión han estado implicados de cualquier modo en algún accidente laboral. En términos globales, un 22,56% de los participantes se ha visto implicado de un modo u otro en algún accidente laboral a lo largo de su vida, no apreciándose grandes diferencias en esta variable si se tiene en cuenta el tamaño de la empresa en la que trabajan en la actualidad.

2 de cada 10 trabajadores se han visto implicados en algún accidente laboral a lo largo de su vida.



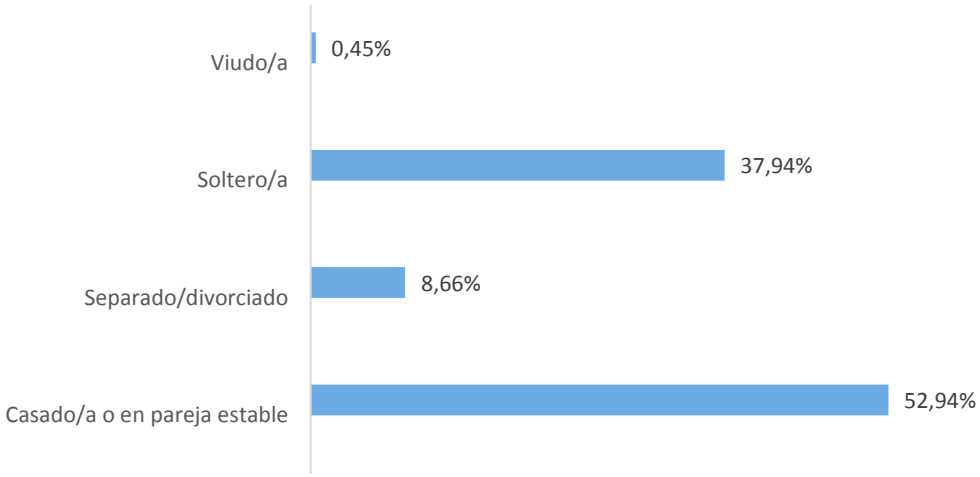
Participantes según tamaño de la empresa

Figura 7



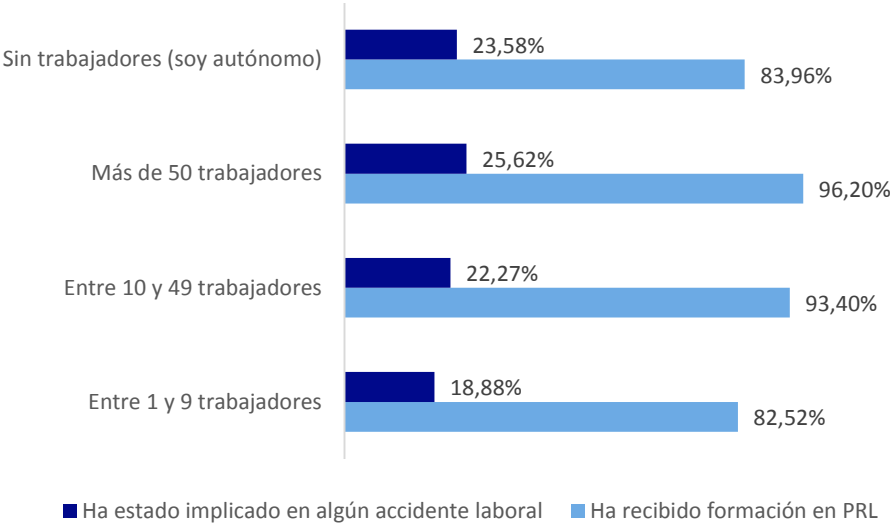
Estado civil de los participantes

Figura 8



Formación en PRL e implicación en algún accidente laboral. Según tamaño de la empresa

Figura 9



4.4 RESULTADOS DEL ESTUDIO

A continuación, se exponen los resultados del estudio realizado, estructurados en un total de once apartados (consumo de tabaco, bebidas estimulantes, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, hipnosedantes, alucinógenos, heroína, percepción sobre realidad del consumo, y consecuencias y valoración de acciones preventivas).

4.4.1 CONSUMO DE TABACO

El consumo habitual de tabaco es de un 35,49% de los participantes (figura 10), sin encontrar diferencias entre hombres y mujeres.

El consumo de tabaco es superior en los trabajadores sin estudios o educación obligatoria. El grupo con menor consumo es el de trabajadores con estudios universitarios.

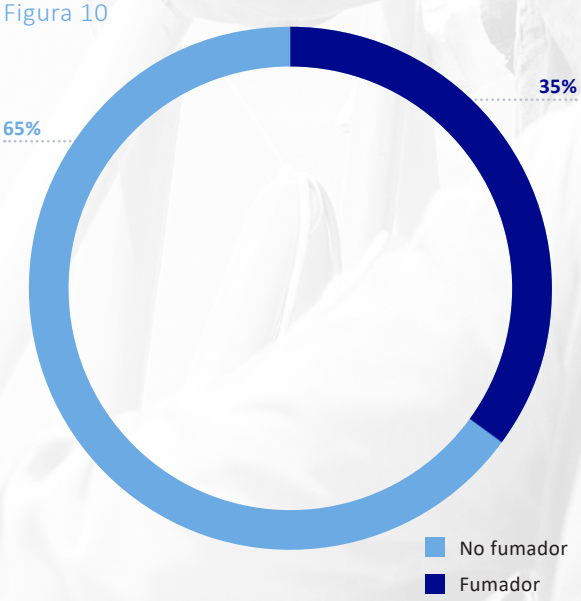
También hay diferencias en el consumo de tabaco según el puesto de trabajo que ocupan, siendo los trabajadores con categorías profesionales superiores quienes presentan niveles inferiores de consumo.

En relación al estado civil, son los trabajadores separados o divorciados quienes presentan un mayor consumo de tabaco frente a casados o en pareja estable.

No hay diferencias en el consumo del tabaco entre hombres y mujeres.

Consumo de tabaco

Figura 10



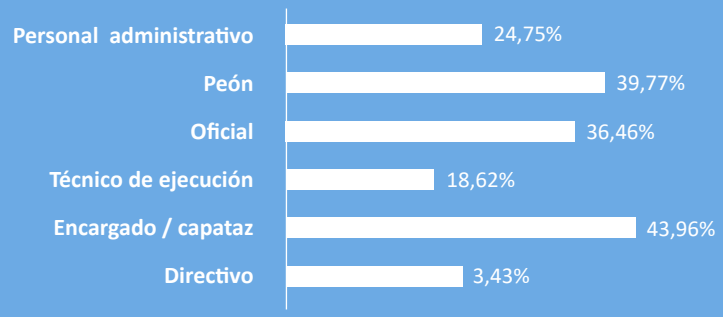
Consumo de tabaco. Porcentajes según nivel formativo

Figura 11



Consumo de tabaco. Porcentajes según puesto de trabajo

Figura 12



Consumo de tabaco. Porcentajes según estado civil

Figura 13





4.4.2 CONSUMO DE BEBIDAS ESTIMULANTES

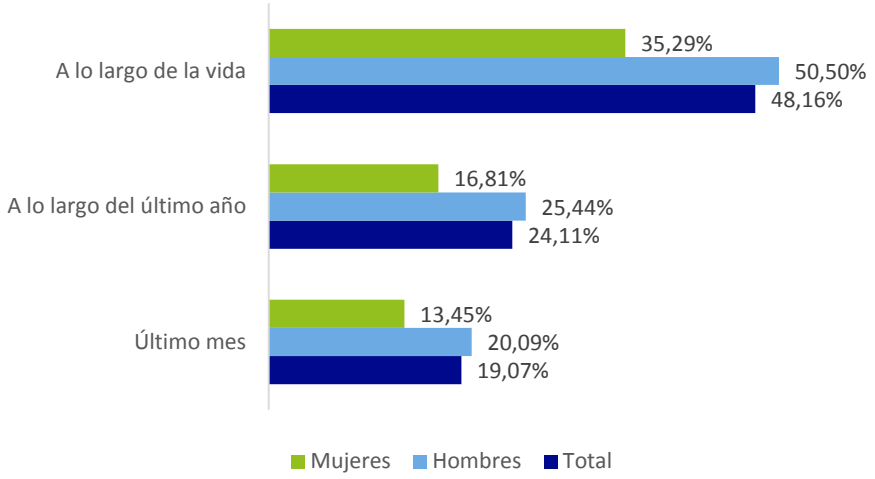
Aparecen porcentajes importantes de consumo de este tipo de bebidas, considerando que casi uno de cada cinco trabajadores manifiesta haberlas consumido a lo largo del último mes y casi la mitad de los participantes lo han hecho alguna vez en la vida. Hay diferencias significativas en el consumo de hombres y mujeres, siendo superior en todos los casos en los varones (figura 14) .

En relación al estado civil (figura 15), hay diferencias significativas en los tres casos, siendo los solteros quienes presentan mayores niveles de consumo.

2 de cada 10 hombres dicen haber consumido bebidas estimulantes en el último mes mientras que, en el mismo periodo, 1 de cada 10 mujeres manifiesta haberlas consumido.

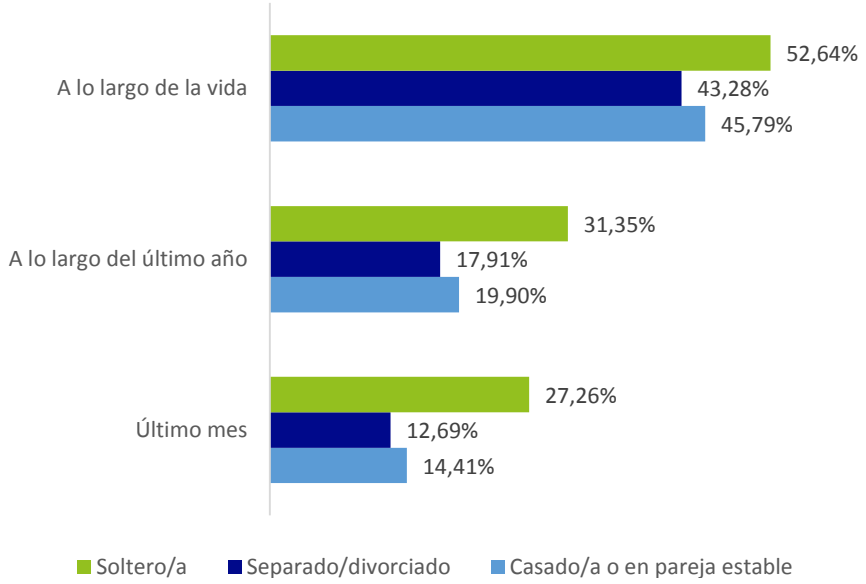
Consumo de bebidas estimulantes. Global y por sexo

Figura 14



Consumo de bebidas estimulantes. Estado civil

Figura 15



Se da un mayor consumo por parte de los trabajadores solteros, frente a casados o separados:

27,26% en el último mes

31,27% en el último año

52,64% en la vida

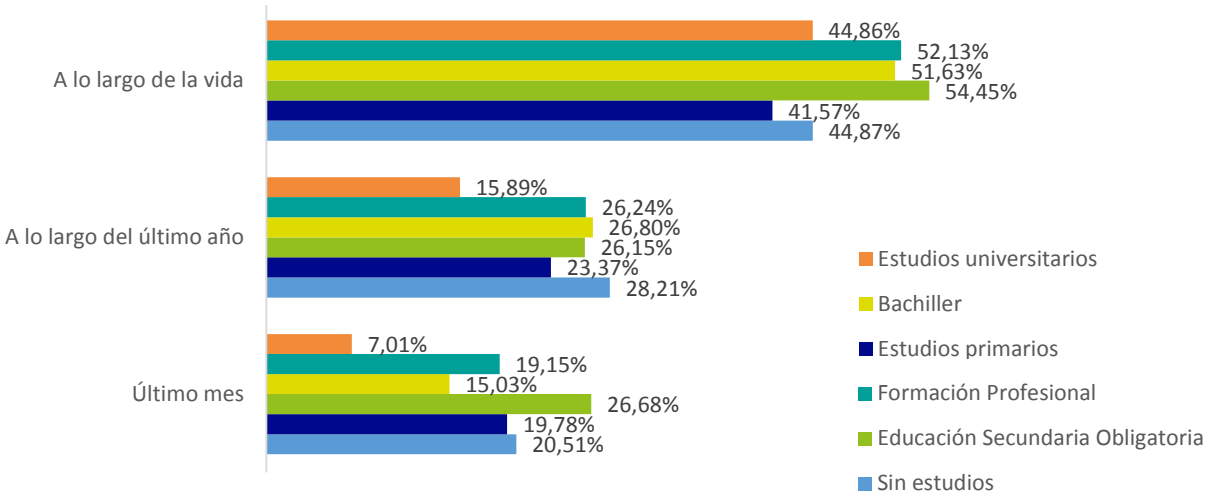
Los análisis estadísticos señalan diferencias significativas en el consumo de estas bebidas según el nivel formativo (figura 16), tanto en el último mes como a lo largo de la vida.

En relación a la categoría profesional hay diferencias en el consumo a lo largo del último mes, año y a lo largo de la vida, siendo peones y oficiales quienes presentan mayores porcentajes de consumo (figura 17).

Los trabajadores con categorías profesionales de peones duplican y triplican el consumo de bebidas estimulantes en el último mes frente a las otras categorías profesionales, salvo a la de oficiales.

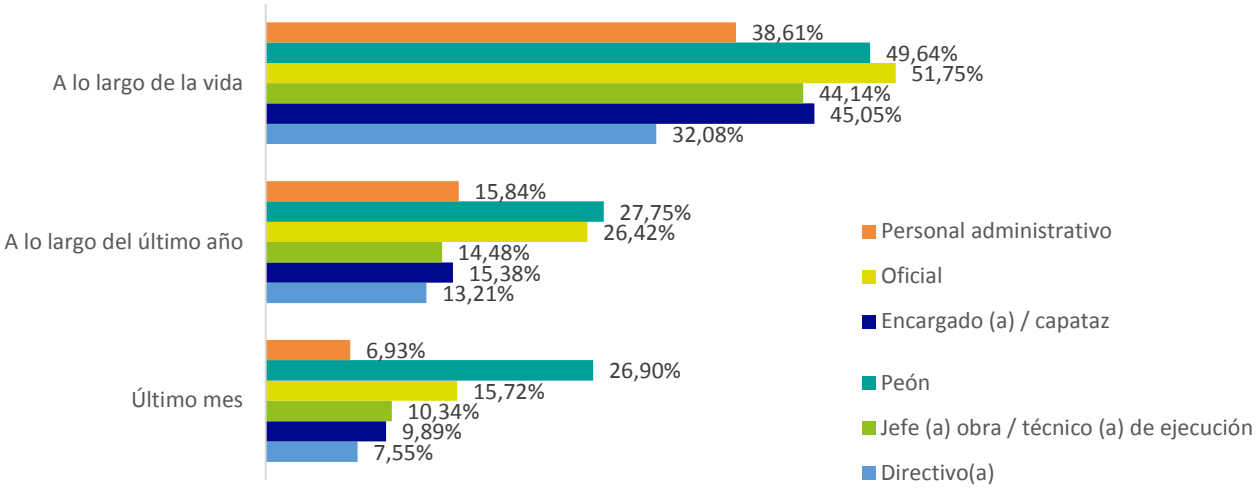
Consumo de bebidas estimulantes. Nivel formativo

Figura 16



Consumo de bebidas estimulantes. Puesto de trabajo

Figura 17



Bienestar y condiciones de trabajo

Figura 18

	Último mes				A lo largo de la vida			
	SI		NO		SI		NO	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Estabilidad laboral (en el puesto de trabajo y/o en la empresa)					7,61	2,80	7,85	2,69
Trabajo en espacios confinados	5,05	3,01	4,55	3,06				

Como se aprecia en la tabla (figura 18), aparecen diferencias significativas entre quienes han consumido en el último mes y no lo han hecho en la frecuencia en que trabajan en espacios confinados. También en relación a la estabilidad en el puesto de trabajo en quienes consumieron o no a lo largo de la vida.

MOMENTOS DE CONSUMO

Los mayores porcentajes de consumo se detectan los fines de semana o días libres, aunque destaca que hasta un 6,66% de los participantes las consumen antes o durante la jornada de trabajo, porcentaje que se incrementa hasta el 7,26% en el caso de los hombres. Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas en el consumo anterior y posterior a la jornada laboral (figura 19).

En el caso del estado civil (figura 20), sólo se encuentran diferencias significativas en el consumo antes o durante la jornada de trabajo, llegando en el caso de los solteros a un 8,86%.

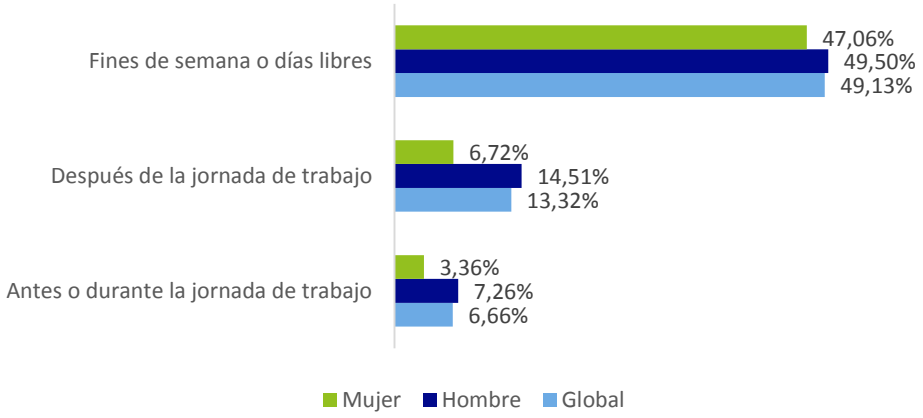
49,13%
El mayor consumo se detecta los fines de semana y días libres

Según el puesto de trabajo aparecen diferencias significativas en el consumo posterior a la jornada laboral, siendo superior dicho consumo entre peones, oficiales y encargados o capataces (figura 21).



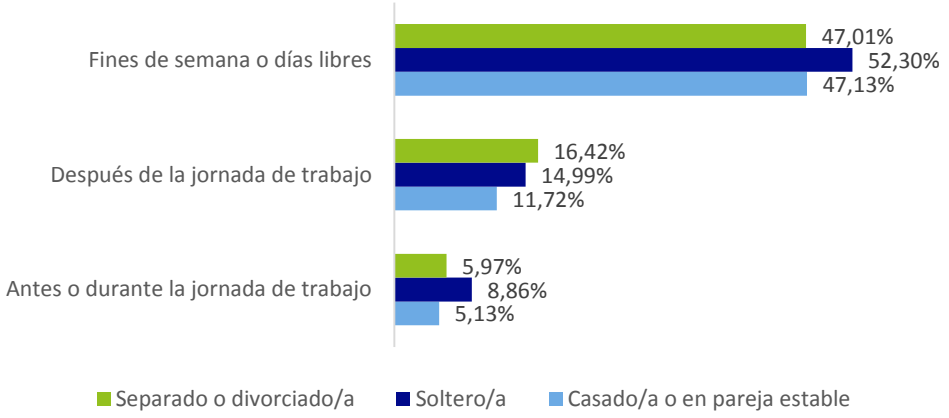
Momentos de consumo de bebidas estimulantes. Por sexo

Figura 19



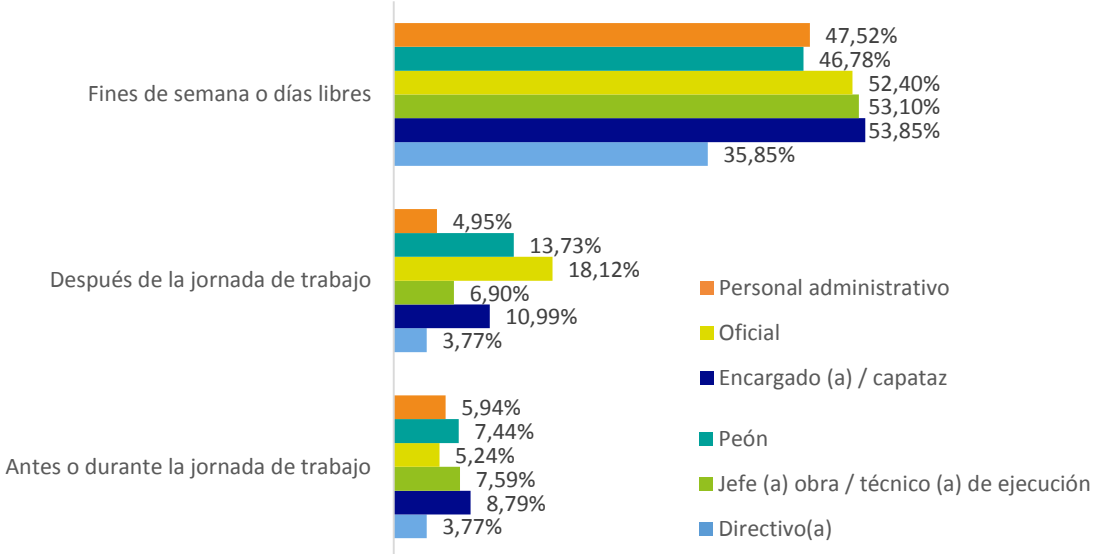
Momentos de consumo de bebidas estimulantes. Por estado civil

Figura 20



Momentos de consumo de bebidas estimulantes. Puesto de trabajo

Figura 21





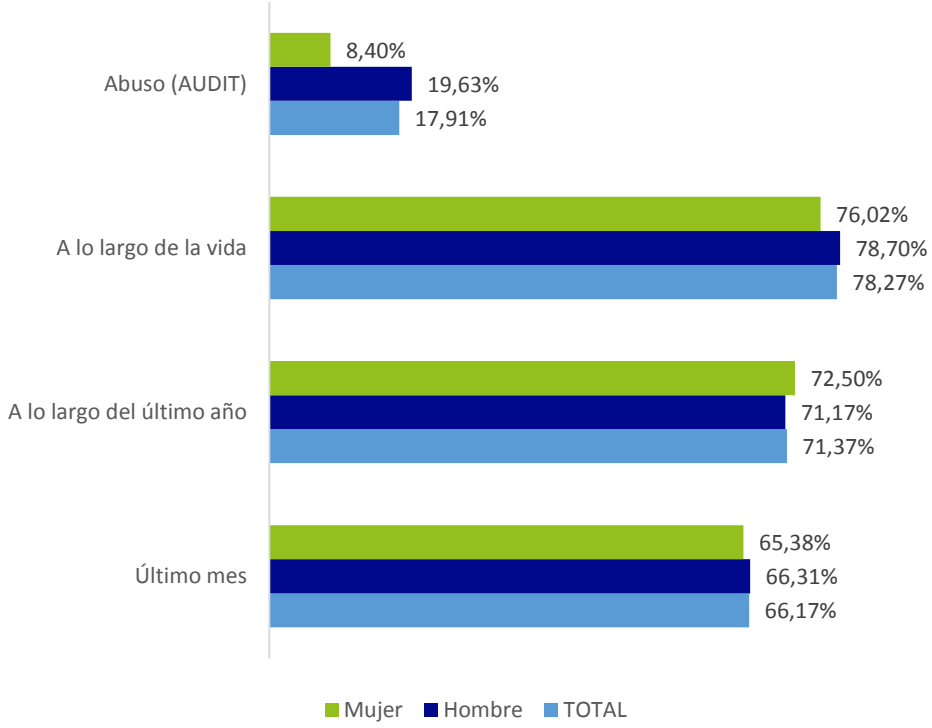
4.4.3 CONSUMO DE ALCOHOL

En el caso del consumo de alcohol, destacan los importantes porcentajes de consumo tanto en el último mes, último año y a lo largo de la vida, no apareciendo en estos casos diferencias significativas entre hombres y mujeres. En el caso del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT-C>5), sí hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo más del doble el porcentaje de hombres con consumos de riesgo que en el caso de las mujeres (figura 22).

En torno al 18% de los trabajadores presenta un consumo de alcohol de riesgo. En este caso, el número de hombres duplica al de mujeres.

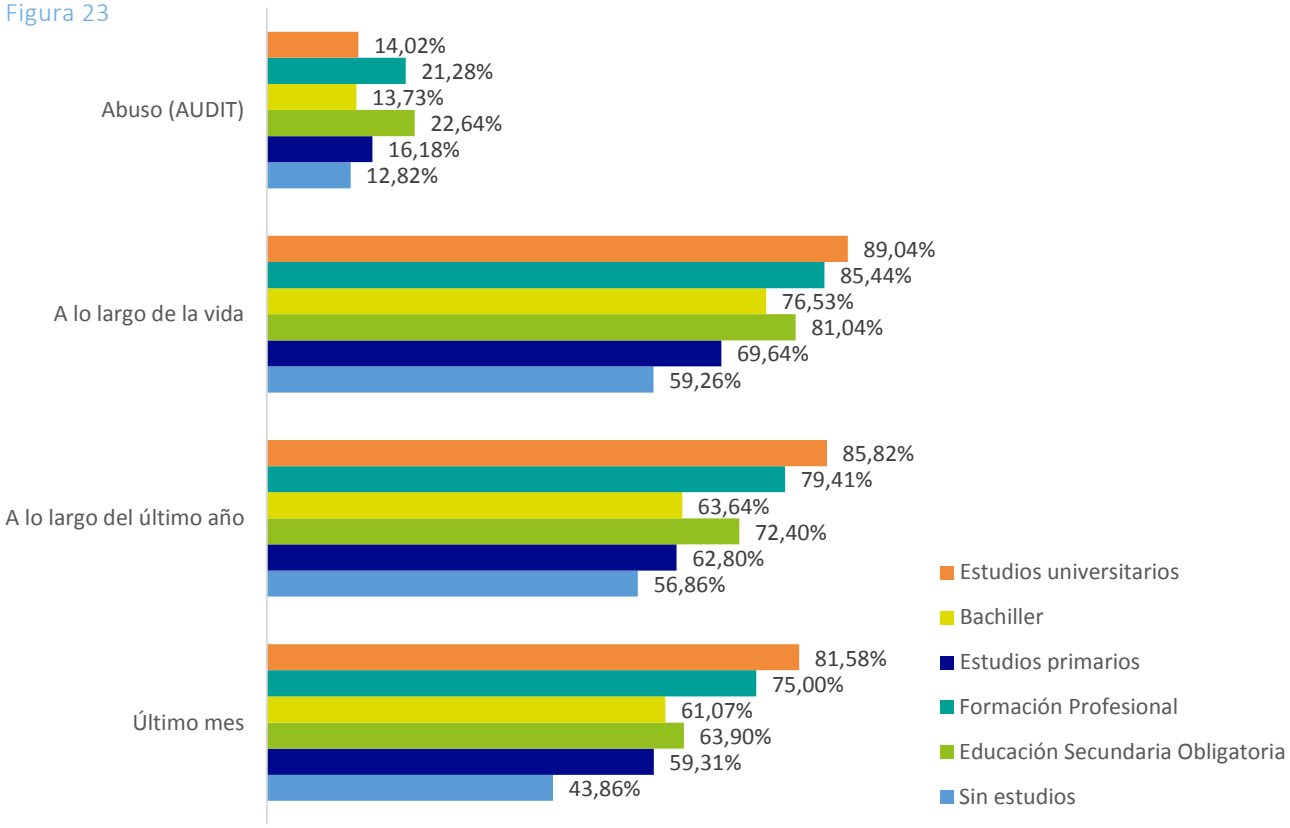
Consumo de alcohol. Global y por sexo

Figura 22



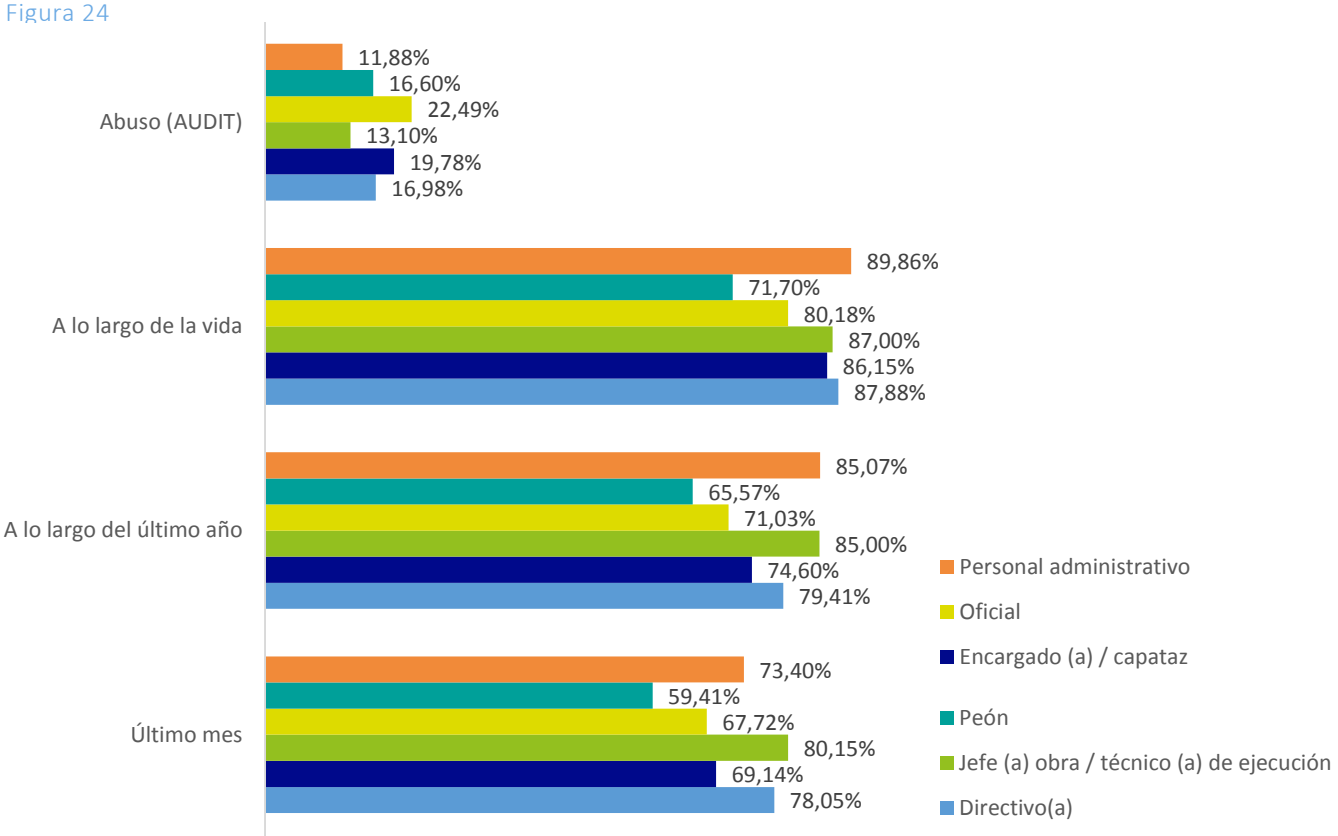
Consumo de alcohol. Nivel formativo

Figura 23



Consumo de alcohol. Puesto de trabajo

Figura 24



En relación al nivel formativo aparecen diferencias significativas en el consumo de alcohol durante el último mes, año y a lo largo de la vida laboral, obteniendo tasas superiores aquellos trabajadores con estudios universitarios. Sin embargo, el consumo abusivo es superior en trabajadores con Educación Secundaria Obligatoria o Formación Profesional (figura 23).

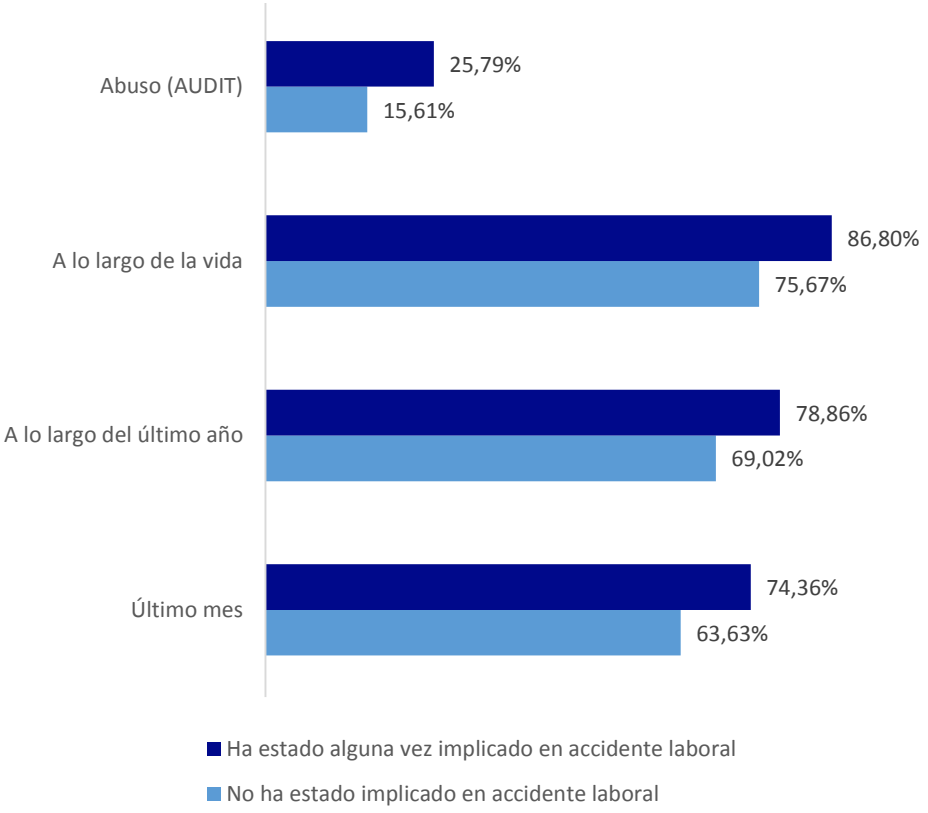
Según el puesto de trabajo, aparecen también diferencias en el consumo (mes, año y a lo largo de la vida), así como en el abuso de alcohol. Las tasas de consumo en los diferentes períodos analizados son bastante altas en todos los puestos de trabajo, siguiendo tendencias similares, sin embargo, en relación al abuso de alcohol se observa que la tasa es superior en el caso de oficiales, peones y encargados (figura 24).

No aparecen diferencias significativas en las tasas de consumo según el tamaño de la empresa.

Los trabajadores que alguna vez han estado implicados en accidente laboral presentan tasas superiores de consumo de alcohol en los tres momentos analizados, así como mayores porcentajes de abuso de alcohol según el criterio establecido con las puntuaciones AUDIT-C. Estos datos podrían indicar que algunos consumos de alcohol podrían tener relación con la falta de cuidado de la salud en general y de algunos accidentes laborales (figura 25).

Consumo de alcohol. Implicación en accidente laboral

Figura 25



Bienestar y condiciones de trabajo (Figura 26)

	Último mes				Último año				A lo largo de la vida				Abuso			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Relación con los compañeros (respeto, comunicación, etc.)	8,34	2,19	8,49	2,23												
Relación con los mandos (respeto, comunicación, etc.)	8,10	2,38	8,39	2,39	8,16	2,33	8,34	2,47	8,20	2,33	8,35	2,49	7,89	2,50	8,33	2,31
Estabilidad laboral (en el puesto de trabajo y/o en la empresa)					7,64	2,74	7,94	2,80	7,67	2,75	7,93	2,83				
Trabajo en espacios confinados	4,44	3,02	4,89	3,09	4,38	2,95	5,09	3,09								
Trabajo en altura					4,89	3,05	5,42	3,08								
Sobreesfuerzo físico	5,78	3,03	6,20	2,95									6,38	2,70	5,88	3,05
Largos desplazamiento o dormir fuera de casa													4,79	3,27	4,14	3,28
Estrés durante el trabajo (agobio, tensión, tiempos reducidos, etc.)					5,96	2,93	5,51	3,07	5,92	2,95	5,35	3,08	6,17	2,73	5,69	3,01

En la figura 26 se señalan los casos en los que aparecen diferencias significativas, de entre los que destacamos los siguientes casos:

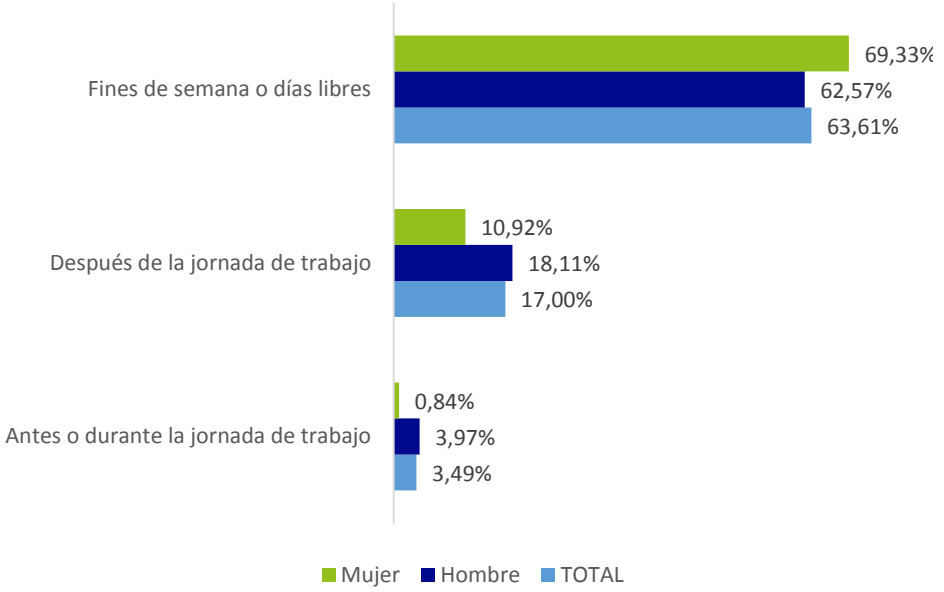
- La relación entre consumo de alcohol durante el último año, a lo largo de la vida y los problemas de abuso de alcohol (AUDIT-C<5) y las relaciones con los mandos, siendo mejores estas relaciones entre quienes no han consumido alcohol o no presentan conductas de abuso del mismo. Quienes consumen alcohol y/o mantiene una relación de abuso del mismo, presentan una relación con los mandos más insatisfactoria y conflictiva que el resto de personas trabajadoras.
- Aparece una mayor percepción de estrés en el trabajo entre quienes han consumido alcohol durante el último año o a lo largo de la vida y entre quienes presentan un consumo abusivo del mismo.
- Los trabajadores que presentan puntuaciones iguales o superiores a cinco en AUDIT-C (abuso de alcohol) trabajan en mayor medida en condiciones de sobreesfuerzo físico y con largos desplazamientos.

Los trabajadores con consumos de alcohol durante el último año, presentan una relación más insatisfactoria y conflictiva con los mandos y una mayor percepción de estrés en el trabajo a lo largo de la vida.



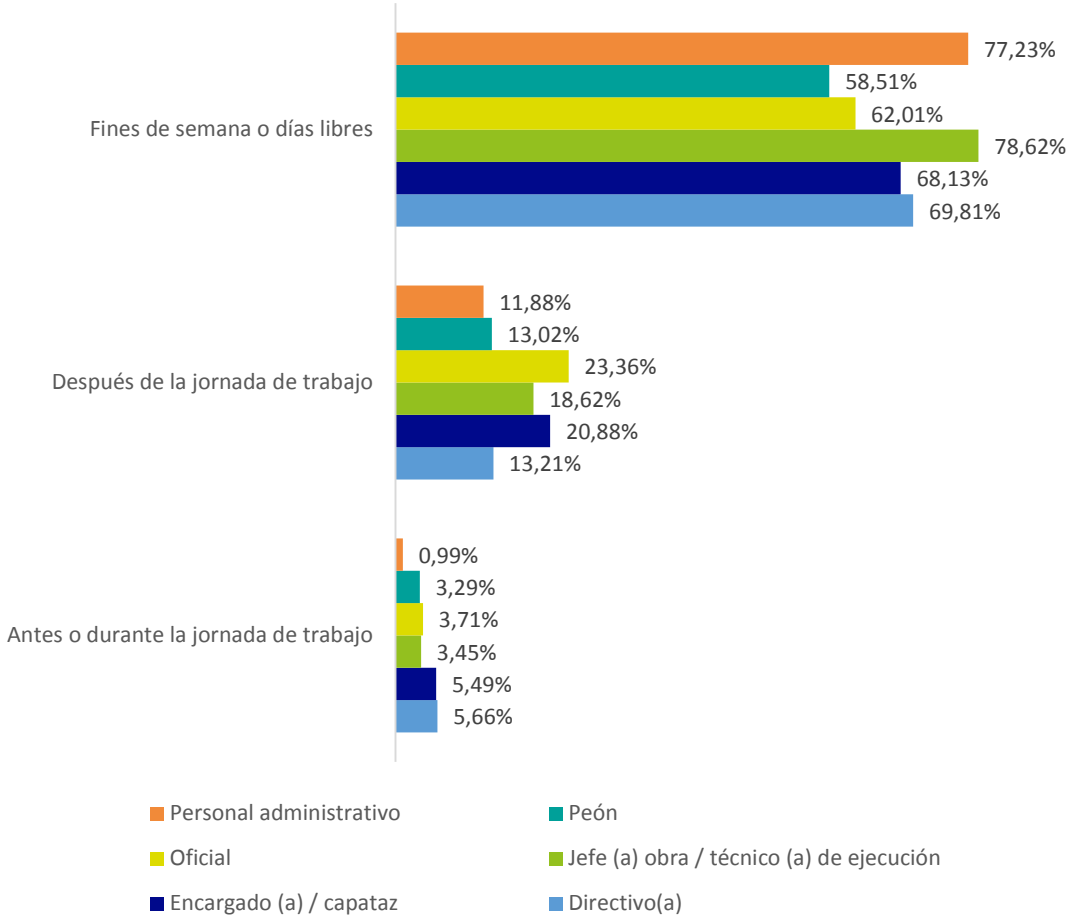
Momento de consumo de alcohol. Total y por sexos

Figura 27



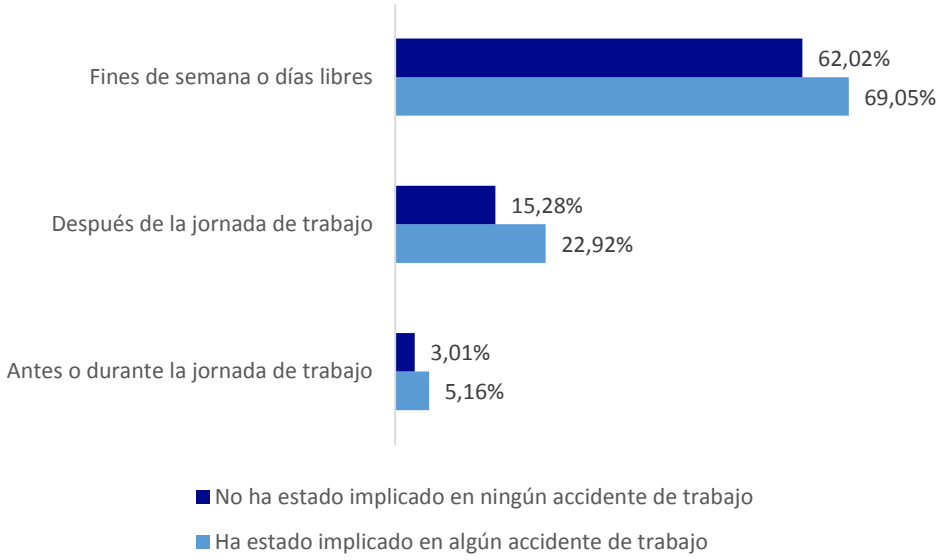
Momento de consumo de alcohol. Puesto de trabajo

Figura 28



Momento de consumo de alcohol. Implicados en accidentes de trabajo

Figura 29



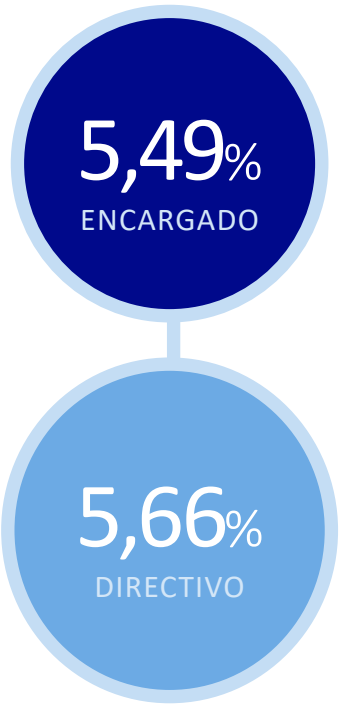
MOMENTOS DE CONSUMO

Las tasas de consumo de alcohol son superiores durante los fines de semana o días libres, continuando el consumo después de la jornada laboral aunque también aparecen porcentajes de consumo apreciables antes o durante la jornada de trabajo (figura 27). Aparecen diferencias significativas en el consumo en dichos momentos entre hombres y mujeres, siendo superior el consumo de los hombres antes, durante y con posterioridad a la jornada de trabajo.

Según el puesto de trabajo desempeñado (figura 28), también se aprecia que, en todos los casos, el consumo es superior durante los fines de semana o días libres. Las diferencias que aparecen en el consumo después de la jornada o durante los fines de semana o días libres son significativas.

Se aprecia en la figura 29 que quienes tienen un consumo de alcohol más elevado han estado implicados en accidentes laborales con mayor frecuencia, independientemente de las franjas de consumo

Los trabajadores con categorías profesionales que más consumo refieren antes y durante la jornada son las de encargado (5,49 %) y el directivo (5,66%).



4.4.4 CONSUMO DE CANNABIS

Como se muestra en la figura 30, aparecen importantes tasas de consumo de cannabis, tanto en el último mes, como a lo largo del último año o de la vida. Es reseñable que un 8,48% de los trabajadores haya consumido cannabis a lo largo del último mes. Además, aparecen diferencias significativas según el sexo, siendo superiores las tasas de consumo entre los hombres en los tres casos.

Las diferencias según el estado civil son significativas (figura 31), tanto en el consumo en el último mes, como el último año y a lo largo de la vida. En todos los casos es superior en el caso de los trabajadores solteros e inferior en aquellos casados o en pareja estable.

Como se aprecia en la figura 32, el nivel formativo tiene un impacto significativo en las tasas de consumo de cannabis en el último mes, el último año y a lo largo de la vida, siendo superiores entre aquellos que tienen Educación Secundaria Obligatoria y Formación Profesional, e inferiores en quienes tienen estudios universitarios.



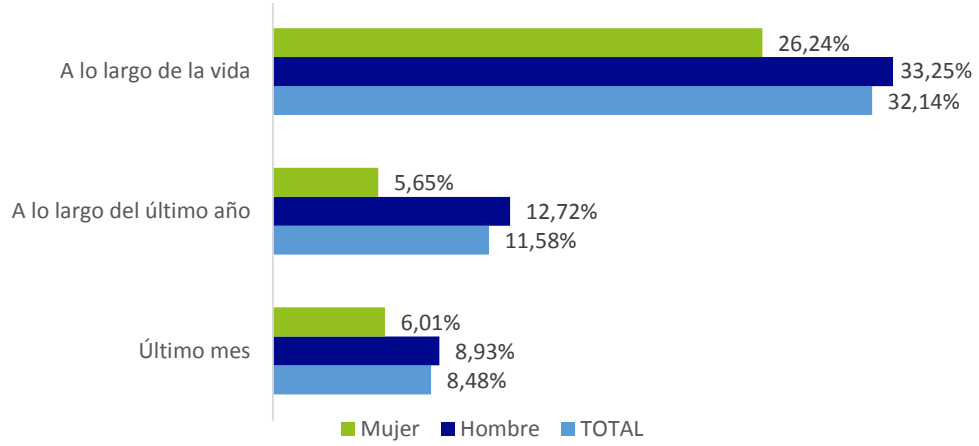
Un 8,48% de trabajadores ha consumido cannabis a lo largo del último mes.

Más de 1 de cada 10 trabajadores solteros ha consumido cannabis en el último mes.

El nivel formativo de los trabajadores tiene impacto en las tasas de consumo de cannabis.

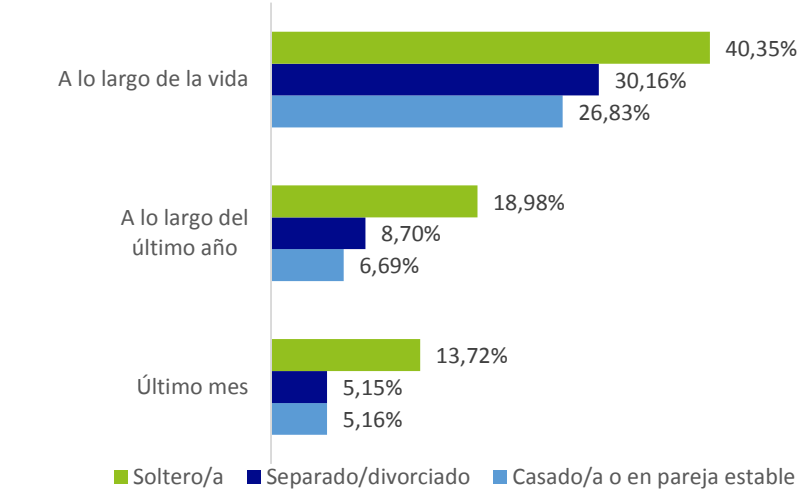
Consumo de cannabis. Global y por sexo

Figura 30



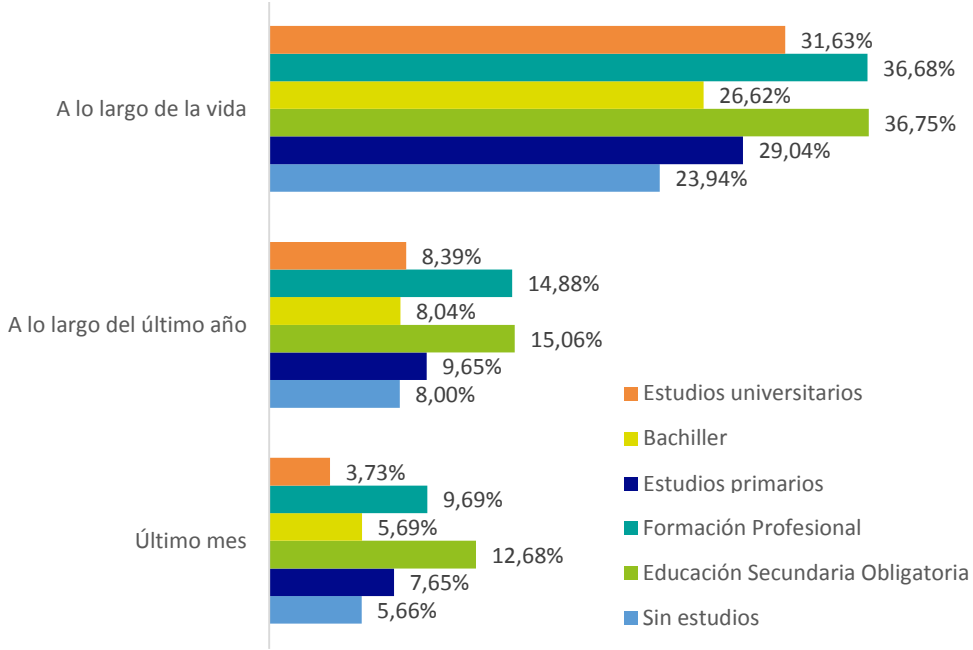
Consumo de cannabis. Estado civil

Figura 31



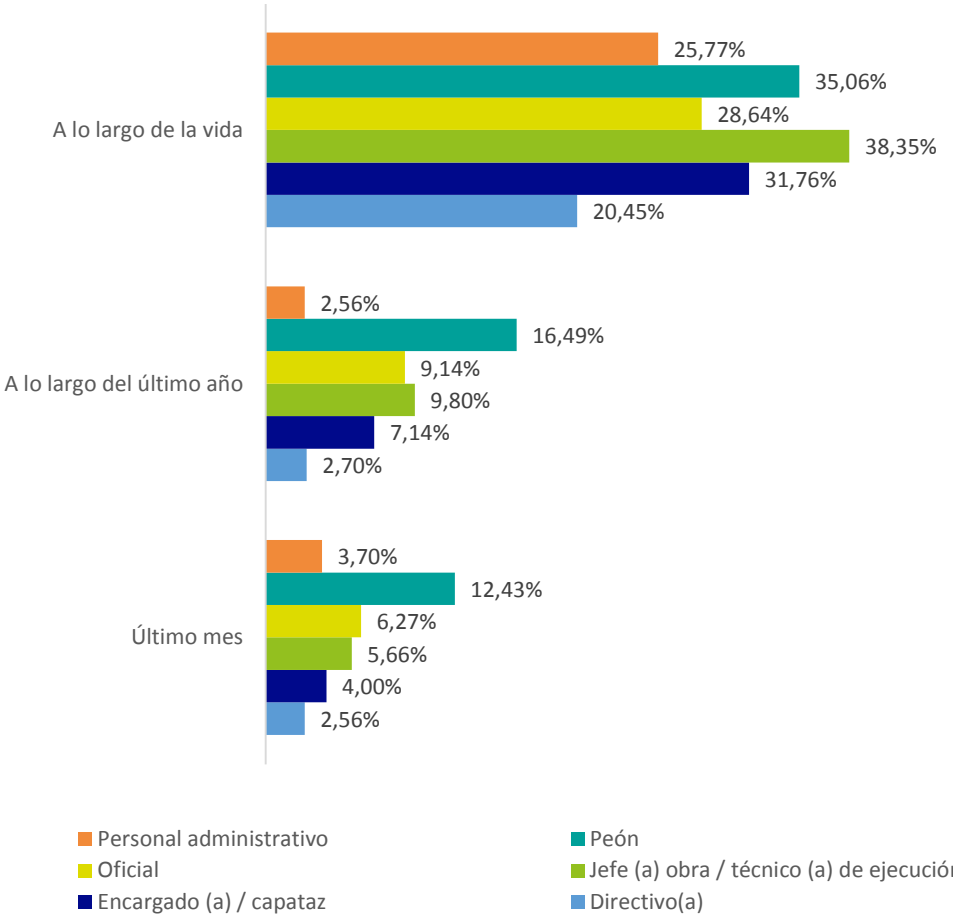
Consumo de cannabis. Nivel formativo

Figura 32



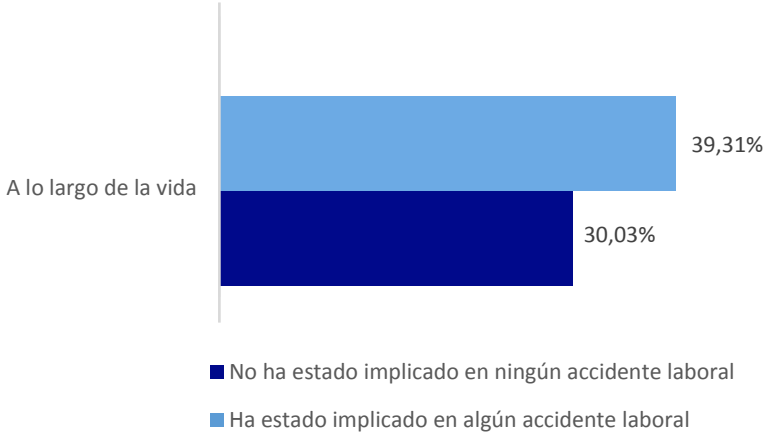
Consumo de cannabis. Puesto de trabajo

Figura 33



Consumo de cannabis en trabajadores que han estado implicados en accidente laboral

Figura 34



Los trabajadores que han consumido cannabis en el último año o a lo largo de la vida refieren menor estabilidad laboral.

Considerando el puesto de trabajo desempeñado, encontramos que el consumo de cannabis es superior entre los peones durante el último mes y el último año. En referencia al consumo a lo largo de la vida, el consumo es superior en jefes de obra y peones. En todos los casos, los trabajadores con menor índice de consumo son los directivos y personal administrativo (figura 33).

Aparecen diferencias significativas en el porcentaje de trabajadores que han consumido cannabis en algún momento de su vida y han estado implicados en algún accidente laboral. Los datos indican una mayor probabilidad de haber estado implicado en algún accidente en el caso de haber consumido cannabis en alguna ocasión.

Como se aprecia en la tabla (figura 35), aquellos trabajadores que han consumido cannabis el último año o a lo largo de la vida presentan una menor puntuación en estabilidad laboral. Además, el consumo de cannabis a lo largo de la vida también parece relacionarse con una mayor percepción de estrés durante el trabajo.

Las mayores tasas de consumo de cannabis aparecen entre los trabajadores con categoría profesional de peones, que duplican al resto de categorías en el consumo durante el último mes.

Existe una mayor probabilidad de haber estado implicado en algún accidente en caso de haber consumido cannabis en alguna ocasión.

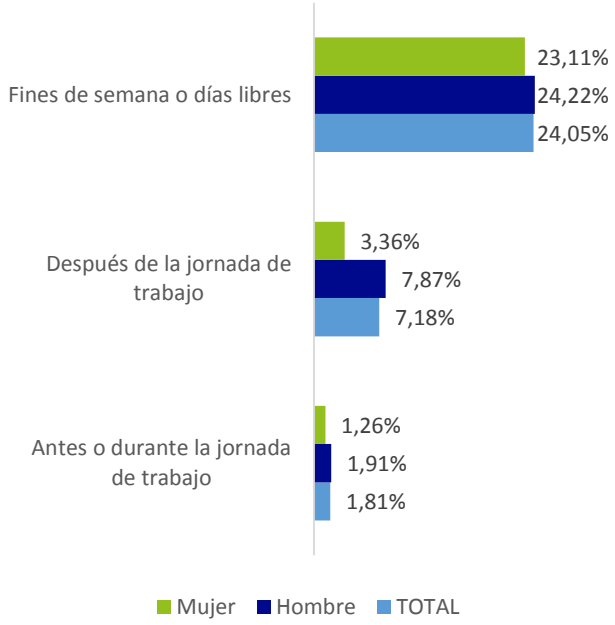
Consumo de cannabis y percepción de bienestar y condiciones de trabajo. Diferencias significativas

Figura 35

	Último mes				Último año				A lo largo de la vida			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Estabilidad laboral (en el puesto de trabajo y/o en la empresa)					7,23	2,95	7,76	2,70	7,60	2,69	7,78	2,79
Estrés durante el trabajo (Agobio, tensión, tiempos reducidos, etc.)									6,14	2,84	5,61	3,01

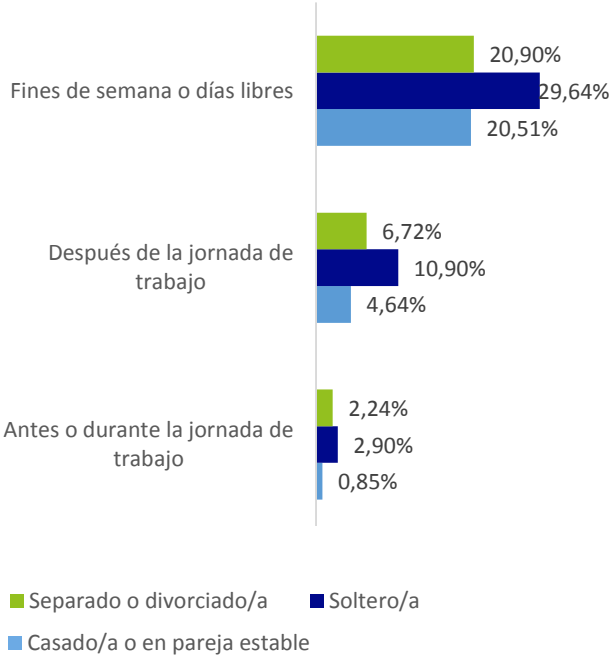
Momento de consumo de cannabis. Total y por sexo

Figura 36



Momento de consumo de cannabis. Estado civil

Figura 37



MOMENTOS DE CONSUMO

El momento de consumo de cannabis se da principalmente durante los fines de semana o días libres, aunque también aparece un consumo destacable después de la jornada de trabajo. Las diferencias por sexo sólo aparecen en el consumo posterior a la jornada laboral (figura 36).

Se aprecian diferencias significativas en los momentos de consumo de cannabis según el estado civil, siendo el personal soltero el que presenta mayores tasas de consumo en los tres casos (figura 37).

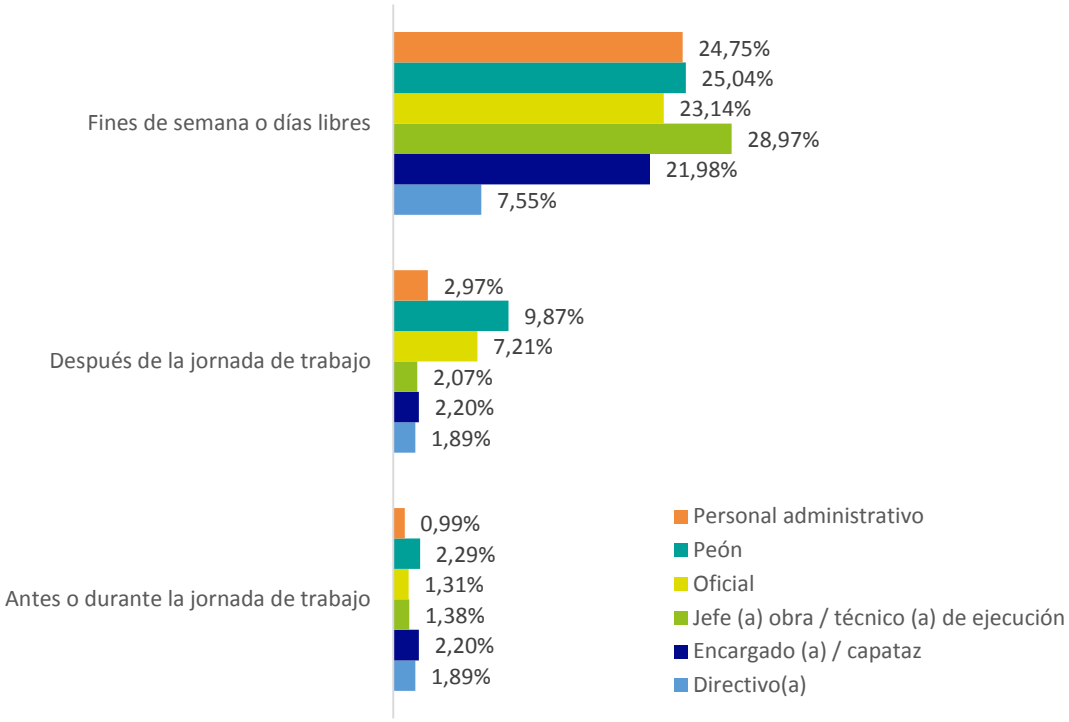
Aparecen diferencias significativas según el puesto de trabajo en el consumo posterior a la jornada de trabajo, siendo peones y oficiales quienes presentan un mayor nivel de consumo, frente a directivos, encargados y jefes de obra que son los colectivos con menores tasas de consumo (figura 38).

No se encuentran diferencias significativas según el tamaño de la empresa.

La tasa de trabajadores que consume cannabis durante los fines de semana o días libres es superior en aquellos trabajadores que han estado implicados de algún modo en algún accidente laboral (figura 39).

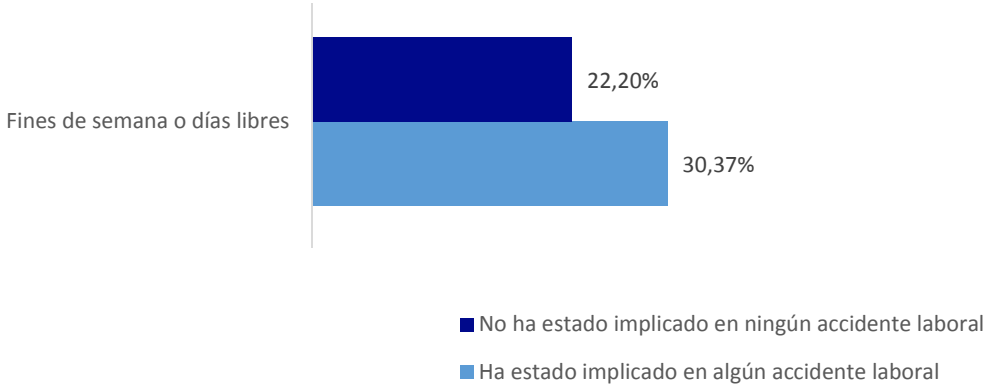
Momento de consumo de cannabis. Según puesto de trabajo

Figura 38



Consumo de cannabis durante los fines de semana. Trabajadores que han estado implicados o no en algún accidente laboral

Figura 39



Los hombres duplican en número a las mujeres en el consumo de cocaína a lo largo de la vida y en el último año.

4.4.5 CONSUMO DE COCAÍNA

Aparecen consumos apreciables de cocaína durante el último mes o último año, llegando al 13,46% de trabajadores que han consumido alguna vez en la vida. En este caso hay diferencias entre hombres y mujeres, siendo superior en el caso de los hombres (figura 40).

Aparecen diferencias significativas en el consumo de cocaína según el estado civil, siendo las personas con pareja estable quienes han consumido en un menor porcentaje esta sustancia. Los porcentajes de solteros y separados son muy similares, tanto en el consumo durante el último mes, año como a lo largo de la vida (figura 41).

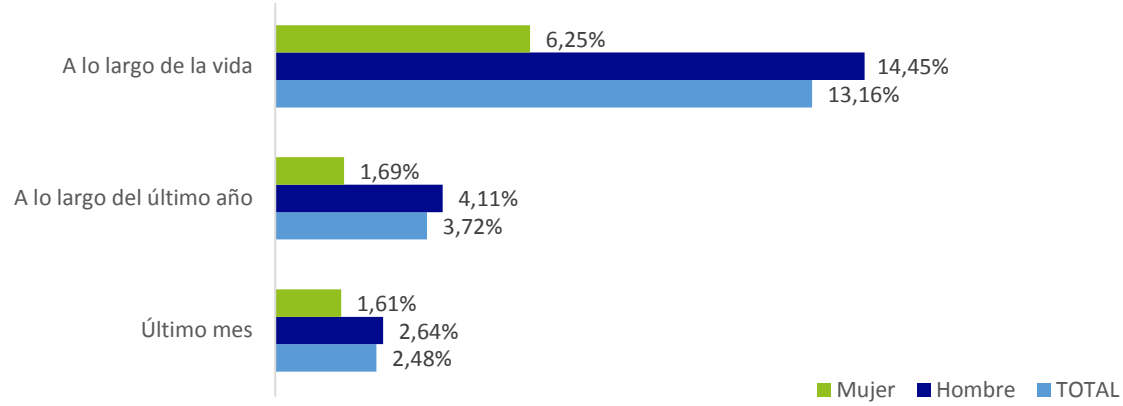
En la figura 42, se aprecian diferencias significativas en el consumo de cocaína a lo largo del último año o a lo largo de la vida según el nivel formativo, siendo los trabajadores con Educación Secundaria Obligatoria y Formación Profesional quienes presentan tasas superiores, mientras que aquellos con Bachiller o Estudios Universitarios son quienes presentan menores niveles de consumo.

No se encuentran diferencias significativas según el puesto de trabajo o el tamaño de la empresa.



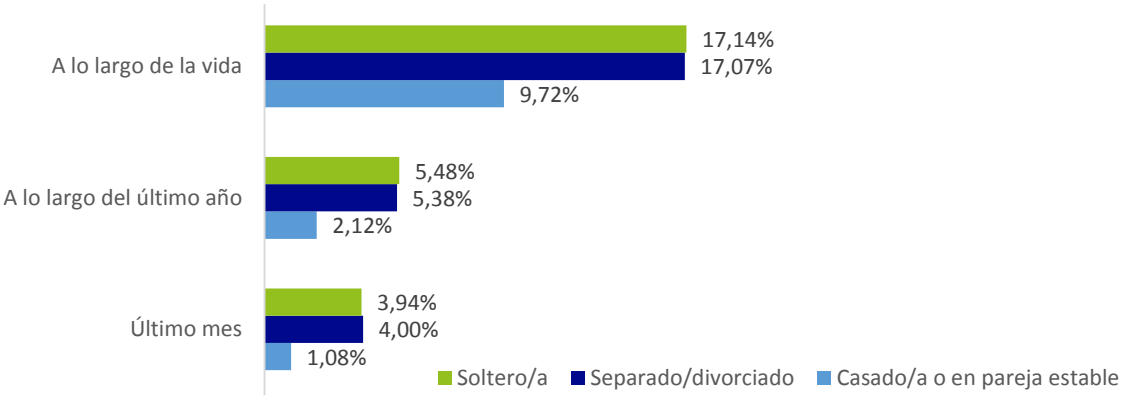
Consumo de cocaína. Global y por sexo

Figura 40



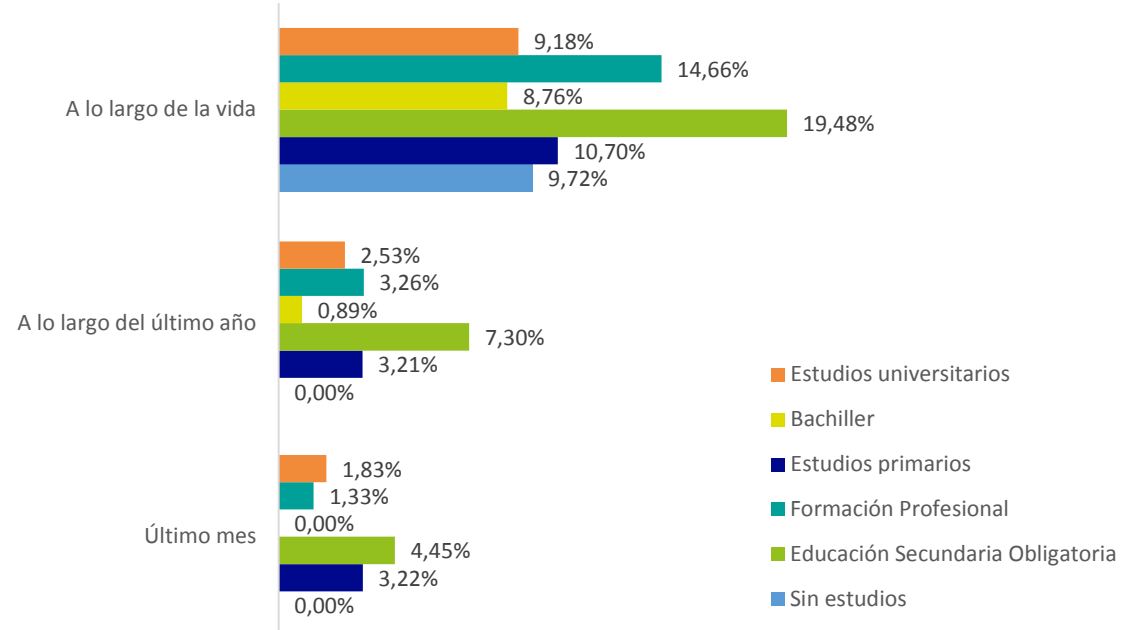
Consumo de cocaína. Estado civil

Figura 41



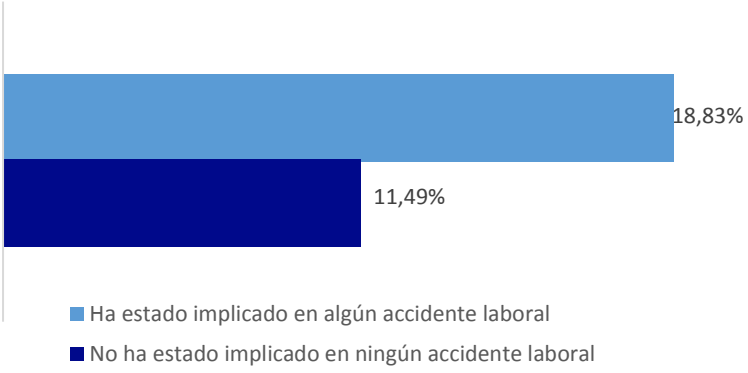
Consumo de cocaína según nivel formativo

Figura 42



Consumo de cocaína. Implicación en accidente laboral

Figura 43



En torno a 2 trabajadores de cada 10 que han consumido cocaína refieren haber estado implicados en accidentes laborales.

Aparecen diferencias en la tasa de consumo de cocaína a lo largo de la vida, siendo superior en aquellos trabajadores que en alguna ocasión se han visto implicados en algún accidente laboral (figura 43).

Como se aprecia en la figura 44 aparecen diferencias entre quienes han consumido cocaína alguna vez en la vida y quienes no en la percepción del bienestar en las relaciones tanto con compañeros de trabajo como con los mandos, siendo en ambos casos percibida como más satisfactoria entre quienes nunca han consumido cocaína.

Consumo de cocaína y percepción de bienestar y condiciones de trabajo

Figura 44

	A lo largo de la vida			
	SI		NO	
	Media	D.T.	Media	D.T.
Relación con los compañeros (respeto, comunicación, etc.)	8,11	2,20	8,46	2,18
Relación con los mandos (respeto, comunicación, etc.)	7,98	2,38	8,28	2,36

MOMENTOS DE CONSUMO

En la figura 45, se aprecia que el momento principal de consumo de cocaína es durante los fines de semana o días libres, y el consumo previo o durante la jornada laboral es residual. Aparecen diferencias significativas en el consumo entre hombres y mujeres durante los fines de semana, siendo muy superior, en el caso de los hombres.

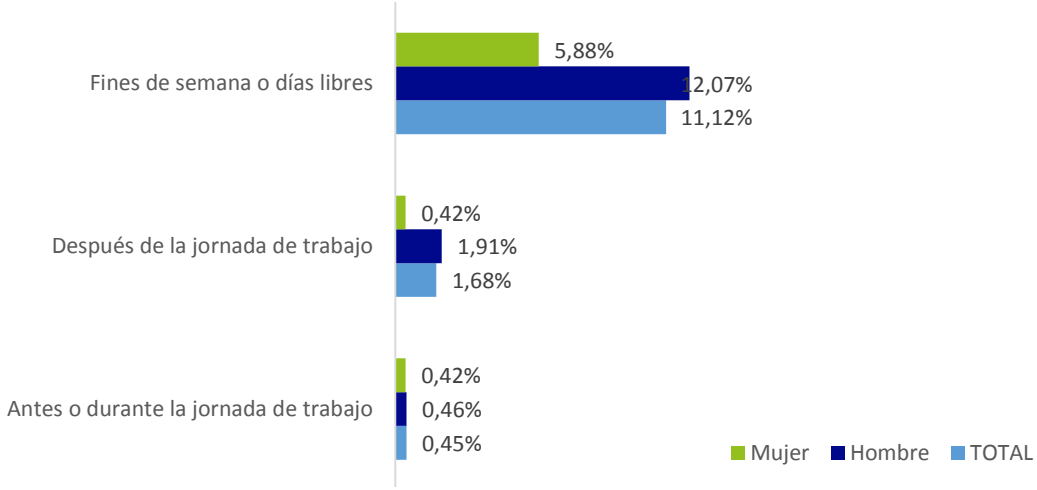
Los hombres duplican en número a las mujeres en el consumo de cocaína los fines de semana o días libres y lo cuadriplican después de la jornada laboral.

Aparecen diferencias significativas en el consumo de cocaína durante los fines de semana, siendo los trabajadores en pareja estable quienes presentan menores tasas de consumo. Pese a no arrojar resultados estadísticamente significativos, puede destacarse que el consumo posterior a la jornada de trabajo es superior en los trabajadores separados o divorciados (figura 46).

Aparecen diferencias significativas en el consumo de cocaína durante los fines de semana o días libres entre los trabajadores que se han visto implicados en algún accidente laboral y quienes no, siendo superior este consumo entre los primeros. Dado el tamaño de la muestra no aparecen niveles de significación adecuados en el resto de los momentos de consumo analizados (figura 47).

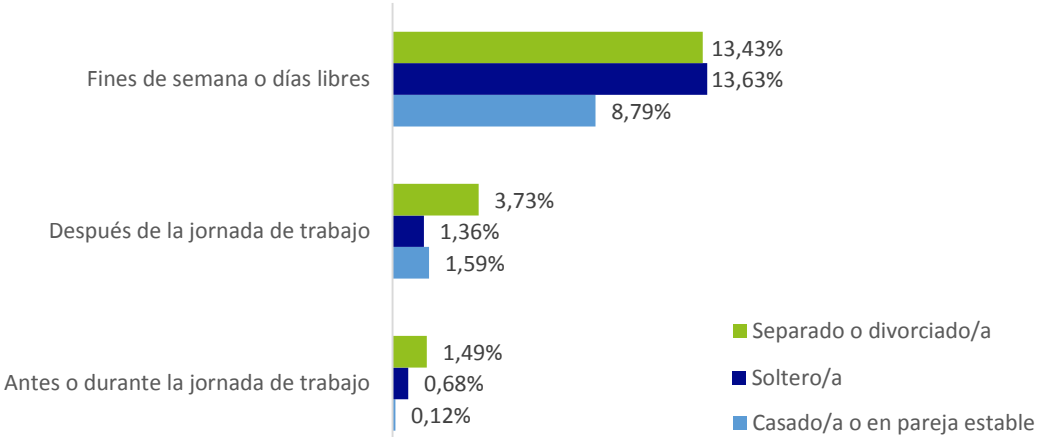
Momentos de consumo de cocaína. Total y por sexo

Figura 45



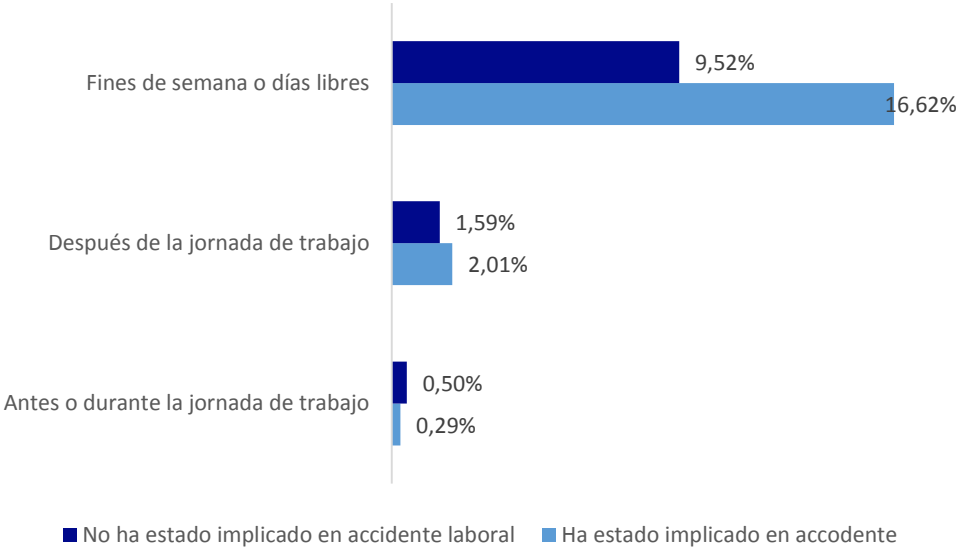
Momentos de consumo de cocaína. Estado civil

Figura 46



Momentos de consumo de cocaína. Implicación en accidente laboral

Figura 47



4.4.6 CONSUMO DE ANFETAMINAS Y OTROS ESTIMULANTES

El porcentaje de trabajadores que han consumido anfetaminas u otros estimulantes durante el último mes es relativamente bajo, pero asciende hasta un 9,94% la tasa de quienes lo han consumido alguna vez a lo largo de la vida. Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas en el consumo durante el último año y a lo largo de la vida, superior en los hombres en ambos casos (figura 48).

El porcentaje de solteros que han consumido anfetaminas el último mes, año o a lo largo de la vida es superior al de separados o personas en pareja estable (figura 49).

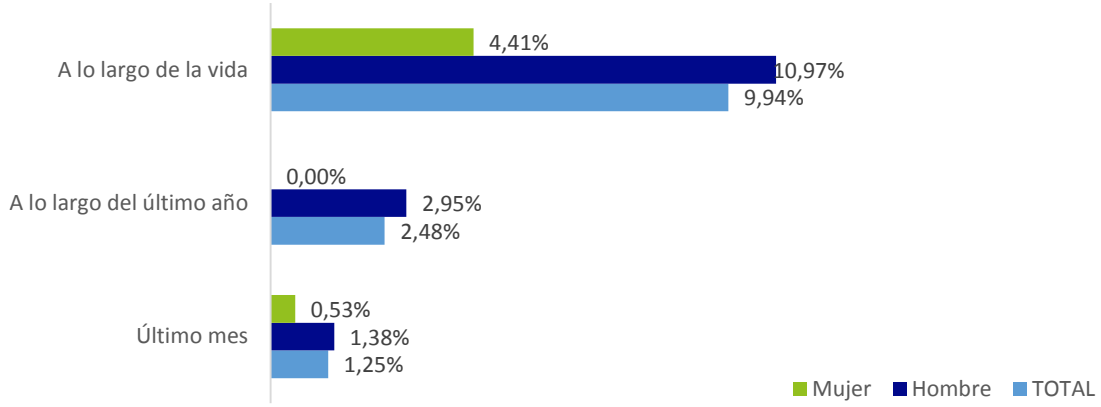
Aparecen diferencias significativas según el nivel formativo en el consumo de anfetaminas a lo largo de la vida (figura 50), siendo el consumo superior en trabajadores con Formación Profesional, Educación Secundaria Obligatoria o Estudios Primarios. Las diferencias en el consumo a lo largo del último mes o año no han mostrado ser significativas.

Los hombres duplican en número a las mujeres en el consumo de anfetaminas a lo largo de la vida y en el último mes.



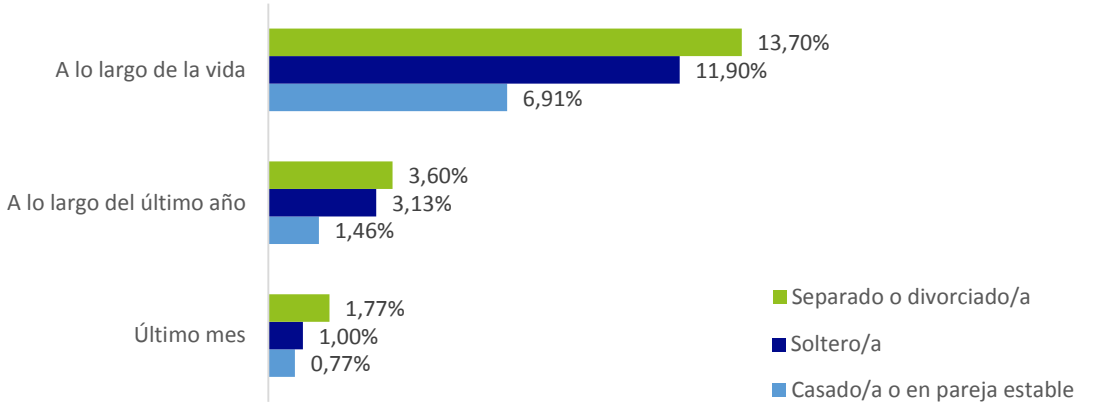
Consumo de anfetaminas. Global y por sexo

Figura 48



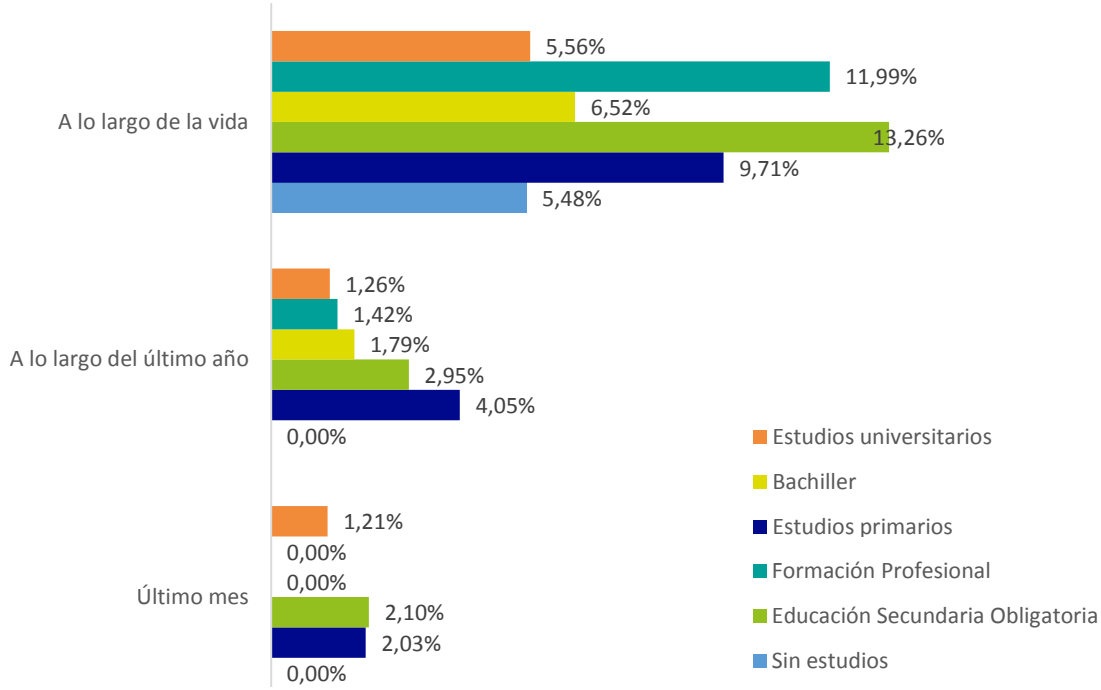
Consumo de anfetaminas. Estado civil

Figura 49



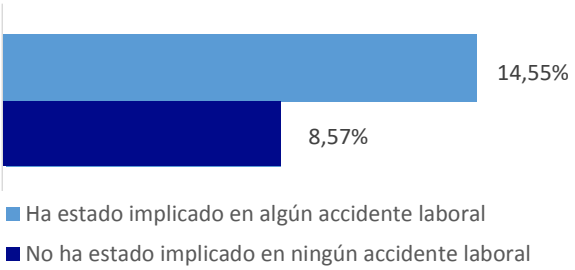
Consumo de anfetaminas. Nivel formativo

Figura 50



Consumo de anfetaminas. Implicación en accidente laboral

Figura 51



En la figura 51, aparecen diferencias significativas entre el porcentaje de trabajadores implicados o no en accidentes laborales en alguna ocasión y que han consumido anfetaminas alguna vez a lo largo de la vida. Siendo superior la implicación en accidentes en aquellos que alguna vez en la vida han consumido estas sustancias.

No se encuentran diferencias en el consumo de anfetaminas según el puesto de trabajo o tamaño de la empresa.

En la siguiente tabla se incluyen los casos con diferencias estadísticamente significativas, entre quienes han consumido anfetaminas a lo largo del último año o a lo largo de la vida y quienes no lo han hecho, en relación a la valoración de diferentes variables de percepción de bienestar en el entorno laboral.

Como se muestra en la figura 52 hay diferencias significativas entre quienes han consumido anfetaminas alguna vez en la vida y quienes no lo han hecho nunca en la valoración de la relación con mandos y compañeros (superior entre quienes nunca han consumido), así como en la valoración de la estabilidad laboral, la frecuencia de trabajo en situaciones de estrés térmico y sobreesfuerzo físico (inferior entre quienes nunca han consumido). En relación al consumo durante el último mes, sólo aparecen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de trabajo en espacios confinados.

MOMENTOS DE CONSUMO

Se aprecia en la Figura 53, que el momento principal de consumo de las anfetaminas y otros estimulantes ha sido durante los fines de semana o días libres, donde sí aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Dado el bajo nivel de consumo de este tipo de sustancias antes o después de la jornada laboral, no aparecen diferencias según el estado civil. Sin embargo, en el consumo de fines de semana, sí que aparecen estas diferencias, siendo los solteros y separados o divorciados quienes obtienen tasas superiores (figura 54).

Como se muestra en la figura 55, aparecen diferencias en el consumo de fin de semana entre quienes alguna vez han estado implicados en algún accidente laboral y quienes no. Los datos son muy similares al consumo a lo largo de la vida, dado que dicho consumo ha sido principalmente durante los fines de semana o días libres.

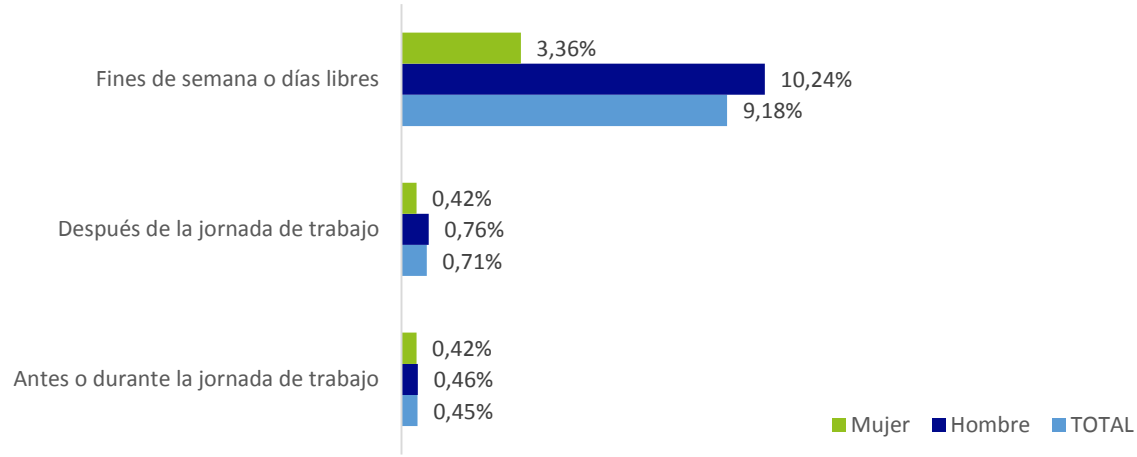
Consumo de anfetaminas y valoración del bienestar y condiciones de trabajo

Figura 52

	Último año				A lo largo de la vida			
	SI		NO		SI		NO	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Relación con los compañeros (respeto, comunicación, etc...)					7,89	2,42	8,48	2,13
Relación con los mandos (respeto, comunicación, etc...)					7,82	2,56	8,30	2,32
Estabilidad laboral (en el puesto de trabajo y/o en la empresa)					7,34	2,82	7,77	2,73
Trabajo en espacios confinados	5,79	3,28	4,55	3,03				
Estrés térmico (frio y/ o calor)					6,50	2,70	5,90	2,95
Sobreesfuerzo físico					6,47	2,75	5,87	3,02

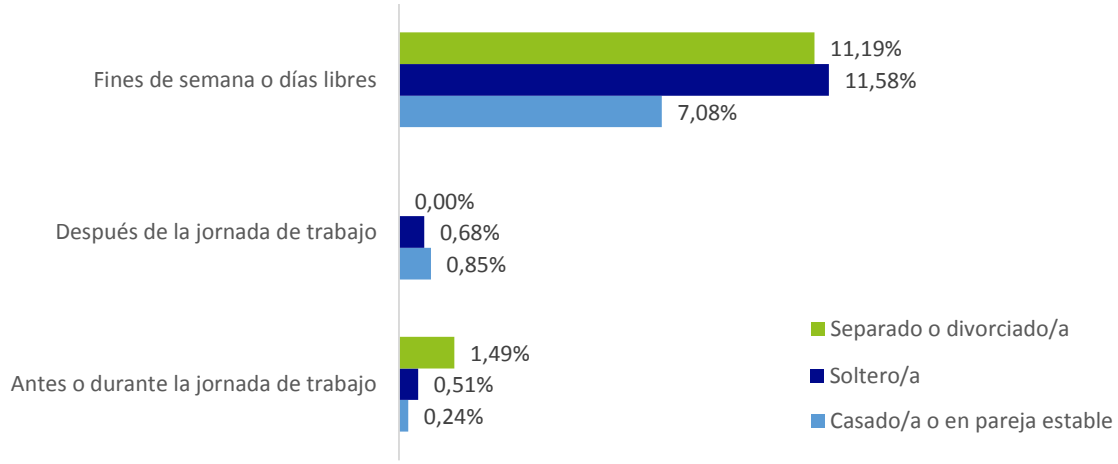
Momentos de consumo de anfetaminas. Total y por sexo

Figura 53



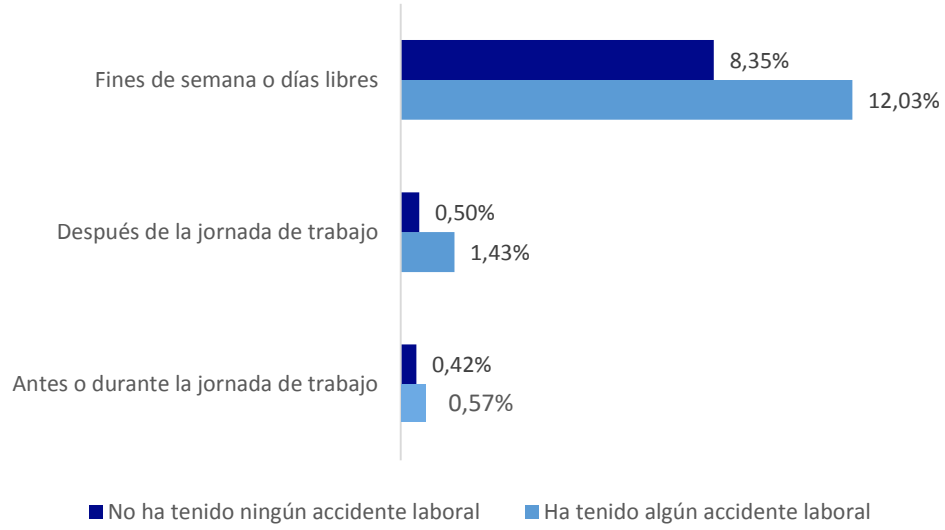
Momentos de consumo de anfetaminas. Estado civil

Figura 54



Momentos de consumo de anfetaminas. Implicación en accidente laboral

Figura 55



4.4.7 CONSUMO DE HIPNOSEDANTES

En relación al consumo de hipnosedantes, se preguntó a los participantes por su consumo, sin especificar si es con o sin receta. El consumo durante el último mes es apreciable, ya que en torno al 5% de trabajadores ha consumido esta sustancia en dicho período. Las diferencias que aparecen en el consumo entre hombres y mujeres son significativas, destacando el hecho de que ésta es la única sustancia en la que la tasa de consumo es superior en la población femenina. (figura 56).

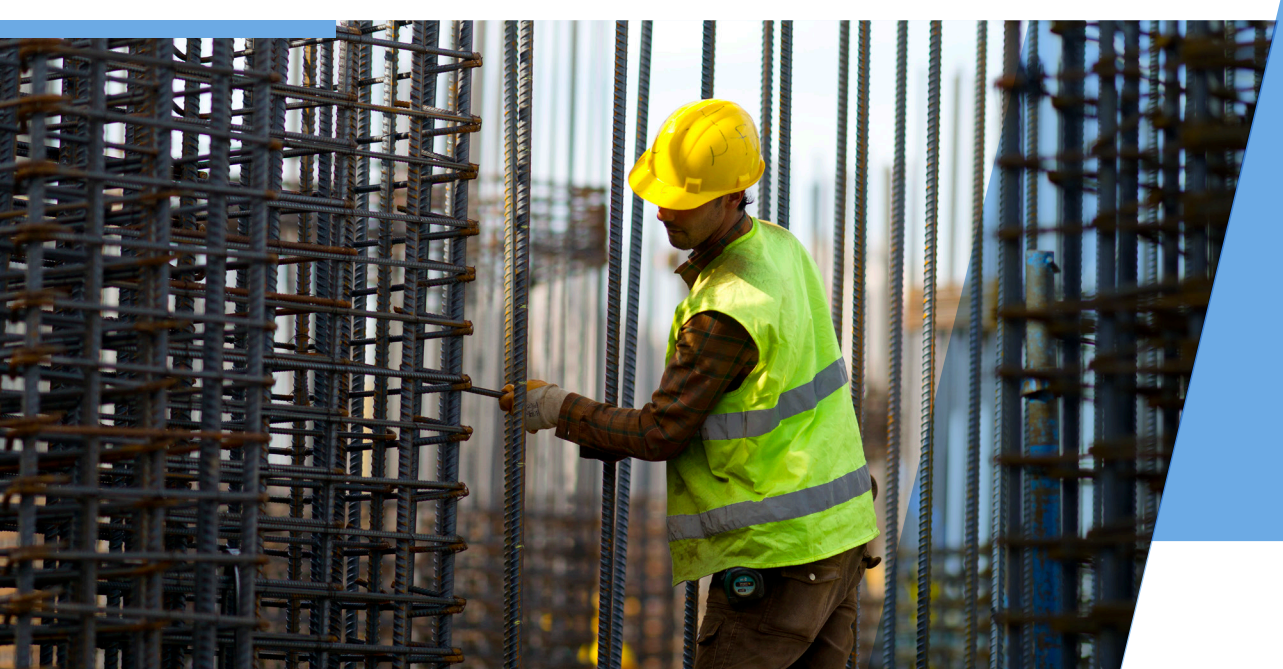
No aparecen diferencias significativas en relación al estado civil, nivel formativo o tamaño de la empresa o si han estado implicados en algún accidente laboral.

Según el puesto que ocupan los trabajadores, aparecen en la figura 57 diferencias significativas en el consumo durante el último año y a lo largo de la vida. El personal administrativo destaca a lo largo de la vida y en el último mes. Los encargados a lo largo de la vida y en el último año. Y los directivos, a lo largo del último año y en el último mes. Destaca el personal administrativo y directivo en dos de las franjas.

En la figura 58 se muestran las diferencias significativas en la valoración de determinadas variables relacionadas con el bienestar en el entorno de trabajo entre quienes han consumido o no hipnosedantes a lo largo del último mes, año o a lo largo de la vida.

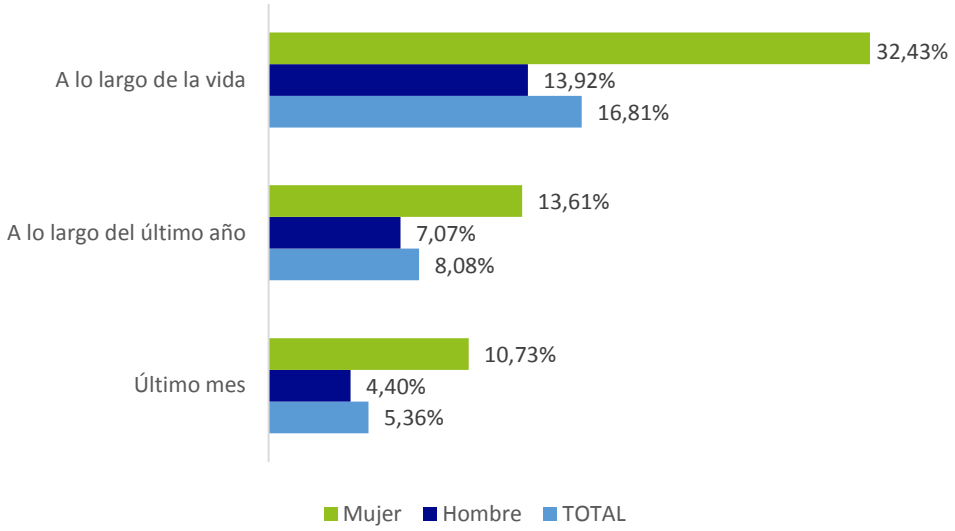
El consumo de hipnosedantes es el único en el que las mujeres son las principales consumidoras, llegando a duplicar el porcentaje de hombres que los consumen.

El consumo de hipnosedantes es superior en la categoría profesional de directivos a lo largo del último año y en el último mes.



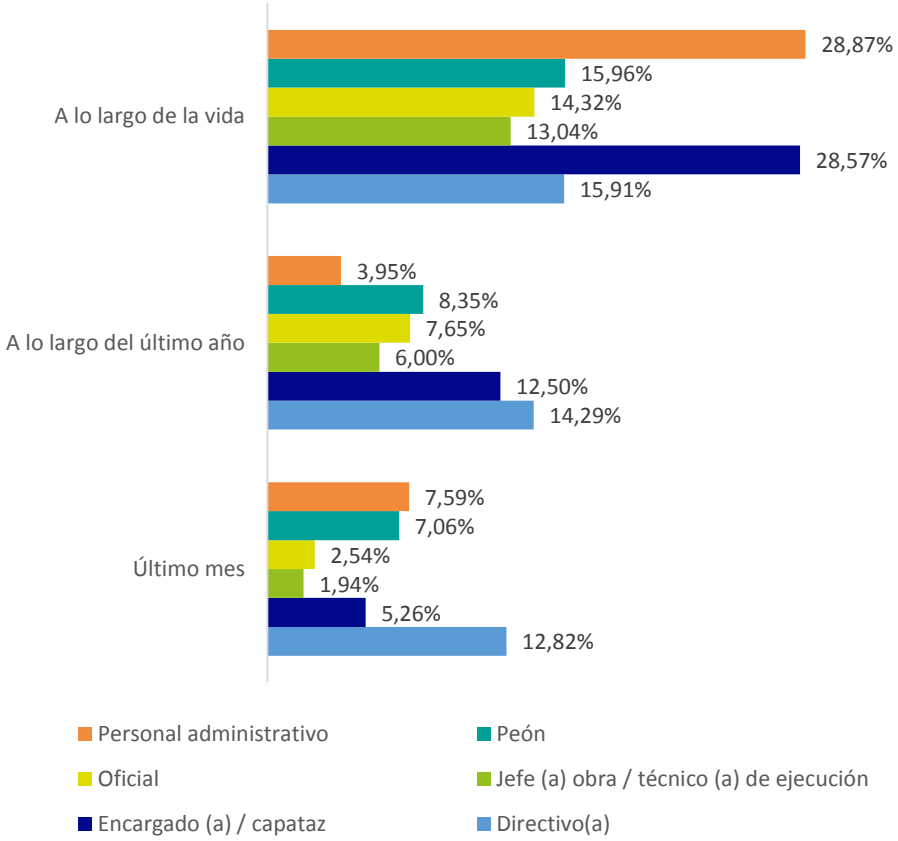
Consumo de hipnosedantes. Global y por sexo

Figura 56



Consumo de hipnosedantes. Puesto de trabajo

Figura 57



Consumo de hipnosedantes y valoración de bienestar y condiciones de trabajo

Figura 58

	Último mes				Último año				A lo largo de la vida			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Relación con los compañeros (respeto, comunicación, etc.)									7,98	2,37	8,50	2,13
Relación con los mandos (respeto, comunicación, etc.)									7,94	2,45	8,30	2,33
Estabilidad laboral (en el puesto de trabajo y/o en la empresa)									7,24	2,85	7,81	2,72
Sobreesfuerzo físico	7,00	3,20	5,95	2,99	6,55	3,02	5,89	3,00				
Estrés durante el trabajo (Agobio, tensión, tiempos reducidos, etc.)	7,05	2,87	5,74	2,96	6,76	2,61	5,72	2,96	6,23	2,80	5,68	2,98

Como se aprecia en la tabla, el estrés en el trabajo es superior en quienes han consumido hipnosedantes tanto en el último mes como en el último año o a lo largo de la vida. También aparecen diferencias en relación al sobreesfuerzo físico en el consumo durante el último mes y año. Asimismo, en la valoración del bienestar con las relaciones con mandos o compañeros aparecen diferencias significativas en el consumo a lo largo de la vida, siendo superior la valoración del bienestar entre aquellos que manifiestan no haber consumido nunca este tipo de sustancias.

El nivel de estrés y los sobreesfuerzos en el trabajo son superiores en aquellos trabajadores que han consumido hipnosedantes tanto en el último mes como en el último año.

Casi 1 de cada 10 trabajadores refiere consumir hipnosedantes después de la jornada de trabajo.

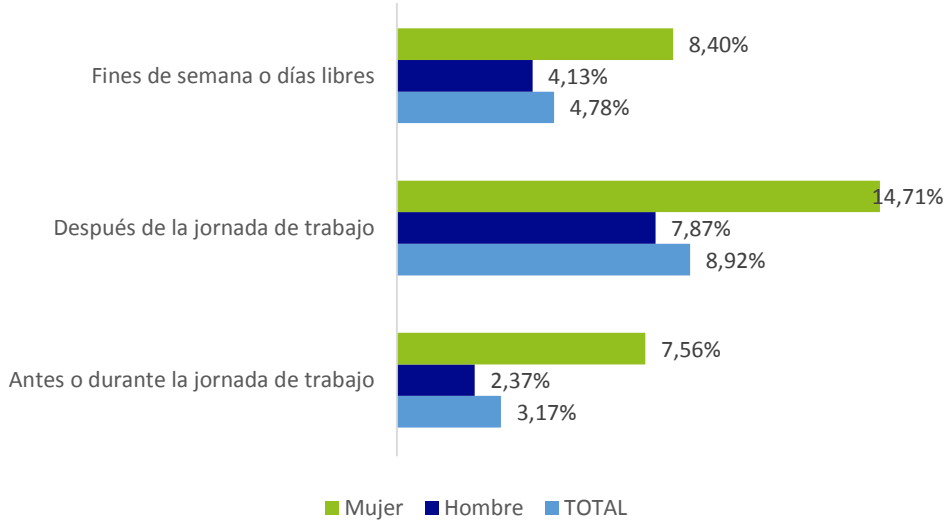
MOMENTOS DE CONSUMO

Se aprecia un importante porcentaje de consumo de hipnosedantes después de la jornada de trabajo, siendo casi un 10% de los trabajadores quienes los han consumido en ese momento. Además, aparecen diferencias significativas en el consumo en los diferentes momentos entre hombres y mujeres, siendo en los tres casos muy superiores el consumo de las mujeres (figura 59).

Las diferencias entre los momentos de consumo según los puestos de trabajo son significativas en todos los casos, destacando el consumo del personal administrativo, así como el consumo de encargados y directivos después de la jornada laboral (figura 60).

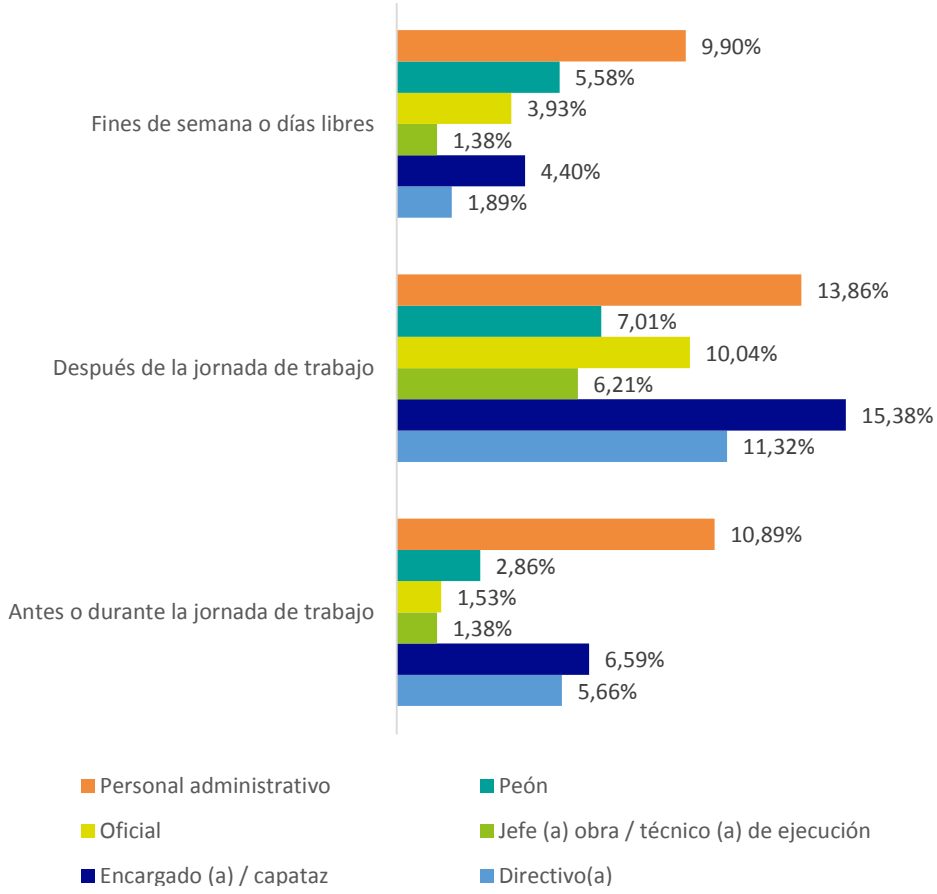
Hipnosedantes. Momentos de consumo. Total y por sexo

Figura 59



Momentos de consumo de hipnosedantes y puesto de trabajo

Figura 60



4.4.8 CONSUMO DE ALUCINÓGENOS

En la Figura 61 se aprecian tasas de consumo de alucinógenos muy bajas, tanto en el último mes como a lo largo del último año. En cambio, estos porcentajes crecen hasta un 8,1% en el consumo a lo largo de la vida, donde sí aparecen diferencias significativas en el consumo entre hombres y mujeres, siendo muy superior en el caso de los hombres.

En el consumo de alucinógenos aparecen diferencias significativas según el estado civil en el consumo a lo largo de la vida, siendo superior en el caso de solteros (figura 62).

El porcentaje de trabajadores que ha consumido alucinógenos a lo largo de su vida es superior entre aquellos que se han visto implicados alguna vez en un accidente laboral (figura 63).

En el consumo de alucinógenos no aparecen diferencias significativas en relación al puesto de trabajo, nivel formativo o tamaño de la empresa.

Los trabajadores que han consumido alucinógenos alguna vez en la vida presentan casi el doble de accidentes que quienes no lo han hecho nunca.

Los trabajadores con consumos de alucinógenos a lo largo de la vida presentan una peor percepción en la relación con los mandos.

Como se aprecia en la figura 64, aparece una relación entre el consumo de alucinógenos a lo largo de la vida y la percepción de bienestar en la relación con los mandos, siendo superior en aquellos trabajadores que nunca han consumido alucinógenos. También existe una relación entre dicho consumo a lo largo de la vida y una mayor frecuencia de trabajo en situación de estrés térmico.

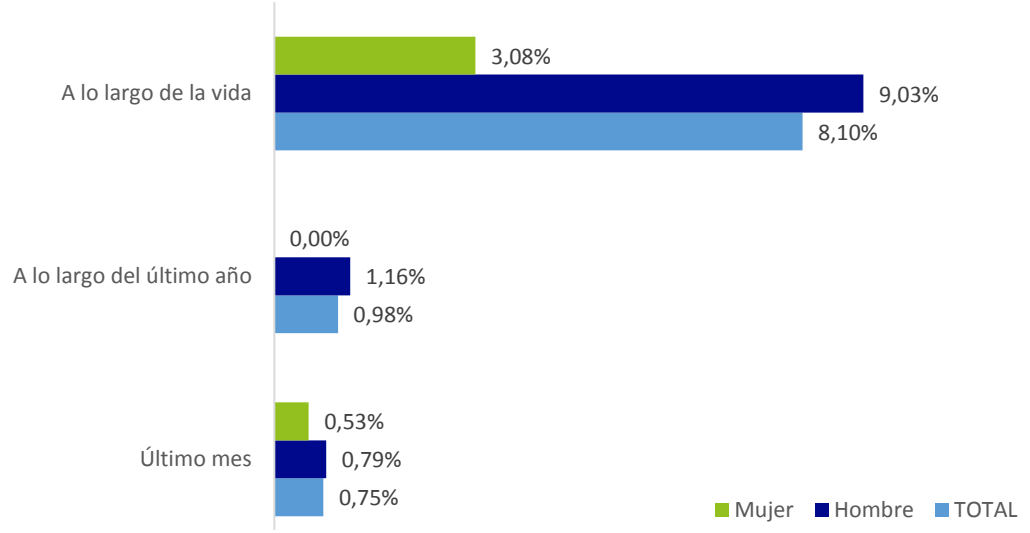
Consumo de alucinógenos y percepción de bienestar y condiciones de trabajo

Figura 64

	A lo largo de la vida			
	SI		NO	
Relación con los mandos (respeto, comunicación, etc.)	7,62	2,62	8,29	2,32
Estrés térmico (frio y/ o calor)	6,50	2,84	5,92	2,92

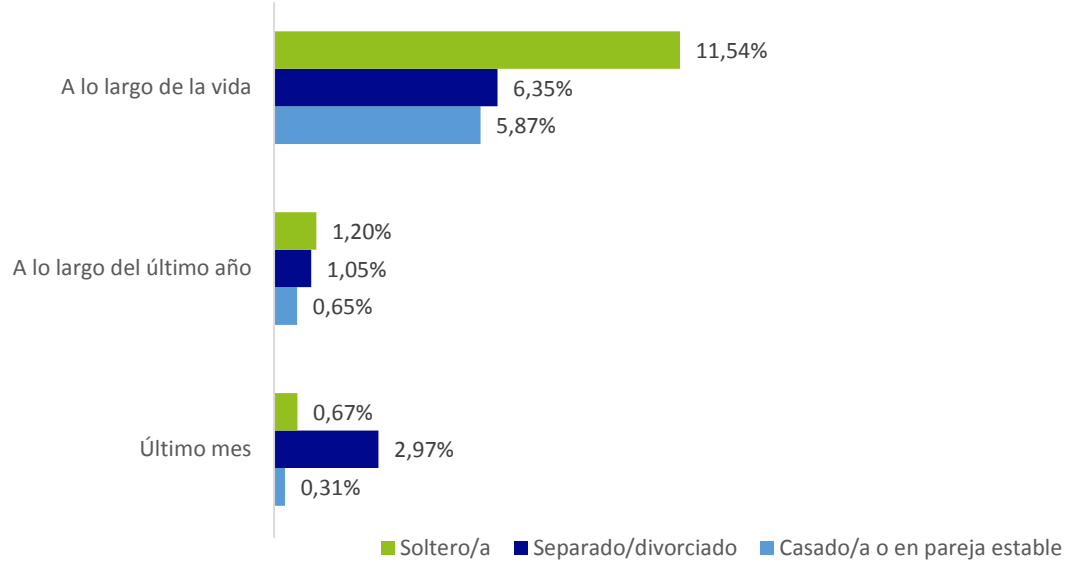
Consumo de alucinógenos. Global y por sexo

Figura 61



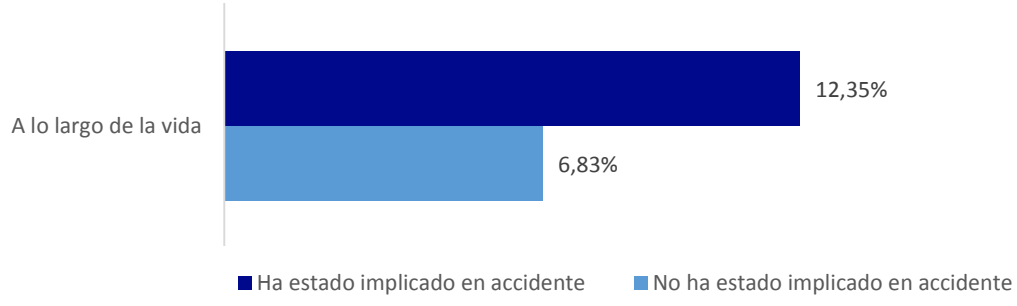
Consumo de alucinógenos. Estado civil

Figura 62



Consumo de alucinógenos a lo largo de la vida. Alguna vez implicado en accidente laboral

Figura 63

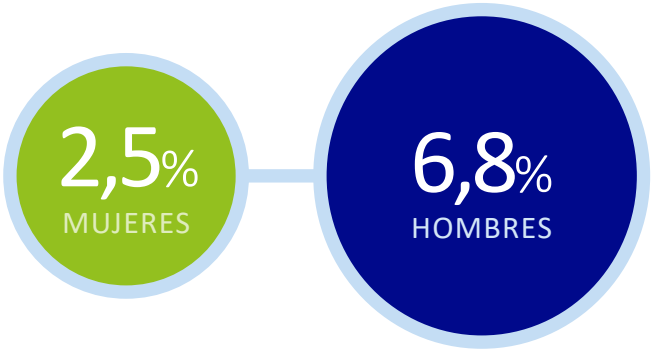


MOMENTOS DE CONSUMO

Se aprecia en la figura 65, que principalmente el consumo de alucinógenos ha sido durante fines de semana o días libres, y residual el realizado antes o con posterioridad a la jornada laboral. Las diferencias que aparecen entre hombres y mujeres en el consumo durante los fines de semana son significativas.

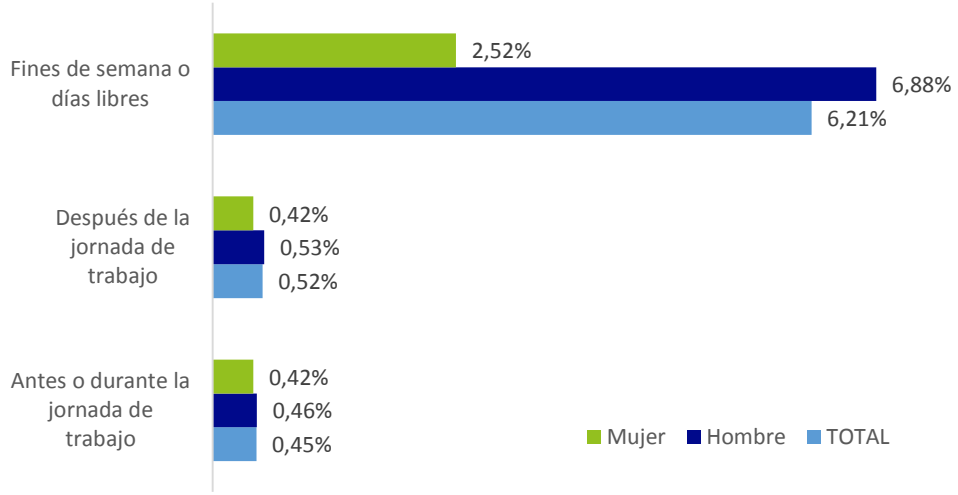
Existen diferencias significativas en este caso en el consumo los fines de semana o días libres.

Las diferencias en el consumo de alucinógenos son significativas entre hombres y mujeres durante los fines de semana, periodo en el que se produce el mayor consumo:



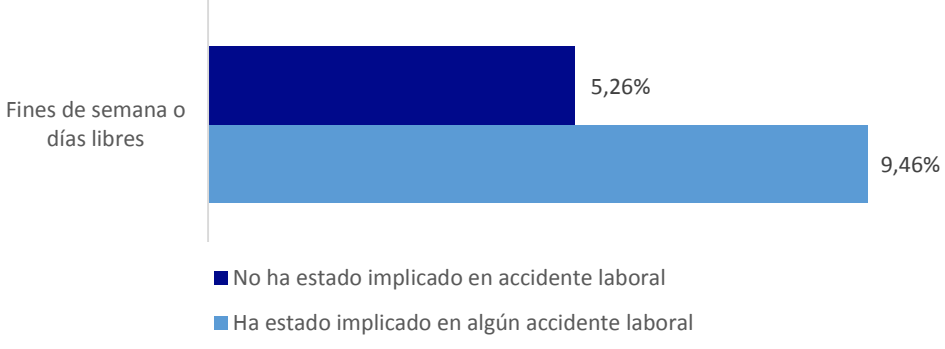
Alucinógenos. Momentos de consumo. Total y por sexo

Figura 65



Alucinógenos. Momentos de consumo. Implicación en accidente laboral

Figura 66



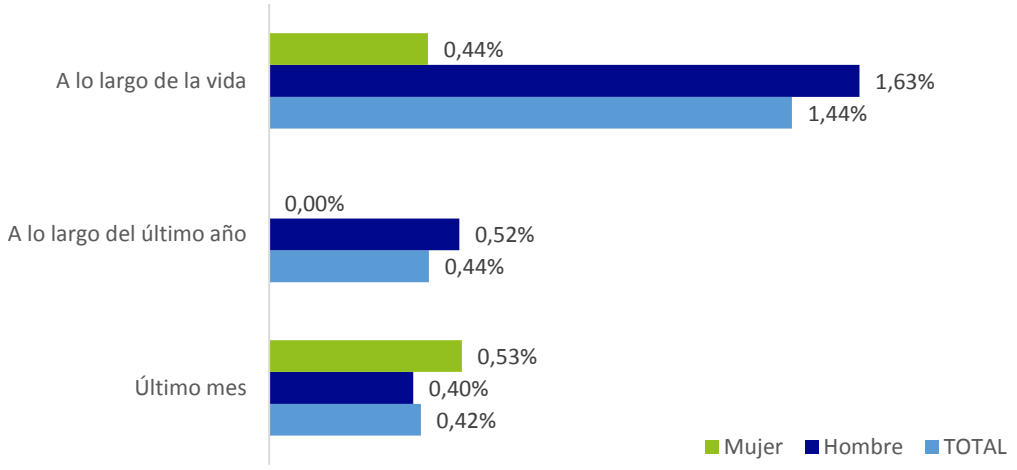
4.4.9 CONSUMO DE HERONÍA

En términos globales, se aprecian tasas bajas de consumo de heroína tanto en el último mes, último año y a lo largo de la vida. Pese a que los porcentajes son algo diferentes entre hombres y mujeres, debido al pequeño tamaño de la muestra de consumidores de esta sustancia, estas diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de los casos (figura 67).

La heroína es la sustancia menos consumida por los trabajadores.

Consumo de heroína. Global y por sexo

Figura 67



En la figura 68, se muestra que existen diferencias significativas en relación al consumo de heroína en el último año y la frecuencia de trabajo en espacios confinados, así como con el trabajo en condiciones de estrés.

Consumo de heroína y valoración de bienestar y condiciones de trabajo

Figura 68

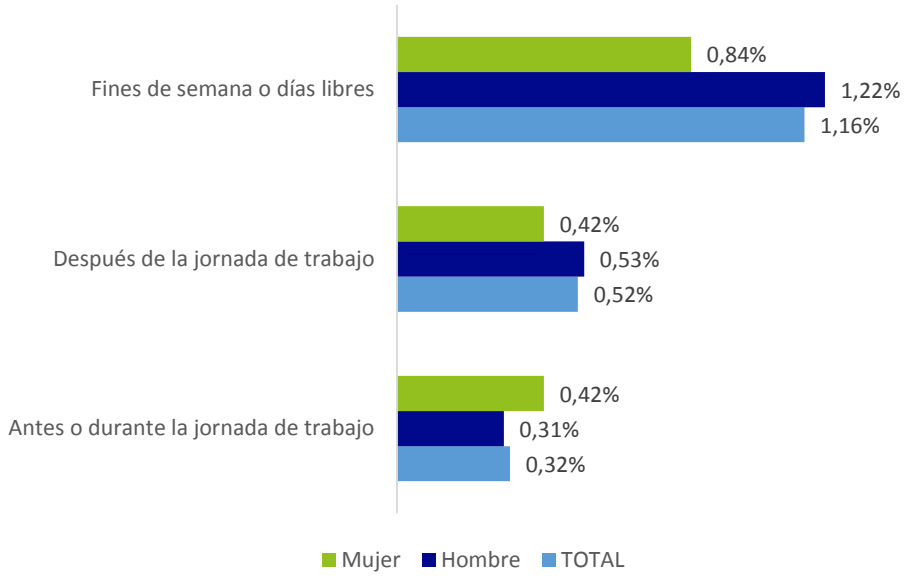
	Último año			
	SI		NO	
Trabajo en espacios confinados	7,80	2,59	4,59	3,03
Estrés durante el trabajo (Agobio, tensión, tiempos reducidos, etc.)	8,80	1,64	5,80	2,95

MOMENTOS DE CONSUMO

En la figura 69, se aprecia que el consumo de esta sustancia es algo superior en fines de semana, pero no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los casos, debido fundamentalmente al tamaño de la muestra y el reducido consumo porcentual de dicha sustancia.

Momentos de consumo de heroína. Total y por sexo

Figura 69





4.4.10 PERCEPCIÓN SOBRE REALIDAD DEL CONSUMO Y CONSECUENCIAS

En este apartado se incluyen los resultados relativos a la percepción de los trabajadores sobre la realidad del consumo en el entorno laboral, así como las potenciales consecuencias de los mismos y una valoración de posibles acciones que pueden tomarse desde las empresas.

En primer lugar, se presentan en la figura 70 los datos estadísticos descriptivos sobre la percepción de la problemática y consecuencias, (totales y las diferencias por sexos) del consumo de drogas.

En términos globales, se aprecia una alta percepción del riesgo de consumo en el entorno laboral, aunque con una mayor preocupación por la realidad del consumo de alcohol frente al consumo de otras drogas. La valoración sobre la facilidad de conseguir sustancias ilegales en el entorno de trabajo es bastante baja, aunque no deja de ser preocupante una puntuación cercana a cuatro y una desviación típica bastante alta. Este dato indicaría una dispersión importante en estas percepciones.

En relación a la percepción sobre las consecuencias e impacto de los consumos en el trabajo, las puntuaciones medias son bastante altas en todos los casos, siendo la más importante la relacionada con la probabilidad de que provoque accidentes de trabajo y la creación de mal ambiente laboral. Quizás la que menor valoración recibe es la vinculada con el absentismo provocado por el consumo.

Consumo de hipnosedantes y valoración de bienestar y condiciones de trabajo

Figura 70

	Total		Hombre		Mujer	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
El consumo de alcohol u otras drogas es peligroso en el entorno laboral	9,23	2,28	9,15	2,38	9,66	1,53
En mi entorno laboral el consumo de alcohol llega a ser problemático	7,13	3,76				
En mi entorno laboral el consumo de otras sustancias psicoactivas llega a ser problemático	6,94	3,89				
En mi entorno laboral es sencillo conseguir drogas ilegales	3,92	3,75				
Puede generar problemas de salud	9,22	1,87	9,14	1,97	9,66	1,07
Puede provocar accidentes en el trabajo	9,44	1,73	9,37	1,83	9,80	,99
Baja el rendimiento (cantidad de trabajo realizado)	9,10	2,09	9,01	2,20	9,60	1,28
Puede provocar mal ambiente en el puesto de trabajo	9,14	2,04	9,05	2,14	9,63	1,22
Genera absentismo (no acudir al trabajo)	8,90	2,31	8,81	2,40	9,38	1,64

En el análisis de diferencias por sexos, aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los elementos señalados en la tabla, siendo en todos esos casos superior la puntuación en las mujeres (tanto en la problemática como en las consecuencias). Como puede apreciarse, las diferencias se sitúan en la valoración del riesgo y las consecuencias de los consumos, no tanto en la percepción sobre la realidad de los consumos en las empresas. Estos datos denotarían una mayor preocupación y sensibilización de las mujeres en relación al consumo y sus consecuencias.

En la siguiente tabla (figura 71) se incluyen las diferencias que se han encontrado en estas valoraciones según el estado civil. Como se puede apreciar. En este caso, sólo aparecen diferencias en la valoración sobre el impacto en el clima laboral, siendo los trabajadores solteros quienes en menor medida perciben que pueda provocarse dicho impacto en el puesto de trabajo.

También se analizan las percepciones sobre el riesgo y realidad del consumo según el nivel formativo de los participantes, mostrando en la figura 72 aquellos elementos en los que aparecen diferencias significativas.

Consumo de cannabis y percepción de bienestar y condiciones de trabajo. Diferencias significativas

Figura 71

	Casado/a o en pareja estable		Separado/ divorciado		Soltero/a	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Puede provocar mal ambiente en el puesto de trabajo	9,23	1,93	9,26	1,95	8,98	2,19

Percepción de consumo según nivel formativo. Diferencias significativas

Figura 72

	El consumo de alcohol u otras drogas es peligroso en el entorno laboral		En mi entorno laboral el consumo de alcohol llega a ser problemático		En mi entorno laboral el consumo de otras sustancias psicoactivas llega a ser problemático	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Sin estudios	8,33	3,25	7,26	3,82	6,91	3,98
Estudios primarios	9,03	2,55	7,31	3,74	7,14	3,85
Educación Secundaria	9,23	2,25	7,47	3,66	7,26	3,84
Bachiller	9,35	2,14	7,91	3,30	7,97	3,36
Formación Profesional	9,29	2,12	6,83	3,84	6,71	3,95
Estudios universitarios	9,76	1,26	5,94	3,89	5,54	4,00

Como puede apreciarse en la figura 72, no aparecen diferencias significativas en la valoración del impacto de los consumos, sin embargo, sí aparecen en la percepción de la realidad de dichos consumos. En la valoración sobre la peligrosidad, son los trabajadores con mayor nivel formativo quienes muestran medias más altas. Contrariamente, la percepción sobre la problemática en el entorno, tanto en relación al consumo de alcohol como al de otras sustancias, la valoración de los trabajadores con menor nivel formativo es superior.

Son oficiales y peones quienes perciben una mayor problemática, tanto el consumo de alcohol como de otras sustancias.

Diferencias significativas según puesto de trabajo. Kruskal Wallis

Figura 73

	El consumo de alcohol u otras drogas es peligroso en el entorno laboral		En mi entorno laboral el consumo de alcohol llega a ser problemático		En mi entorno laboral el consumo de otras sustancias psicoactivas llega a ser problemático	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Directivo(a)	9,28	2,40	6,86	4,02	6,64	4,05
Encargado(a) / capataz	9,53	1,91	6,98	3,98	6,69	4,04
Jefe(a) obra / técnico(a) de ejecución	9,67	1,53	5,93	3,78	5,70	3,98
Oficial	9,05	2,51	7,29	3,74	7,13	3,85
Peón	9,13	2,37	7,41	3,63	7,23	3,79

Se comprueba, en la figura 73, que no hay diferencias en la valoración de las diferentes consecuencias de los consumos según el puesto de trabajo, aunque sí existen distintas percepciones sobre el peligro y la realidad de los consumos de alcohol y otras sustancias. En términos generales, son los trabajadores con mayor nivel jerárquico quienes perciben una mayor peligrosidad en el consumo de alcohol y drogas. En el lado opuesto, son oficiales y peones quienes perciben una mayor problemática, tanto en relación al consumo de alcohol como de otras sustancias en la valoración del entorno laboral concreto.

En la figura 74, se muestran las diferencias según el tamaño de la empresa en la que trabajan los participantes en el estudio, apareciendo diferencias en seis de las valoraciones. Puede apreciarse que, en los elementos relacionados con la valoración del impacto y consecuencias de los consumos, son los trabajadores de empresas de mayor tamaño los que muestran un mayor nivel de preocupación. En el caso de la valoración de la problemática del consumo de sustancias en el entorno concreto del trabajador y sobre la facilidad de conseguir sustancias ilegales, son los trabajadores autónomos los que arrojan mayores puntuaciones.

Cabe destacar, que no se encuentran diferencias significativas en estas percepciones entre quienes han estado implicados en un accidente laboral y el resto de trabajadores.

Son los trabajadores de empresas de mayor tamaño los que muestran un mayor nivel de preocupación.

Diferencias significativas según tamaño de la empresa

Figura 74

	Entre 1 y 9 trabajadores		Entre 10 y 49 trabajadores		Más de 50 trabajadores		Sin trabajadores (soy autónomo)	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
El consumo de alcohol u otras drogas es peligroso en el entorno laboral	8,83	2,78	9,29	2,13	9,46	1,95	9,39	1,96
En mi entorno laboral el consumo de otras sustancias psicoactivas llega a ser problemático	6,95	3,82	6,82	4,01	6,82	3,94	8,16	3,17
En mi entorno laboral es sencillo conseguir drogas ilegales	3,88	3,77	4,10	3,82	3,52	3,55	5,33	4,03
Puede provocar accidentes en el trabajo	9,20	2,06	9,52	1,51	9,53	1,66	9,56	1,53
Baja el rendimiento (cantidad de trabajo realizado)	8,77	2,43	9,20	1,92	9,28	1,93	9,16	2,02
Puede provocar mal ambiente en el puesto de trabajo	8,82	2,36	9,25	1,84	9,27	1,94	9,29	1,84

4.4.11 VALORACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS Y DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

Por último, se analizan las percepciones sobre la conveniencia de poner en práctica diferentes acciones o estrategias preventivas en el entorno laboral por parte de las empresas. En la figura 75, se muestran las valoraciones globales y las diferencias significativas según el sexo de los participantes.

De modo global, se aprecia una alta valoración de todas las acciones, aunque hay diferencias significativas entre las mismas, siendo la menos valorada la realización de pruebas de detección de consumo, además con una desviación típica relativamente alta, lo que indica una alta dispersión en las opiniones y valoraciones sobre este asunto. Las acciones más valoradas por los trabajadores son la realización de acciones informativas y formativas tanto a trabajadores como a mandos y directivos.

Se detectan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la valoración de la acción de derivar a los trabajadores con problemas a tratamientos especializados, no apreciándose dichas diferencias significativas en la valoración del resto de acciones planteadas.

En relación al puesto de trabajo (figura 76), aparecen diferencias significativas únicamente en la valoración de la acción relacionada con la derivación de los trabajadores a tratamientos especializados, siendo los jefes de obra quienes valoran esta acción en mayor medida.

En la valoración de las acciones no se encuentran diferencias significativas según:

- **Estado civil**
- **Formación en PRL**
- **Tamaño de la empresa**

Valoración acciones preventivas. Global y sexo

Figura 75

	Total		Hombre		Mujer	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Acciones de información/formación sobre sustancias a trabajadores	7,69	2,97				
Formación a mandos y directivos	7,63	2,93				
Realización de pruebas de detección del consumo (orina, sangre, saliva, etc.)	7,10	3,35				
Derivación de los trabajadores con problemas de adicción a tratamientos especializados	7,64	3,05	7,55	3,09	8,10	2,78

Diferencias significativas según puesto de trabajo

Figura 76

	Derivación de los trabajadores con problemas a un tratamiento especializado	
	Media	D.T.
Directivo(a)	7,88	2,85
Encargado(a) / capataz	7,14	3,28
Jefe(a) obra / técnico(a) de ejecución	8,56	2,18
Oficial	7,61	3,13
Peón	7,39	3,15

Los jefes de obra son los que valoran en mayor medida la derivación de trabajadores a tratamiento especializados.

4.5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los datos presentados en este estudio, con una muestra amplia, permiten acercarse, eso sí con todas las precauciones, a la realidad del consumo de sustancias en la población laboral del sector de la construcción.

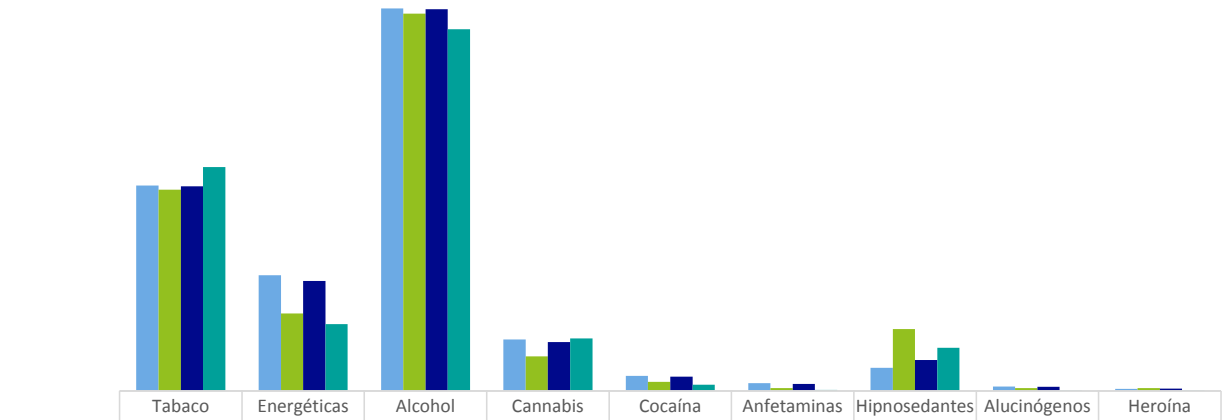
En primer lugar, conviene realizar una perspectiva general sobre las tasas de consumo de las diferentes sustancias que se han analizado en este trabajo. Para ello, se presenta el siguiente gráfico (figura 77), en el que se muestran los datos de consumo a lo largo del último mes, junto con el mismo dato de la encuesta EDADES 2017-2018 (Plan Nacional sobre Drogas, 2018)[31] que incluye a la población general (población en edad laboral, tanto trabajadores como desempleados, inactivos, etc.).

En términos globales se aprecia que el alcohol es la sustancia con mayor consumo, seguida del tabaco, bebidas estimulantes y cannabis. Es posible destacar como, en referencia a los datos globales de la encuesta EDADES 2017-2018, existe diferencia en las tasas de consumo de bebidas estimulantes, en las que tanto hombres como mujeres obtienen datos de consumo superiores al consumo global. En referencia al sexo de los participantes, debe destacarse la similitud en muchos de los datos obtenidos, exceptuando el consumo de bebidas estimulantes y cannabis, con un menor consumo de las mujeres participantes y en referencia al consumo de hipnosedantes, en el que las mujeres obtienen una tasa de consumo superior, incluso a los datos de la encuesta EDADES 2017-2018.

A continuación, se presenta un somero análisis de dichos resultados estructurado en torno a las diferentes variables sociodemográficas y laborales que han sido valoradas en este trabajo.

Gráfica de consumo a lo largo del último mes, junto con el mismo dato de EDADES 2017-2018

Figura 77



	Tabaco	Energéticas	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Hipnosedantes	Alucinógenos	Heroína
HOMBRES	35,60%	20,09%	66,31%	8,93%	2,64%	1,38%	4,04%	0,79%	0,40%
MUJERES	34,87%	13,45%	65,38%	6,01%	1,61%	0,53%	10,73%	0,53%	0,53%
TOTAL	35,49%	19,07%	66,17%	8,48%	2,48%	1,25%	5,36%	0,75%	0,42%
EDADES 2017	38,80%	11,60%	62,70%	9,10%	1,10%	0,20%	7,50%	0,10%	0,10%

[31] PNSD- Plan Nacional Sobre Drogas (2018). Encuestas sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales...

4.5.1 SEXO DE LOS PARTICIPANTES

Tanto en población laboral como en población general, el sexo es una de las variables determinantes del consumo y el desarrollo de problemas de abuso y adicción. Además, en entornos tan marcados por el género, como el laboral, y especialmente en sectores con infrarrepresentación de la mujer en la estructura laboral como es el de la construcción, es interesante tener en cuenta esta variable en las situaciones de consumo de sustancias.

Los análisis realizados han hallado algunas diferencias significativas que merece la pena destacar:

- El alto consumo de **bebidas estimulantes**, tanto en el último mes, como en el último año y a lo largo de la vida, siendo en todos los casos superior el consumo de los hombres frente a las mujeres.

- Los momentos de consumo de las **bebidas estimulantes**, siendo superior el consumo de los hombres antes o durante la jornada, como después de la misma. No aparecen diferencias en el consumo en fines de semana o días libres.

- El consumo abusivo de **alcohol** es superior entre los hombres y también es mayor el porcentaje de hombres que lo consumen antes o durante y al finalizar la jornada de trabajo. Sin embargo, no se han detectado diferencias significativas en el porcentaje de consumidores en el último mes, año o a lo largo de la vida.

- El consumo de **cannabis** es superior en hombres, tanto a lo largo del último año como a lo largo de la vida, presentándose diferencias en el momento de consumo en el caso del consumo posterior a la jornada de trabajo (superior en hombres).

- El consumo de **cocaína** a lo largo de la vida es superior en hombres, siendo también significativas las diferencias en el consumo durante los fines de semana o días libres.

- El consumo de **anfetaminas**, a lo largo del último año y a lo largo de la vida, es superior en los hombres y también con significativas diferencias en el consumo durante los fines de semana o días libres.

- El consumo de **hipnosedantes** es superior en mujeres tanto en el último año, como en el último mes y a lo largo de la vida. También se aprecia que el consumo por parte de las mujeres es superior al de los hombres en los diferentes momentos de consumo analizados (antes o durante la jornada, al finalizar la jornada, o fines de semana y días libres).

- En relación al consumo de **alucinógenos**, también aparecen diferencias significativas en el consumo a lo largo de la vida, siendo superior el de los hombres.

Además de las diferencias en la tipología y el perfil de consumo de sustancias entre hombres y mujeres, debe destacarse que, en el análisis de la percepción sobre la realidad del consumo y consecuencias del mismo en el entorno laboral, las mujeres muestran mayores niveles de preocupación y de valoración del riesgo. Estas diferencias en los perfiles de consumo y de valoración del riesgo y la problemática en el consumo de alcohol y otras drogas, indican la necesidad de valorar la perspectiva de género en el diseño y aplicación de planes de prevención e intervención en el ámbito laboral, tanto en un abordaje diferenciado, si es necesario, según el tipo de sustancia, como, especialmente, la posibilidad de potenciar a las trabajadoras como agentes de prevención internas, dada su mayor sensibilidad hacia esta problemática.

4.5.2 ESTADO CIVIL

El estado civil suele considerarse también una de las variables con impacto en la tipología de consumos, pudiendo funcionar tanto como factor de

protección como factor de riesgo. En este estudio se han encontrado algunas diferencias significativas en tipologías de consumo según el estado civil:

- En relación al consumo de bebidas **estimulantes**, aparece un mayor consumo por parte de los trabajadores solteros, frente a casados o separados, tanto en el consumo en el último mes, en el último año, como a lo largo de la vida. Referente al momento de consumo, es también superior entre los solteros a lo largo de la jornada de trabajo.

- También son los solteros quienes presentan mayores niveles de consumo de **cannabis** a lo largo del último mes, año y a lo largo de la vida, seguidos de separados, divorciados, y son las personas en pareja estable quienes menos cannabis consumen.

- En relación a la **cocaína**, **anfetaminas** y **alucinógenos,** el grupo de personas con pareja estable, son quienes han consumido en menor medida, tanto el mes anterior, como a lo largo del último año o a lo largo de la vida.

- No aparecen diferencias significativas en el consumo de **hipnosedantes**.

- En la **valoración sobre las consecuencias del consumo** en las empresas, aparecen diferencias según el estado civil en la valoración sobre el ítem "*Pueden provocar mal ambiente en el puesto de trabajo*", siendo los solteros quienes la valoran en menor medida frente al resto.

- No aparecen diferencias significativas en la **valoración de las acciones** a tomar desde las empresas según el estado civil.

4.5.3 NIVEL FORMATIVO

Otra de las variables sociodemográficas que puede tener un impacto, bien como factor protector, bien como factor de riesgo, es el nivel formativo.

Los datos analizados muestran la relación de esta variable con algunos estilos de consumo:

- En relación al consumo de **tabaco**, desciende el porcentaje de fumadores cuando se incrementa el nivel formativo.

- Los trabajadores que más consumen **bebidas estimulantes** y **cannabis** son aquellos con Educación Secundaria Obligatoria o Formación Profesional, siendo aquellos trabajadores con Bachiller o estudios universitarios quienes las consumen en menor medida.

- El consumo de **alcohol** es superior en aquellos trabajadores con Formación Profesional o estudios universitarios. Sin embargo, son los trabajadores con Educación Secundaria Obligatoria o Formación Profesional quienes obtienen en un mayor porcentaje puntuaciones iguales o superiores a cinco en AUDIT-C (consumo de riesgo).

- En el consumo de **anfetaminas,** aparecen diferencias significativas referidas al consumo a lo largo de la vida, siendo los trabajadores con Educación Secundaria Obligatoria o Formación Profesional quienes han consumido este tipo de sustancias en mayor medida.

- No aparecen diferencias significativas en el consumo de **hipnosedantes** según el nivel formativo.

4.5.4 PUESTO DE TRABAJO

El tipo de responsabilidades y tareas desempeñadas en el puesto de trabajo puede tener un impacto importante también como factor de riesgo o de protección, dadas las innumerables variables asociadas a los diferentes puestos (formación, experiencia, estrés, requerimientos de tipo físico, cansancio, etc.), por lo que es interesante profundizar en el análisis de esta variable, que además permitirá abordar con mayores garantías de calidad el



diseño de planes de prevención e intervención en las organizaciones. Los datos analizados muestran diferencias significativas en los siguientes casos:

- En cuanto al porcentaje de fumadores de **tabaco**, son los directivos, jefes de obra o técnicos y personal administrativo quienes fuman en un menor porcentaje, mientras que encargados y peones son quienes arrojan un mayor porcentaje de consumo de tabaco.

- Peones y oficiales son quienes consumen bebidas **estimulantes** en mayor porcentaje, tanto en el último mes, como último año y a lo largo de la vida. Por el contrario, quienes menos las consumen son directivos y personal administrativo. Sobre el momento de consumo de estas bebidas aparecen diferencias significativas sólo en su consumo posterior a la jornada de trabajo (superior en peones, oficiales y encargados).

- En relación al **alcohol**, aparecen porcentajes altos de consumo, en todos los puestos de trabajo, tanto en el último mes y año, como a lo largo de la vida, destacando especialmente el personal directivo. Sin embargo, aparecen diferencias significativas en el consumo abusivo (AUDIT-C≥5), siendo oficiales y encargados quienes puntúan en mayor medida en dicha escala.

- El porcentaje de trabajadores que ha consumido **cannabis** a lo largo del último mes o año es superior en el caso de los peones e inferior en personal administrativo. En el caso del consumo a lo largo de la vida es el grupo de jefes de obra y el de peones quienes presentan un mayor porcentaje de consumidores. Aparecen diferencias según puesto de trabajo en el consumo posterior a la jornada de trabajo, siendo peones y oficiales quienes lo hacen en mayor medida en este momento.

- No aparecen diferencias en el consumo de **cocaína**, **anfetaminas**, **heroína** o **alucinógenos** según el puesto de trabajo.

- Son los directivos y personal administrativo quienes han consumido **hipnosedantes** en mayor medida a lo largo del último mes, mientras que el consumo a lo largo de la vida ha sido superior en el caso de personal administrativo y encargados.

- Oficiales y peones son los grupos que valoran en menor medida **la peligrosidad del consumo de alcohol y otras drogas** en el entorno laboral.

- En la **valoración de acciones** que pueden tomar las empresas, aparecen diferencias en la relacionada con derivar a los trabajadores con problemas a tratamiento, valorada en mayor medida por jefes de obra y directivos.

4.5.5 TAMAÑO DE LA EMPRESA

En orden a planificar intervenciones preventivas en las organizaciones laborales, puede resultar de interés señalar algunas diferencias y particularidades, señalando en primer término que no aparecen diferencias en el consumo de ninguna de las sustancias analizadas.

En relación a la percepción sobre los riesgos y consecuencias del consumo en el entorno laboral, los análisis han encontrado diferencias en la percepción sobre cinco de los elementos:

- *El consumo de alcohol u otras drogas es peligroso en el entorno laboral.*

- *En mi entorno laboral, el consumo otras sustancias psicoactivas llega a ser problemático.*

- *En mi entorno laboral es sencillo conseguir drogas ilegales.*

- *Puede provocar accidentes en el trabajo .*
- *Baja el rendimiento.*

- *Puede provocar mal ambiente en el puesto de trabajo.*

En términos generales, son los trabajadores de empresas de mayor tamaño quienes puntúan por encima estos elementos, exceptuando el referido a la facilidad para obtener sustancias ilegales en el entorno laboral. Puede plantearse la hipótesis de que en empresas más grandes existe un mayor nivel de control y vigilancia, por lo que puede ser más complicado acceder a sustancias ilegales.

4.5.6 IMPLICACIÓN EN ACCIDENETE LABORAL ALGUNA VEZ EN LA VIDA

Pese a que no es la única de las consecuencias e implicaciones del consumo de sustancias en el entorno laboral, sí que es interesante profundizar en la relación entre posibles consumos y la accidentabilidad en el puesto de trabajo. Para ello, en el cuestionario se preguntó a los participantes si en algún momento de su vida habían estado implicados de cualquier modo en algún accidente laboral. Un 22,56% respondió afirmativamente a dicha cuestiónn. Se presenta a continuación, un análisis de consumo en estos trabajadores:

- Se encuentran tasas superiores de consumo de **alcohol** en el último mes, año y a lo largo de la vida en trabajadores que alguna vez se han visto implicados en accidente laboral, también entre aquellos que dan puntuaciones superiores a cinco en la escala AUDIT-C. Estas diferencias también aparecen en el momento de consumo de alcohol (antes o durante la jornada, después de la jornada y durante los fines de semana o días libres).

- Aparecen diferencias en el consumo de **cannabis**, **cocaína**, **anfetaminas** y **alucinógenos** a lo largo de la vida, siendo los trabajadores que han estado implicados en accidentes quienes obtienen tasas superiores. Este dato podría estar señalando la relación entre accidentabilidad y estilos de

salud, dado que no puede señalarse una relación de causalidad directa entre consumo de cannabis y accidentes.

- No aparecen diferencias en el consumo de **bebidas estimulantes**, **hipnosedantes** o **heroína.**

- No aparecen diferencias significativas en las valoraciones sobre las **percepciones de riesgo de consumo** y consecuencias del mismo en el entorno laboral.

Por la importancia e impacto de los accidentes laborales, tanto en las empresas como en los trabajadores, es importante tener en cuenta la relación que se ha encontrado entre los consumos de sustancias y la accidentabilidad, no sólo como causa directa, sino en muchos casos como parte de un estilo de vida y de cuidado de la salud que, se entiende, tiene un impacto también en el cuidado de la salud laboral. Esto refuerza la idea de la necesidad de trabajar la prevención del consumo de sustancias dentro de una perspectiva de generación de entornos de trabajo saludables.

4.5.7 A MODO DE CONCLUSIÓN

El consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas es una realidad preocupante en todos los ámbitos laborales. En el sector de la construcción puede llegar a constituir peligros específicos muy relevantes, tanto por la relación con la accidentabilidad como por el impacto en el clima laboral, la estabilidad, productividad, etc.

Los datos que se muestran en este estudio señalan una realidad de consumo en el sector no alejada de otras encuestas y trabajos de investigación, realizados tanto en nuestro país, como en el contexto internacional (Banwell, Dance, Quinn, Davies y Hall, 2006[32] ; Cheng y Cheng; 2016[33] ; OEDT 2015[34] ; PNSD 2018[35] ; Valente et al. 2018[36] ; etc.).

La sustancia más consumida es el alcohol, seguida por el consumo diario de tabaco y las bebidas estimulantes. También es necesario reseñar el consumo de cannabis, dado que hasta el 8,48% de los trabajadores afirma haberlo consumido a lo largo del último mes. En el caso de la cocaína, un 2,48% de los trabajadores que la han consumido el último mes y el caso de los hipnosedantes, sustancia de consumo legal si es bajo prescripción médica, pero que conviene reseñar dado el impacto que puede tener en el puesto de trabajo, hasta un 5,36% de trabajadores afirma haberlos consumido a lo largo del último mes.

Los datos reflejados en este estudio no sólo señalan una importante presencia del consumo de diferentes sustancias entre el colectivo de trabajadores, sino también una relación entre consumos, aunque no sean dentro del horario laboral, con la probabilidad de haber estado implicado en algún accidente de trabajo. En este sentido, toma fuerza la importancia de trabajar en torno a una idea de generación de salud, no sólo abordando la problemática de los consumos desde un punto de vista punitivo, sino desde la relación con la salud y un abordaje positivo que promueva la generación de espacios de trabajo saludables.

En el análisis de los perfiles y las diferencias significativas que se han encontrado en el análisis de los resultados, pueden valorarse algunas pistas e indicaciones interesantes para realizar las intervenciones preventivas en las empresas, no sólo indicando sobre qué trabajadores ha de

[32] Banwell, C., Dance, P., Quinn, C., Davies, R., y Hall, D. (2006). Alcohol, other drug use, and gambling among Australian Capital Territory (ACT) workers in the building and related industries. Drugs: education, prevention and policy, 13(2), 167-178. Australia.

[33] Cheng, W. y Cheng, Y. (2016). Alcohol drinking behaviors and alcohol management policies under outsourcing work conditions: a qualitative study of construction workers in Taiwan. International Journal of Drug Policy, 28(1), 43-47. Taiwan.

[34] Observatorio Español sobre Drogas [OEDT] (2015). Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

[35] PNSD- Plan Nacional Sobre Drogas (2018). Encuestas sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales...

[36] Valente, P., Mipatrini, D., Mannocci, A., Ruscitti, L. E., Sernia, S., Ceccanti, M., & La Torre, G. (2018). Perception of alcohol problem among workers of the transportation, healthcare and building sectors in the Lazio Region. La Medicina del lavoro, 109(3), e6902-e6902. Italy.

incidirse de un modo más especial por las tipologías de consumo, sino también qué trabajadores pueden ser un apoyo a la hora de diseñar acciones preventivas (por sus percepciones sobre la peligrosidad e impactos de los consumos).

En el siguiente apartado de este informe, se reseñan algunas ideas clave a tener en cuenta para realizar intervenciones sobre esta realidad de los consumos entre los trabajadores. Se plantean tanto unos principios que deben guiar las intervenciones, como la estructura y fases que deben contemplarse en el diseño de un plan de actuaciones, así como una descripción de las diferentes estrategias y acciones que pueden desarrollarse, tanto desde el punto de vista puramente preventivo, como en relación al abordaje de situaciones de consumo problemática detectadas entre los trabajadores.

Finalmente, es necesario destacar la importancia de la implicación de todos los agentes del entorno laboral, trabajadores, representantes de los trabajadores, mandos, directivos y técnicos de RRHH o PRL, en la generación de ambientes de trabajo seguros y alejados del consumo de sustancias. No se trata ni de llevar a cabo acciones puntuales, que no conducen a nada, ni de entender esta realidad como una problemática inabordable. Es necesario y posible desarrollar intervenciones desde las empresas que optimicen la prevención del consumo y potencien entornos de trabajo saludables, mejorando así tanto el clima de trabajo como la productividad y reduciendo la accidentabilidad.





05

PLANES DE ACTUACIÓN EN LA EMPRESA

Tras el análisis realizado en este informe de investigación, que ha puesto de relieve la necesidad de intervenir sobre los consumos de alcohol y otras drogas en el entorno laboral del sector de la construcción, en este bloque se presentan una serie de propuestas para el desarrollo de Planes de Actuación en el contexto de las empresas.

Como señalan algunos estudios previos realizados en otros países, es necesario que las intervenciones sean adecuadas a la problemática concreta, se contextualicen y respondan a las necesidades concretas del sector y la empresa correspondiente.

El Plan de Actuación que se propone, tiene como principal objetivo proporcionar orientaciones sencillas y claras, que contribuyan a mejorar las respuestas ofrecidas desde la empresa en lo que se refiere a alcohol y otras drogas.

Cabe destacar que, está orientado a cualquier organización, independientemente de su tamaño y estructura. Sólo es necesario que la empresa tenga la convicción de tomar medidas para prevenir y/o tratar el consumo de sustancias psicoactivas en sus trabajadores. Es evidente que no es lo mismo intervenir en una empresa con servicio de prevención propio, que hacerlo en una empresa integrada por tres o cuatro trabajadores, pues a medida que aumenta el tamaño de la empresa, aumenta su estructura, las funciones están más definidas y descentralizadas lo que puede facilitar la implementación del plan; por el contrario, la pequeña empresa cuenta con menos estructura que favorece la existencia de un nivel de cercanía al trabajador y conocimiento de su entorno que se podría aprovechar adecuadamente para una correcta implementación del plan.

El Plan de Actuación se propone como algo flexible y debe de ser adaptado a cada realidad. En ese sentido se ha tenido en cuenta, cuando se habla de componentes del Plan de Actuación, en la necesidad de adaptar el plan a las necesidades particulares de cada entidad, mediante un análisis previo que permita personalizar las acciones y estrategias a desarrollar, ganando en eficacia y eficiencia.

Asimismo, el tamaño de la empresa, por ser PYME, no puede justificar la inacción sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo. Bien desde la estructura que tenga o bien apoyándose en otras organizaciones, la empresa puede y debe de dar una respuesta a los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo, así como a su prevención. Sería importante que, como apoyo a la pequeña empresa, sea a través de las asociaciones, servicios de prevención ajenos, mutuas u otras estructuras similares, se ofrecieran recursos y soluciones a estas empresas, que por su tamaño no puedan desarrollar internamente el Plan de Actuación.

Pese a que en nuestro contexto todavía no se ha extendido el empleo de Planes de Actuación en el ámbito laboral, en otros países existen experiencias de gran interés en diferentes sectores, incluido el de la construcción. Algunos estudios (Van der Molen, Basnet, Hoonakker, Haslan y Verbeek, 2018)[37] han puesto de relieve que los programas de prevención e intervención en el seno de las empresas consiguen reducir el número de accidentes en el sector de la construcción, mientras que otros (Wickizer, Kopjar, Franklin y Joesch, 2004)[38] señalan que consiguen reducir la gravedad de las lesiones y daños producidos por los accidentes de trabajo, al menos en términos de jornadas perdidas por accidente. Estos datos son especialmente más significativos en el sector de la construcción.

[37] Van der Molen, H. Basnet, P., Hoonakker, P., Haslam, R. y Verbeek, J. (2018). Effectiveness of Interventions for Preventing Injuries in the Construction Industry: Results of an Updated Cochrane Systematic Review. Advances in Intelligent Systems and Computing, 825(1), Finland. 438-440

[38] Wickizer, M. Kopjar, B, Franklin, G, and Joesch J. (2004). Do Drug-Free Workplace Programs Prevent Occupational Injuries? Evidence from Washinton State. USA. 1475(39).



Los estudios y análisis realizados por Asfar y otros (2018)[39] y por Dupuis, McKean, y Chow (2018)[40] sobre algunas intervenciones realizadas en empresas del sector de la construcción, destacan algunas sugerencias para el desarrollo de estos programas:

- Mejorar el acceso a las intervenciones, realizándolas en el propio puesto de trabajo (por ejemplo, con visitas a pie de obra, etc.).
- Adaptar las intervenciones a la cultura propia, tipo de trabajo y circunstancias de los trabajadores.
- Involucrar a la dirección en el diseño y desarrollo de las intervenciones.
- Entender la cultura específica del sector y la organización, atrayendo o valorando la implicación de líderes naturales del entorno laboral.

Dada la importancia de la intervención y la prevención en relación con los consumos en el sector de la construcción es necesario, como señala Fernández (2016, p. 26) *"alejarse de un cumplimiento meramente formal o nominal"*, para lo que es imprescindible reflexionar sobre las intervenciones adecuadas, conocer los componentes que deben constituir un Plan de Actuación y contar con los profesionales adecuados que sean capaces de llevar a cabo las diferentes estrategias de actuación. En este bloque se ofrecen recursos con los que es posible desarrollar un plan integral de intervención en el ámbito de la empresa.

[39] Asfar, T. et al. (2018). A cluster randomized pilot trial of a tailored worksite smoking cessation intervention targeting Hispanic/Latino construction workers: Intervention development and research design. Contemporary clinical trials, 67, 47-55. USA.

[40] Dupuis, L., McKean, H., y Chow, H. (2018). Quitting the smoke break: a successful partnership with the construction industry. Canadian Journal of Public Health, 19(1), 128-133. Canadá.

5.1 ¿QUÉ ES UN PLAN DE ACTUACIÓN?

Cada vez es más habitual aceptar que la empresa tiene la necesidad de intervenir en materia de drogodependencias en su seno y es por eso cada vez más frecuente la implantación de programas de intervención en estas organizaciones. No obstante, para la puesta en marcha de estos programas se recomienda la presencia de profesionales altamente capacitados para ello, por lo que habrán de hacerlo técnicos en prevención de drogodependencias, educadores sociales, trabajadores sociales, psicólogos y profesionales, formados en disciplinas afines, y que tengan un amplio conocimiento de los sistemas de gestión de prevención de riesgos laborales, ya que en muchas ocasiones será el marco en el que estas intervenciones se desarrollen.

La prevención de riesgos laborales es uno de los marcos para llevar a cabo programas de intervención en este sentido, pero no el único: la intervención para la prevención de consumo de drogas en el entorno de la empresa puede ser aplicada desde el departamento y las políticas de recursos humanos, así como desde criterios enmarcados en la Responsabilidad Social Corporativa y encuadrados en el más amplio concepto de Empresas Generadoras de Salud. Para aquellas medianas y pequeñas empresas en las que sea una labor costosa llevar a cabo programas de intervención, existe la posibilidad de enmarcarse en confederaciones más amplias, permitiendo así adoptar la oportunidad de crear estrategias de actuación. En todo caso, los programas deben de estar inspirados por una perspectiva decididamente preventiva, desechando enfoques punitivos y tienen que partir del consenso de todos los agentes implicados en la organización y contar con el impulso de dirección.

Por varias razones, es la empresa un lugar excelente para dar cabida a Planes de Actuación. En primer lugar, desde el punto de vista de la prevención, la población laboral es una población homogénea, por lo que agrupa a la gran mayoría de personas que van de los 16 a los 65 años. En un segundo lugar, intervenir en la empresa garantiza la continuidad de las intervenciones, al tiempo que facilita su seguimiento y evaluación. En tercer lugar, la empresa cuenta con estructuras organizativas, con departamentos y con recursos humanos muy cualificados a tales efectos. Y en cuarto lugar, es la empresa, el puesto de trabajo, un lugar ideal para la detección de problemas relacionados con las drogas y se presenta como entorno idóneo para acompañar en la rehabilitación y la reinserción social.

Los beneficios que se derivan de la implementación de un Plan de Actuación en la empresa pueden observarse en cuanto a la empresa como un entorno sano, generando una cultura de responsabilidad social real, dentro y fuera de la organización. Asimismo, la empresa sirve como referente y ejemplo en la sociedad, lo que promueve que los trabajadores y trabajadoras sean los mejores embajadores de la organización.

Además, al fomentar la participación del conjunto de la empresa, se genera motivación, mejorando el clima laboral, la cohesión grupal y la implicación. Otro de los beneficios que se derivan es la confianza entre todo el personal, incrementando el grado de compromiso y generando relaciones empáticas. En cuanto a la retención del talento de las personas implicadas en la empresa, se logra disminuir los gastos de formación y reduce la rotación de los trabajadores.

Se debe acotar el concepto **"Plan de Actuación de la Empresa",** y para ello, antes de definir sus fases y componentes, es preciso definirlo y analizar sus características principales, así como sus principios rectores.

Por Plan de Actuación en el medio laboral se entiende un conjunto de estrategias, individuales o colectivas, desarrolladas tanto en el área social, sanitaria como terapéutica, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales que pueden producir algunas formas de consumo de drogas o de las patologías asociadas al mismo.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE UN PLAN DE ACTUACIÓN

Anteriormente se han enumerado algunas de las razones que hacen de una empresa un entorno privilegiado para poner en marchas Planes de Actuación de consumo de drogas, a los que habría que añadir, ya en un sentido más amplio, argumentos de responsabilidad social, de coste-beneficio para las empresas, así como los relativos a la salud de las personas trabajadoras.

Cualquier Plan de Actuación debe recoger, en primer lugar, las principales líneas de actuación de la empresa en el tema que nos ocupa, y, en segundo lugar, los derechos, deberes y compromisos de todas las personas implicadas en relación con al menos uno de los objetivos siguientes:

1. La **prevención de los riesgos laborales** asociados al consumo de alcohol u otras drogas.
2. La **atención de los trabajadores que pudieran presentar problemas** en relación con el consumo abusivo de estas sustancias, con una repercusión significativa en su desempeño laboral.

Como cualquier intervención, el Plan de Actuación de la empresa debe recogerse por **escrito**, y contar con el **conocimiento** y el **respaldo** de los principales agentes y grupos de interés de la organización, desde la alta dirección hasta el conjunto de trabajadores o sus representantes.

5.3 COMPONENTES DEL PLAN DE ACTUACIÓN

Hay una serie de elementos considerados básicos a la hora de desarrollar un Plan de Actuación frente al consumo de alcohol y otras drogas en una empresa. Son los siguientes:

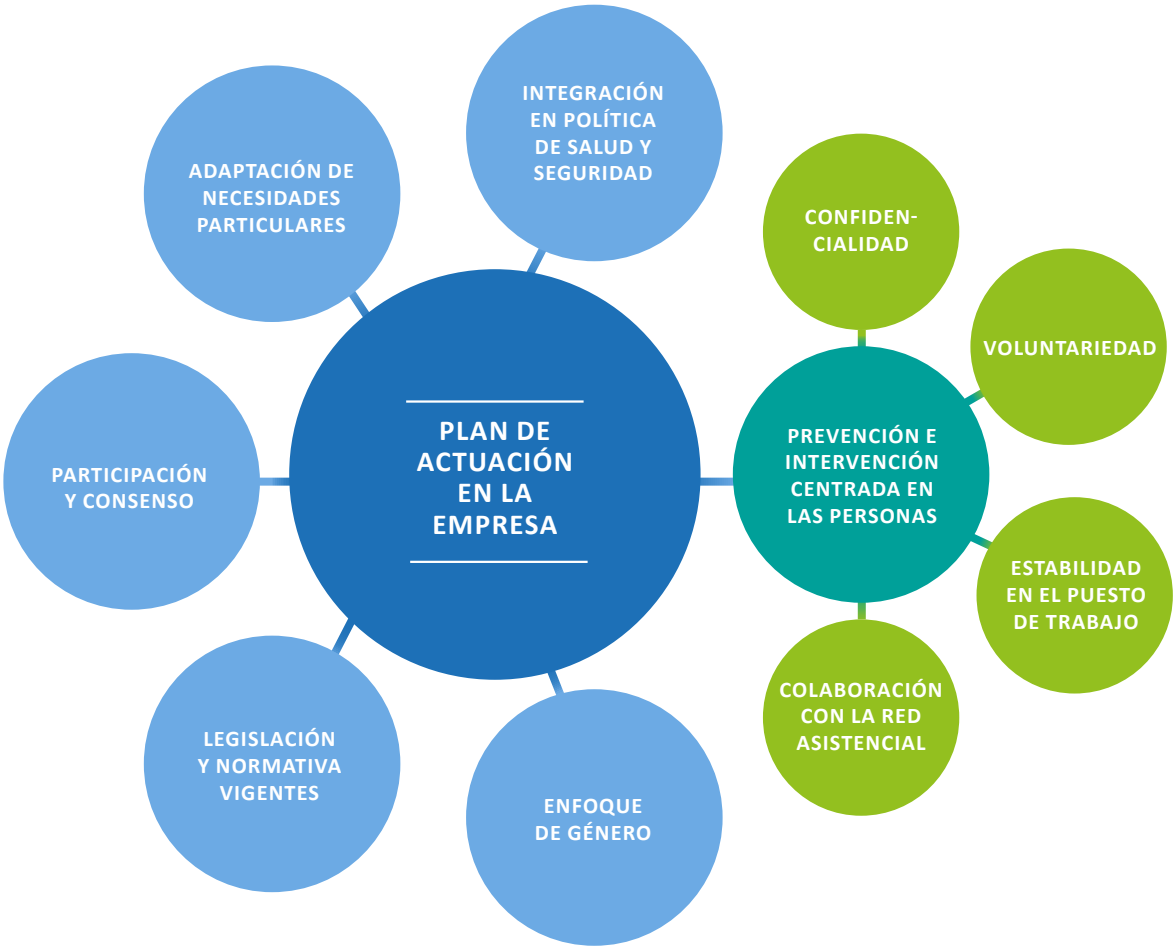
1. Como resultado de la negociación entre la dirección de la empresa y los representantes de los trabajadores, han de elaborarse unos principios rectores, que han de reunir los siguientes criterios:

   a) Contar con la participación y consenso de la dirección de la empresa y, en su caso, el Comité de Empresa, el Comité de Seguridad y Salud, el Servicio de Prevención, los responsables de recursos humanos, y del conjunto de los trabajadores en general.

   b) Deben adaptarse y adecuarse a las necesidades concretas de cada empresa y del sector. Cada empresa tiene una idiosincrasia y en cada una concurren circunstancias particulares relacionadas. Aunque se comparta la construcción como sector, no será igual el tamaño de la empresa, los perfiles profesionales de sus trabajadores, las con-

Esquema Componentes Plan de Actuación

Figura 78



diciones de trabajo, las instalaciones, así como tampoco serán iguales las características socioeconómicas de su entorno.

c) La intervención en este ámbito debe **integrarse en las políticas generales de Salud y Seguridad Laboral,** en el marco de las intervenciones generales en materia de salud de los trabajadores, así como de la prevención de riesgos asociados al desempeño de su actividad laboral.

d) Las soluciones han de ser humanizadas, **la prevención e intervención centrada en las personas,** facilitando su acceso a los tratamientos y de acuerdo con los siguientes criterios:

- Voluntariedad.
- Confidencialidad.
- Estabilidad del puesto de trabajo.
- Colaboración con la red asistencial.

e) Es imprescindible tener una perspectiva o **enfoque de género,** que indiscutiblemente aumentará tanto la calidad como la efectividad del Plan de Actuación, ya que será capaz de interpretar la situación diferencial entre mujeres y hombres, en torno a características individuales, motivaciones, vulnerabilidad física y psicológica, o roles asignados social y laboralmente a unos y a otras. Todo ello se debe contemplar y tener en cuenta en el diseño de la estrategia del Plan.

f) El Plan de Actuación ha de respetar escrupulosamente la **legislación y normativa vigentes,** tanto la general como la que afecta al sector de la construcción en particular, sin olvidar las relativas a la protección de datos.

2. La identificación de las necesidades concretas de la empresa:

La intervención en la empresa tiene como objetivos la formación, la mejora de ciertas habilidades y la promoción de actitudes; en consecuencia, la empresa conseguirá rentabilizar los costes, lo que se evidenciará en la cuenta de resultados.

Contar con un Plan de Actuación en la empresa, plenamente adaptado a sus necesidades, permitirá mejorar el rendimiento, reducir el absentismo y la siniestralidad o mejorar el clima de trabajo; y, por supuesto, ajustar mejor las acciones de prevención e intervención a los trabajadores.

Por lo tanto, saber diagnosticar y detectar las necesidades reales de la empresa es la base del éxito de un Plan de Actuación.

3. Los objetivos y el alcance del Plan:

Para llevar a cabo una adecuada intervención en la empresa es necesario marcar unos objetivos claros, medibles y coherentes, basándose en la identificación de necesidades concretas vistas anteriormente. Por ejemplo, reducir el consumo de tabaco de los trabajadores fumadores en un 25% en el próximo año.

Asimismo, es conveniente determinar hasta dónde va a tener alcance el Plan de Actuación, no se debe olvidar que en el sector de la construcción es habitual la concurrencia de muchas empresas distintas en el mismo centro de trabajo.

Estos objetivos serán claves para desarrollar estrategias en pro de conseguir resultados óptimos para cada organización.

Para fijar los objetivos se ha de tener en cuenta las políticas existentes en la empresa y sus propios objetivos.

4. Las actividades a desarrollar y su calendario:

Para lograr los objetivos establecidos en el apartado anterior es necesario establecer las actividades que van a llevarse a cabo y un plazo determinado (sensibilización, formación…). Un Plan de Acción ha de estar calendarizado; es importante saber qué actividades dependen de otras para su realización, para así poder ordenarlas y priorizarlas. Y, por supuesto, que las personas responsables se coordinen para que se pueda hacer lo propuesto en tiempo y forma.

5. Los recursos humanos, materiales y económicos necesarios:

En el caso de los recursos humanos, es clave poner en manos de expertos en materia de drogodependencias las actividades a llevar a cabo para la consecución de los objetivos. Pero además de esto, se ha de elegir qué miembros de la empresa han de estar vinculados en cada una de las actividades a llevar a cabo, siendo beneficiarias de cada estrategia propuesta.

En cuanto a recursos de índole económico y material, estos han de tenerse en cuenta dentro de la viabilidad del Plan de Actuación.

6. El sistema de evaluación del Plan, con sus correspondientes indicadores:

Es fundamental establecer una evaluación del Plan que sirva para considerar un doble objetivo: por un lado, para realizar un adecuado seguimiento de la aplicación, resolver problemas, abordar posibles complicaciones, etc.; y por otro, para determinar si el Plan ha funcionado y observar qué diferencia hay en la organización tras la aplicación del mismo.

Con todo ello, la evaluación ha de estar orientada en el marco de la utilidad y practicidad para generar una constante adaptación del Plan de Actuación.

5.4 FASES DEL PLAN DE ACTUACIÓN

Aunque cada Plan de Actuación sea único y ajustado a las necesidades de la empresa en la que se implanta, todos cumplen con una serie de fases comunes. Todos los Planes de Actuación han de ser específicos para cada organización y comenzar con una **fase de análisis,** continuar con una **fase de diseño,** para posteriormente pasar a una **fase de ejecución** y **control,** y terminar con una fase de evaluación y mejora. Esta división por fases es fundamental para llevar un control del Plan de Actuación y ejecutar las actividades de la manera más efectiva posible. No hay que olvidar que como cualquier programa de mejora, se deber regir por el principio de la mejora continua, e ir evaluando continuamente la evolución del programa.

Se analizarán estas fases una a una, haciendo un compendio de las principales acciones que se llevarán a cabo.

Fases Plan de Actuación

Figura 79



5.4.1 FASE DE ANÁLISIS

A menudo ocurre que a esta fase no se le da la importancia debida, siendo indispensable en el conjunto del Plan de Actuación. En primer lugar hay que comprender la realidad a la que hay que enfrentarse, para lo cual es de imperiosa necesidad recoger datos de la empresa, tanto organizativos como de los procesos individuales que la integran. Es en esta fase en la que se describe el estado en el que se encuentra la empresa de acuerdo a las circunstancias actuales y que, tras un análisis adecuado, va a posibilitar el diseño y puesta en práctica de un plan individualizado y adecuado a las necesidades y particularidades específicas de la organización. Algunas de las variables que es necesario explorar son, entre otras:

- Una **estimación real del consumo dentro de la empresa,** partiendo de los datos estadísticos globales señalados en los informes elaborados por las administraciones públicas-por ejemplo, el informe de OEDT (2015)[41]- y ajustando dichos datos con la experiencia previa e información de la propia organización.
- **Factores de riesgo y de protección** (definidos en la primera parte del estudio), tanto aquellos relativos al sector de la construcción de modo general como los específicos a la organización en concreto.
- **Variables e Indicadores** directos e indirectos relacionados con la salud de los trabajadores.
- **Indicadores laborales** (definidos en la primera parte del estudio). Existen una serie de factores laborales relacionados con las características del puesto de trabajo o con el ambiente laboral, que pueden favorecer el inicio y/o el mantenimiento del consumo de sustancias.
- **Indicadores sociales** (definidos en la primera parte del estudio). Son los referidos a las características sociales propias de cada individuo tales como la cultura, la situación socio-económica, la tecnología, religión etc.

[41] Observatorio Español sobre Drogas [OEDT] (2015). Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Una revisión de las **políticas y estrategias actuales,** así como de la normativa aplicable en la empresa con el objetivo de definir adecuadamente las políticas de actuación futuras.
- Se recomienda explorar las **estrategias, actuaciones e intervenciones** que se han tomado en el pasado en relación al consumo de alcohol y otras drogas (medidas disciplinarias que se hayan tomado previamente, sesiones informativas, casos de consumo que han sido conocidos pero sobre los que no se ha intervenido, etc.).
- Por último, es preciso analizar los **recursos externos disponibles,** ya que van a ser de utilidad en fases posteriores.

Esta fase es fundamental, ya que aporta una visión global del estado de la empresa y establece de manera objetiva cuáles son los factores de protección y riesgo existentes, en los que se van a basar todas las estrategias de actuación posteriores. Por todo ello, conviene hacer un análisis en profundidad en el que se valore también la interacción con otras variables y realidades como, por ejemplo, la presencia de subcontratas que, como señalan Cheng y Cheng (2016)[42], pueden presentar algunos factores de riesgo específicos o al menos diferenciados de la propia empresa: el pequeño tamaño de las empresas subcontratadas, mayor precariedad en el empleo dentro de las mismas, e incluso las propias políticas y visiones sobre el consumo dentro de dichas empresas.

5.4.2 FASE DE DISEÑO

Es la fase intermedia entre la de análisis y la de ejecución del plan. Una vez analizada la situación de partida, y tomada la decisión de acometer las acciones derivadas del Plan de Actuación, es preciso llevar a cabo una serie de medidas y elaborar una estrategia. A continuación, se concretan algunas de las acciones que se realizarán en esta fase:

- Definir, de manera clara y concisa, los objetivos generales o logros pretendidos que aproximan el escenario al que se quiere llegar y, del mismo modo, los objetivos específicos del Plan de Actuación. Ambos tipos de objetivos han de estar en consonancia con la misión y la visión de la empresa.
- Limitar los ámbitos de aplicación a aquellos en los que esté justificada la intervención, para lo que es clave realizar una exhaustiva fase de análisis. La filosofía de cualquier Plan de Actuación en la empresa no es la acción por la acción y, en este sentido, no sólo se deben acotar los ámbitos de aplicación, sino también realizar una selección adecuada de los destinatarios.
- Configurar equipos de trabajo adecuados, asignando responsables en cada uno de los estamentos. Siempre, y en este tipo de intervenciones con más razón, la constitución de un adecuado grupo de trabajo es clave para el éxito de las acciones de la fase posterior.
- Tras haber consensuado los contenidos, objetivos y normas del Plan de Actuación, es necesario informar, de manera clara y concisa, a la organización sobre los contenidos, objetivos y normas del mismo. Los objetivos y contenidos deben contar con el impulso y compromiso de la dirección.
- Todos los trabajadores que participan en el Plan de Actuación tienen que identificar los medios de ayuda puestos a su disposición, así como los compromisos que se adquieren con ellos.

5.4.3 FASE DE EJECUCIÓN Y CONTROL

Esta fase consiste en poner en marcha la planificación previa. Durante la misma, el equipo de trabajo debe estar muy coordinado, por lo que habrá reuniones de manera regular y la comu-

[42] Cheng, W. y Cheng, Y. (2016). Alcohol drinking behaviors and alcohol management policies under outsourcing work conditions: a qualitative study of construction workers in Taiwan. International Journal of Drug Policy, 28(1), 43-47. Taiwan.

nicación será muy fluida, ya que se debe hacer todo lo posible para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

La coordinación va más allá de la propia organización, haciendo necesario extenderla también a los recursos externos a la propia empresa, recursos importantes y necesarios para la consecución de nuestros objetivos.

Si hubiera discrepancia entre la planificación realizada y los valores de la medición del rendimiento, se introducirán medidas correctivas.

Las acciones son variadas:

- Identificar los colectivos de mayor riesgo para llevar a cabo una detección precoz de los casos, lo que permitirá tratamientos en estadios muy precoces, antes incluso de que la empresa haya sufrido alguna consecuencia no deseada.
- Identificar los factores de riesgo y de protección de cara a potenciar todos aquellos factores de protección que hay en la empresa y, así mismo, intervenir convenientemente sobre los de riesgo.
- Llevar a cabo la puesta en marcha de las actuaciones previstas, que se detallan más adelante, con su correspondiente control y seguimiento.

5.4.4 FASE DE EVALUACIÓN Y MEJORA

Esta es la última fase de un Plan de Actuación y es preciso contrastar la situación posterior a la intervención, con la situación de partida. Del mismo modo, el equipo de trabajo anteriormente citado debe diseñar un plan de mejoras, con sus correspondientes objetivos y acciones. Todo Plan de Actuación debe garantizar su propia mejora mediante el establecimiento de los mecanismos de evaluación, que serán la base de intervenciones futuras.

Otras acciones que se integran en esta fase, son:

- Realizar una evaluación adicional de las nuevas necesidades que se hayan observado durante la realización del proyecto, así como de aquellos aspectos que no se hubieran tenido en cuenta y que por su relevancia hubiera que incorporar en el desarrollo de acciones futuras.
- Evaluar el proceso completo, así como los recursos utilizados y las intervenciones llevadas a cabo. Por último, enumerar y cuantificar los resultados basándose en los indicadores anteriormente asignados.
- Realizar un seguimiento, de modo que la intervención sea evaluada a futuro y al mismo tiempo pueda garantizar cierto acompañamiento a las intervenciones abiertas durante la ejecución del Plan.
- Si el Plan de Actuación continúa, es preciso incorporar todas aquellas propuestas que puedan implicar una mejora, así como realizar los cambios que se consideren oportunos y que puedan mejorar la actuación o se hayan descubierto como necesarios.

Dado que uno de los criterios de los diferentes modelos de gestión de la calidad organizativa es la evaluación continua y la importancia del ciclo de mejora, en este momento puede ser pertinente incluir la evaluación del Plan de Actuación dentro de los propios sistemas de gestión de calidad y/o de prevención de riesgos laborales de la empresa (EFQM, ISO 9001, 45001, etc.). Esto ayudaría desde una doble perspectiva: en primer lugar, aprovechando otros procesos ya estandarizados y con rodaje en la propia organización (medición, revisión por la dirección, etc.); en segundo lugar, incorpora el Plan de Actuación en la propia organización, estructura y procesos de la empresa, facilitando la identificación empresa-plan de actuación.

5.5 ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN



Un Plan de Actuación debe incluir en su elaboración acciones concretas, que son las que desarrollan los objetivos planteados. A continuación, se define un catálogo de las más significativas; sin embargo, tras un concienzudo diagnóstico, se pueden añadir otras que no se encuentren en este planteamiento. En el mismo sentido, es conveniente remarcar que, en el ámbito particular de cada empresa, los que diseñan el Plan de Actuación no tienen por qué emplear todas, sino las más adecuadas a su realidad productiva y organizativa.

Se distinguen tres grandes grupos de estrategias, que se explican detenidamente en este apartado:

1. Estrategias preventivas.
2. Estrategias de Apoyo y Asistencia.
3. Estrategias de Reincorporación y Reincorporación Laboral.

Por último, y antes de comenzar el desarrollo de cada una de ellas, se propone, de manera gráfica, vincular en el Plan de Actuación cada una de las acciones que se propone implantar, al objetivo específico al que responden, y al resultado cuantitativo o cualitativo que se pretende conseguir con ella.

5.5.1 ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

En este contexto, se entiende por Estrategias Preventivas las actividades dirigidas a un considerable número (o la totalidad) de trabajadores; y también se enmarcan como componente inseparable, integrante, de las políticas de Seguridad y Salud de la empresa.

En este plan se ofrece una gama, amplia y articulada de intervenciones dirigidas tanto a la disminución o reducción del consumo de alcohol y otras drogas, como al aumento de la percepción de seguridad si el trabajador presenta problemas o cuestiones relativas al consumo.

El siguiente gráfico ilustra los cinco grandes bloques de acciones a desarrollar:

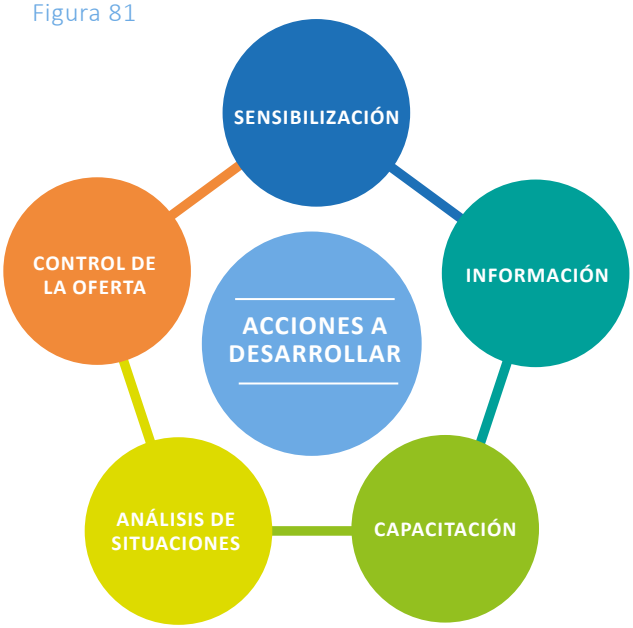
Tabla de vinculación de acciones, objetivos y resultados deseados

Figura 80

	Acciones concretas que se realizan	A qué objetivo dan respuesta	Qué se pretende conseguir con ella
1			
2			
3			
4			

Acciones de Estrategia Preventiva

Figura 81



Organizaciones especializadas en adicciones, como Proyecto Hombre, cuentan con cursos especializados y adaptados a empresas en materia de prevención de drogodependencias dirigidos a la totalidad de la población empresarial y/o específicos para cada uno de los sectores de la organización (mandos intermedios, RRHH, técnicos de prevención laboral).

5.5.1.1 Sensibilización

Se puede empezar argumentando sobre la importancia de la sensibilización, afirmando que "quien toma conciencia de un problema está en vías de resolverlo". Por lo tanto, se define como un proceso, activo y creativo, de comunicación, que pretende una modificación de la actitud y del comportamiento de los trabajadores frente a las drogas, no sólo sobre su consumo, sino también sobre los riesgos que de él se derivan, por lo que se promueve un aumento de conciencia respecto a este tema.

En definitiva, el objetivo de las acciones de sensibilización es promover la reflexión para el cambio de actitudes y comportamientos hacia el consumo de alcohol y otras drogas, así como dar a conocer las consecuencias derivadas del mismo para la salud en general y en el medio laboral en particular.

Algunas de las acciones que se proponen como sensibilización son:

- Campañas: dirigidas a incidir en los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, así como en los beneficios del consumo responsable o la abstinencia. Diseñadas con asesoramiento externo y desarrolladas por los Servicios de Prevención.
- Grupos de discusión: dirigidos a personas con responsabilidades en la PRL y promovidos por personal técnico externo.
- Edición y difusión de diferentes soportes: folletos, carteles, etc., a distribuir en las instalaciones del personal de las obras elaborando materiales propios con asesoramiento externo y/o difundiendo materiales existentes de los entes autonómicos o estatales competentes en el ámbito de las drogodependencias.
- Servicio de Vigilancia de la Salud: durante la realización de las revisiones iniciales o periódicas, informar sobre los riesgos del consumo abusivo de alcohol y de drogas en general cuando se detecten indicadores del mismo, así como ofrecer consejo motivador para la realización de consumos responsables en horarios, situaciones y espacios de menor riesgo y diferentes al medio laboral.
- Jornadas específicas, en el seno de la empresa, que desarrollen acciones periódicas de promoción de la salud.

5.5.1.2. Información

En el caso de la información, las acciones irán encaminadas a difundir y divulgar los perjuicios para la salud del consumo de alcohol y otras drogas, así como dar a conocer los recursos de la propia empresa para la prevención de las conductas adictivas.

Según señalan diversos estudios, la información sobre drogas no disminuye su consumo, salvo que se integre en un plan o en un proyecto más amplio. Este es el caso. El objetivo no es otro que conseguir en el "informado" una actitud crítica hacia el consumo, por lo que la persona que la ofrezca ha de contar con los conocimientos suficientes y una actitud que sepa discriminar lo irrelevante de lo necesario, y no caiga en los mitos y estereotipos que habitualmente acompañan el tema de las drogas.

Por otro lado, la información irá dirigida a dar a conocer a los trabajadores los recursos que la empresa pone a su disposición para la prevención, el tratamiento y la reinserción laboral.

Como acciones informativas, se incluyen:

- Empleo de los sistemas de comunicación interna (boletines, revistas, etc.) en los que se suministrará información sobre las sustancias y sus efectos para la salud y la seguridad laboral de las personas, para el clima laboral y para la propia actividad de la empresa.
- Elaboración y divulgación de folletos y cartelería o aprovechamiento de materiales ya elaborados, en los espacios destinados a la información y Prevención de Riesgos Laborales, así como en el espacio de los servicios médicos.
- Divulgar los recursos para la prevención, internos y externos a lo organización.

5.5.1.3. Capacitación / Formación

Aquí se engloban un conjunto de acciones dirigidas a dotar de conocimientos sobre la elaboración de Planes de Actuación, diseño de estrategias, conocimiento de los riesgos de los consumos de alcohol y otras drogas en la población laboral y los medios para una comunicación eficaz de los mismos. Análisis de situaciones y de los factores de riesgo y de protección.

Las acciones de formación propuestas son las siguientes:

- Diseño y contenidos de los Planes de Acción, dirigido a los agentes que participan en la configuración del programa: delegados de prevención, técnicos en prevención de riesgos laborales, personal sanitario, mandos intermedios y dirección. Comprendería todos los contenidos del programa.
- Adquirir conocimientos relacionados con las sustancias adictivas y sus efectos, así como los factores de riesgo y de protección frente a los consumos en el ámbito laboral.
- Conocer las técnicas básicas de prevención del consumo de drogas en el entorno laboral, asociadas a los riesgos laborales del desempeño de las tareas, dirigidas a los trabajadores, en las que se instruya sobre los riesgos y efectos para la salud y el desarrollo de la actividad laboral del consumo de sustancias.

5.5.1.4. Análisis de situaciones

Bajo este apartado se engloban un conjunto de actividades determinadas por las necesidades propias de cada empresa. Desde el conocimiento de estos factores de riesgo y protección es necesario plantear acciones concretas adecuadas al contexto concreto de la organización, que puedan re-equilibrar el equilibrio riesgo/protección.

Objetivo: Controlar y reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección.

Las acciones que se proponen bajo este epígrafe son:

- Identificar los factores de riesgo asociados a las tareas y puestos de trabajo que puedan, en concomitancia con los factores de tipo personal, aumentar la probabilidad de consumos de riesgo de alcohol y otras drogas.
- Identificar indicadores indirectos de consumo en el desarrollo y realización de las tareas, así como en el clima laboral.
- Empleo de encuestas y estudios sobre la incidencia del consumo de drogas en el medio laboral en general y en el sector de

la construcción en particular, para realizar un análisis de la realidad de la empresa y prevenir o reducir el consumo de sustancias psicoactivas.

- Visualizar y potenciar los factores de protección, personales y laborales, para hacer frente a las situaciones de abuso o dependencia de sustancias.
- Los servicios médicos deben atender a los indicadores presentes en las revisiones periódicas, tanto los procedentes de los análisis bioquímicos como de los estados generales de salud, que puedan indicar consumos abusivos de sustancias, para posteriormente realizar tareas de consejo breve o indicaciones de tratamiento.

Las actividades a desarrollar pueden ser las siguientes:

- Elaboración de políticas y trabajo sobre la cultura en torno al consumo de alcohol y otras drogas en el empleo. Diferentes estudios han señalado el importante impacto de la cultura y las políticas organizativas en relación al consumo de sustancias. Por ejemplo, Bauer, Hyland, Li, Steger y Cummings (2005)[43] y Moskowitz, Lin y Hudes (2000)[44] demuestran que las políticas sobre espacios de trabajo libres de tabaco tienen un impacto positivo en la reducción del consumo de tabaco y en el abandono del mismo entre los trabajadores, mientras que Frone (2009)[45] muestra que las culturas permisivas sobre el consumo de sustancias en el puesto de trabajo tienen impacto tanto en los propios consumidores como en los trabajadores que no las consumen (tensión en el trabajo, clima, etc.). Por ejemplo, la Asociación Proyecto Hombre cuenta con un modelo de política, adaptable a cualquier tipo de organización, dentro de su "Guía práctica para personal técnico en adicciones en el marco de la prevención de riesgos laborales y empresas generadoras de salud" (2017).[46]
- En el caso de que los horarios de trabajo, tanto de entrada, salida, alargamiento de la jornada laboral, puedan constituir un factor de riesgo, puede valorarse la posibilidad de la modificación de los mismos o incluir variables moderadoras. Por ejemplo, adelantando la jornada en temporadas de excesivo calor, ofreciendo la posibilidad de disponer de bebidas calientes sin alcohol, etc.
- Estableciendo medidas que mejoren y relajen el clima organizativo, en el caso de que éste se haya diagnosticado como factor de riesgo. Estas medidas pueden incluir la reestructuración de la estructura jerárquica, la formación de los mandos intermedios, etc.
- Diseñando medidas adecuadas para la evaluación del desempeño, que puedan mitigar el efecto de la presión y el estrés por la acumulación de trabajo.

5.5.1.5. Control de la oferta

Reducir el acceso de los trabajadores al alcohol, y por extensión a todo tipo de drogas, es una de las medidas que más rotundamente tienen influencia en el consumo y sus problemas derivados. Quizá la puesta en marcha de este tipo de medidas pueda implicar tensiones en algunos trabajadores, habituados a la permisividad del

[43] Bauer, JE, Hyland A, Li Q, Stegger, C. and Cummings, KM. (2005). A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. 95(6):1024-9. USA.

[44] Moskowitz, J.M, Lin, Z and Hudes, E.S (2000). The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. 90 (5):757-761.

[45] Frone, Michael. (2009). Does a Permissive Workplace Substance Use Climate Affect Employees Who Do Not Use Alcohol and Drugs at Work? A U.S. National Study. Psychology of addictive behaviors journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors. 23. 386-90. USA.

[46] Contreras, C., García, D., Contreras, D., Ribas de Pina, F., Pérez, F.J., Santos, J.R. (2017). La intervención en adicciones en el marco de la prevención de riesgos laborales. Guía práctica para personal técnico en adicciones en el marco de la prevención de riesgos laborales y empresas generadoras de salud. Madrid: Proyecto Hombre. Disponible en: http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2019/02/PH_GuiaPrevencionLab.pdf

consumo de alcohol en el sector de la construcción, pero la evidencia experimental señala que la disminución del acceso a las drogas, reduce su consumo, no sólo por parte de consumidores de riesgo, sino de todos los trabajadores.

Está suficientemente demostrado que la disponibilidad de vino o de cerveza, conlleva un incremento de la ingesta neta de alcohol, por lo que estas medidas irán encaminadas a reducir la accesibilidad a las sustancias en los centros y lugares de trabajo.

Las acciones propuestas en el control de la oferta son básicamente dos:

1. Evitar la disponibilidad de bebidas alcohólicas en los centros de trabajo, sustituyéndolas por otras (agua o refrescos).
2. Prohibición del ingreso y consumo de sustancias.

5.5.2 ESTRATEGIAS DE APOYO Y ASISTENCIA

Es preciso realizar procesos de identificación de casos y asesoramiento a nivel interno, en el seno de la empresa, para implementar estrategias de apoyo y asistencia a quienes se han iniciado en el consumo o tienen problemas derivados del mismo, en cuyas actividades las necesidades de apoyo psicosocial para el trabajador son imprescindibles.

Para que las empresas logren niveles de calidad elevados en estos procesos, que se pueden considerar críticos de atención a los trabajadores, es necesario que los resultados del diagnóstico sean particularizados o individualizados, basados en las características o idiosincrasia de cada uno de los trabajadores afectados.

5.5.2.1. Detección temprana

Como su propio nombre indica, su objetivo es la detección precoz de los consumos excesivos o de riesgo, a fin de evitar consecuencias graves para la salud de las personas, así como para la actividad de la empresa. Es uno de los factores que más afectan a la posterior evolución del caso.

La importancia de una detección temprana radica en que permite a la empresa anticiparse a los problemas derivados por el consumo de uno o varios trabajadores y planificar acciones encaminadas a prevenir consecuencias indeseadas. Asimismo, posibilita la creación de redes de apoyo efectivas para el trabajador desde la propia empresa.

Las acciones se estructuran de modo transversal a toda la empresa y siguen el siguiente esquema:

- Atender a los indicadores indirectos de consumo en función de las responsabilidades y competencias.
- Los propios compañeros de trabajo, mandos intermedios o mediadores con una formación adecuada para la detección de los signos y síntomas de consumo.
- Desde el ámbito de la Prevención de Riesgos Laborales, en la investigación de las causas de accidentes o incidentes.
- Recursos Humanos, por medio de indicadores indirectos (absentismo, conflictos, ausencias temporales en la jornada, disminución del rendimiento, etc.).
- Servicios médicos y de vigilancia de la salud, a través de los reconocimientos médicos periódicos, de incidentes o accidentes durante la jornada laboral.
- Delegados de prevención, miembros del comité de seguridad y salud en tareas de mediación y motivación.

5.5.2.2. Capacitación / Formación

Debido a la gran aceptación social y cultural que tienen algunas drogas, en ocasiones es difícil distinguir un consumo “normal” de uno “abusivo”. Se parte de la base de que no existe una dosis que se pueda considerar segura, ni de alcohol ni de otras drogas, menos aún en el puesto de trabajo, ni mucho menos de la construcción, sector inscrito en el anexo I, de actividades



especialmente peligrosas, del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

El objetivo de la capacitación en este nivel de estrategia es dotar de competencias y habilidades para detectar posibles consumos y desarrollar las capacidades para motivar, orientar y apoyar a las personas con problemas de abuso de sustancias en el medio laboral.

Las acciones propuestas en este nivel son:

- Dotar de conocimientos sobre las sustancias y sus efectos.
- Los síntomas y signos de los indicadores directos e indirectos del consumo de sustancias.
- Técnicas para una comunicación eficaz.
- Técnicas básicas de motivación, de refuerzo y de apoyo emocional.
- Capacitación dirigida al servicio médico de técnicas de Consejo Breve.

En este sentido, y a modo de ejemplo, la Asociación Proyecto Hombre cuenta con el curso online "Prevención en el ámbito laboral para técnicos de prevención de riesgos laborales"[47] , que puede contribuir a la formación, capacitación y pautas específicas para abordar las dificultades.

5.5.2.3. Protocolos de Actuación en caso de consumos problemáticos

Ante un consumo que se puede considerar problemático, es importante saber qué hacer y cómo hacerlo, por lo que el objetivo principal en este nivel es que todas las partes implicadas atiendan y actúen de manera coordinada frente a situaciones de intoxicación o abuso de sustancias, con instrucciones claras y recogidas en el acuerdo establecido entre los agentes que participan en la elaboración y desarrollo del Plan de Actuación.

[47] Camino, C., García de la Cal, D., Contreras, D., Ribas, F., Pérez, J. Santos, J., (2017). "Guía Práctica Para Personal Técnico en Adicciones". Asociación Proyecto Hombre. Disponible en: http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2019/02/PH_GuiaPrevencionLab.pdf

Es importante reconocer que no todos los agentes tienen el mismo nivel de responsabilidad y, por lo tanto, su actuación variará siguiendo los criterios del siguiente esquema:

Compañeros del trabajador afectado:

- Dar a conocer la situación a la persona responsable del departamento o sección a la que pertenezca el trabajador.
- Si existiese riesgo efectivo para el propio trabajador o para terceras personas, o la persona afectada por el consumo de sustancias no pudiese realizar su tarea, se procurará su traslado a un lugar reservado a la espera de una mejoría de su estado, manteniendo acompañada a la persona.
- Si se apreciase un estado grave de salud (pérdida de conocimiento, respiración forzada…) se llamará a los servicios de urgencias (112), describiendo los síntomas observados y se solicitará ayuda de emergencia.

Desde la empresa:

- Con posterioridad a esta situación, se informará a la persona de las medidas reglamentarias acordadas en el Plan de Actuación.
- Se le ofrecerán los medios de ayuda o las recomendaciones preventivas recogidos y previstos en el Plan de Actuación.
- Establecer protocolos de actuación en caso de intoxicación aguda.

Desde el Servicio Médico de Empresa (SPP o SPA):

- Evaluar el nivel de intoxicación de la persona.
- Valorar la continuidad en el puesto de trabajo.
- Emitir consejos preventivos para evitar nuevas situaciones.
- Si la persona ya ha estado en más ocasiones en esta situación, motivar el ingreso en un centro especializado.

5.5.2.4. Consejo Breve

Tal y como dice Rodríguez Martos (1999)[48]: ***"La intervención breve es una intervención limitada en el tiempo, de duración siempre inferior a la de un tratamiento específico, que incluye una evaluación global, un asesoramiento breve y un cierto seguimiento. Bajo esta denominación se incluyen una serie de intervenciones marginales con respecto a los programas y procedimientos terapéuticos tradicionales, que tienen como característica su brevedad y concisión y suelen ser realizadas por médicos, enfermeras, psicólogos o trabajadores sociales".***

Partiendo de la definición anterior, el objetivo será que los servicios médicos de empresa, (generalmente del Servicio de Prevención Ajeno) así como otros agentes suficientemente capacitados, adquieran habilidades para realizar una intervención eficaz en adicciones, teniendo como finalidad reducir la prevalencia de los consumos en general y de manera individualizada mediante una serie de orientaciones médicas personalizadas, dirigidas en este caso a la abstinencia del consumo de sustancias o a un consumo moderado y menos grave.

Las acciones subsiguientes serán:

- Información sobre los beneficios del consumo moderado.
- Información sobre los riesgos de la ingesta excesiva de alcohol.
  - Negociación de metas.
  - Materiales de apoyo. Bibliografía.
  - Estrategias motivacionales.
  - Técnicas de modificación de conducta.
  - Seguimiento y reforzamiento.

[48] Rodríguez-Martos, A. (1999). Educación Médica sobre Alcohol: Perspectiva de Futuro. Pla d'Acció sobre Drogues. Institut Municipal de Salut Pública.

5.5.2.5. Derivación para Tratamiento Especializado

Cuando la situación lo requiera, será necesario derivar a los recursos especializados de la Red de Salud Mental y Adicciones. Para que un proceso de derivación sea exitoso, tiene que darse una combinación adecuada entre la autoridad de los profesionales sanitarios y el grado en que los trabajadores tengan la capacidad para resolver los factores de resistencia. Estos factores aumentarán, facilitarán y promoverán la adherencia de los trabajadores al tratamiento.

Valorar y derivar a tratamientos especializados a las personas que presenten una problemática severa de consumo de drogas, es uno de los objetivos que debe plantearse toda empresa, ya que implica un enfoque centrado en la salud del trabajador y una superación del espíritu punitivo que en muchas ocasiones ha monopolizado la acción en estos casos.

Los criterios que se deben tener en cuenta son los siguientes:

- Que el servicio médico de la empresa conozca el recurso al que es derivado el trabajador, respecto de su eficacia y calidad del servicio.
- Que el trabajador esté de acuerdo con el profesional médico en la necesidad de tratamiento.
- Que se entienda, por parte de la persona a la que se motiva a realizar el tratamiento, que no se produce un desentendimiento por parte de la empresa, y que se realizará un seguimiento periódico del proceso terapéutico.
- Que la persona se comprometa a seguir las indicaciones del programa al cual se deriva.

5.5.2.6. Determinar el tratamiento en función del itinerario terapéutico

Ajustar la vinculación del trabajador a la empresa en función del tratamiento más adecuado a la severidad de su adicción, a las variables personales y a su responsabilidad y tarea en la empresa, es el objetivo que se propone en este punto.

No se puede estandarizar una sola respuesta para todos los casos de trabajadores que inician un tratamiento y, en este sentido, se distinguen al menos tres supuestos contemplables, que vinculan la situación laboral del trabajador con la actuación que puede tomar la empresa. La graduación puede variar en función de las características, tanto del trabajador como de la empresa, pero se propone el siguiente esquema:

Supuestos de situación laboral durante tratamiento y actuación a implementar

Figura 82

Supuesto	Situación laboral	Actuación
1	La realización del tratamiento no implica alterar su situación laboral	La persona puede compaginarlo sin alterar las condiciones laborales
2	Implica modificaciones en el horario y condiciones de trabajo	Se deben acordar nuevas condiciones y/o cambios
3	Ausencia temporal del puesto de trabajo	Incapacidad transitoria o excedencia

Dentro del segundo de los supuestos, algunos trabajadores van a requerir un apoyo específico o modificación de algunas condiciones de trabajo para facilitar el acceso al tratamiento o, incluso, facilitar el mismo y la recuperación. Estos apoyos y/o modificaciones de las condiciones del puesto de trabajo deben ser negociados con el trabajador y han de ser específicos para cada caso. Algunas de estas modificaciones pueden ser, sin pretender ser exhaustivos:

- Modificaciones en horarios de entrada y salida del trabajo.
- Cambios en el equipo de trabajo (facilitando una mayor supervisión o incluso el alejamiento de determinados compañeros).
- Modificaciones en la tarea, empleo de maquinaria, etc.

5.5.2.7. Seguimiento del Proceso de Tratamiento

La derivación del trabajador a recursos especializados no implica una desconexión por parte de la empresa. Es necesario establecer un seguimiento continuado y adecuado entre el recurso especializado y los servicios médicos de la empresa, que sin duda aumentará la adherencia del trabajador al tratamiento.

Al ser un asunto sensible, y vinculado a la salud, es preciso remarcar que el seguimiento deberá hacerse de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos. Las acciones de seguimiento del tratamiento son las que a continuación se exponen:

- Coordinar las acciones de cada servicio.
- Establecer un calendario de entrevistas entre los servicios.
- Comunicación de incidencias.
- Establecer seguimiento post-alta del tratamiento, si se acepta por parte del trabajador y se considera adecuado.
- Establecer las condiciones de reincorporación al puesto de trabajo o de búsqueda de compatibilidad con otra tarea/puesto si fuese posible.

5.5.2.8. Programa de Apoyo y Ayudas

En este punto es necesario remitirse a la Nota Técnica de Prevención (NTP) nº 439 sobre “Apoyo Social”[49] , que define y clasifica los distintos tipos de apoyo social. Una de las definiciones que ofrece es: "la información que permite a las personas creer que: ***a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas".***

En la misma NTP, se afirma: “el apoyo social puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto... En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos”, que en este caso serían los vinculados al tratamiento y todo lo que conlleva.

Por ello, desarrollar desde la empresa una red o programas de apoyo y ayudas implica poner a disposición del trabajador las condiciones materiales y organizativas más adecuadas para la realización del tratamiento, para lo que serán imprescindibles una serie de acciones que se enumeran a continuación:

- Orientación sobre las características de los diferentes recursos públicos y privados para el tratamiento de la adicción.
- Facilitar la realización de las actividades terapéuticas con la jornada laboral.
- Flexibilidad de horarios y turnicidad.
- Procurar, si fuese posible, el cambio temporal o definitivo a un puesto de trabajo

[49] Pérez Bilbao, J, Martín Daza, F. (1999). NTP439: El apoyo social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

en el que los factores de riesgo estén controlados o sean menores.

- Reserva del puesto de trabajo.
- Colaborar económicamente, parcial o totalmente, con los costes del tratamiento.
- Renovación de las ayudas en caso de recaídas, estableciendo el número y la forma de disponer de las mismas.
- Disponer de un permiso retribuido si fuese necesario.
- Concesión, si se plantease, de excedencias.
- Convenios con centros de tratamiento especializado.
- Facilitar la reincorporación laboral.

5.5.3. Estrategias de Reincorporación Laboral

La reincorporación laboral al puesto de trabajo debe contemplarse en los casos de las personas que hayan seguido un itinerario terapéutico que implicase ausencia temporal del puesto de trabajo. Es decir, el objetivo es retomar la actividad laboral de manera normalizada.

Cuando la persona haya finalizado su tratamiento o se encuentre en el proceso final del mismo, se debe prever su reincorporación al puesto de trabajo que desempeñaba con anterioridad o a la nueva tarea que se le asigne, con el objetivo de facilitar este proceso para que se realice con el mayor grado de normalización posible.

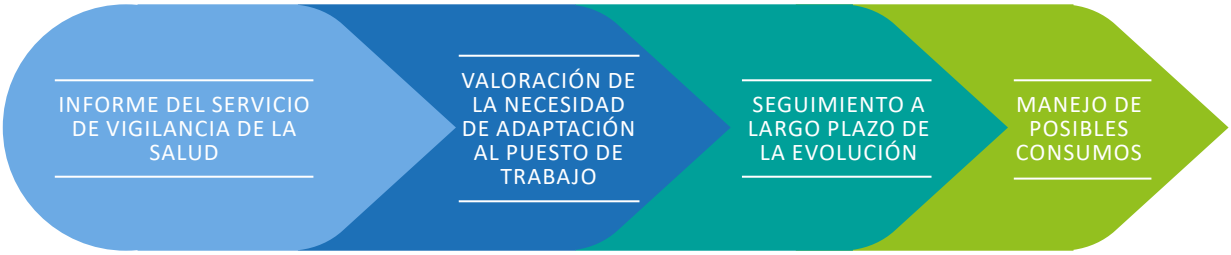
Esta etapa del proceso debe estar contemplada desde el inicio del tratamiento y ha de ser fruto del trabajo de coordinación y seguimiento entre los profesionales del recurso terapéutico y del servicio médico de empresa, teniendo en cuenta las estrategias propuestas en el cuadro, así como la evolución y propuestas que pudiera realizar la persona.

Las acciones derivadas de esta estrategia son las que a continuación se consideran:

- El servicio de vigilancia de la salud emitirá un informe de aptitud laboral con el consentimiento de la persona que estará, a su vez, procedimentado en el Plan de Actuación para estos casos, haciendo constar la aptitud de la persona para desarrollar adecuadamente la tarea que venía desempeñando anteriormente a su tratamiento.
- Si se valorase en la etapa final del tratamiento que la persona debe entrar en un proceso de adaptación al puesto de trabajo que implicase el análisis de los factores de riesgo en cuanto que pudieran influir en episodios de recaída, si los hubiese, se procederá a la eliminación de tales riesgos, a la reorganización del puesto de trabajo o a un puesto compatible con la formación y las aptitudes del trabajador y las necesidades de la empresa.
- Seguimiento a largo plazo que permita comprobar la evolución positiva del trabajador en el entorno laboral, y que se llevará a cabo por el servicio médico de la empresa.
- Manejo de los posibles consumos: tanto durante la realización del tratamiento, como tras la finalización del mismo, se deben contemplar las alternativas existentes y las consecuencias que se derivan de las mismas, en cuanto al número de tentativas y las condiciones de las mismas.

Etapas proceso reincorporación

Figura 83





06

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Observatorio Español sobre Drogas [OEDT] (2018). *Encuesta 2017-2018 sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES).* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Observatorio Español sobre Drogas [OEDT] (2015). *Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1994). *Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de alcohol y drogas.* Ginebra: Autor. Recuperado de: http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/1994/94B09_161_span.pdf

- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1998). Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el alcohol y otras drogas. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. p. 34. ISBN Depósito Legal: M-58016 - 2008

- Observatorio del Cáncer de la AECC, mayo 2018. https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-tabaquisimo-cancer-20182.pdf

- IARC Monographs On The Evaluation Of Carcinogenic Risks To Humans https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono82.pdf

- Van der Molen, H. Basnet, P., Hoonakker, P., Haslam, R. y Verbeek, J. (2018). Effectiveness of Interventions for Preventing Injuries in the Construction Industry: Results of an Updated Cochrane Systematic Review. *Advances in Intelligent Systems and Computing, 825*(1), 438-440

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing

- Morey, M., Mejía, X., Cañellas, X., Santos, J.R. y Moreno, G. (2011). *Prevención del consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral. Alcohol y otras drogas. Protocolo de elaboración de Planes de Prevención en las empresas.* Madrid: Proyecto Hombre.

- Contreras, C., García, D., Contreras, D., Ribas de Pina, F., Pérez, F.J., Santos, J.R. (2017). *La intervención en adicciones en el marco de la prevención de riesgos laborales. Guía práctica para personal técnico en adicciones en el marco de la prevención de riesgos laborales y empresas generadoras de salud.* Madrid: Proyecto Hombre. Disponible en: http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2019/02/PH_GuiaPrevencionLab.pdf

- Marqués, P., Jesús, V., Olea, S., Vairinhos, V., Jacinto, C. (2014). The effect of alcohol and drug testing at the workplace on individual's occupational accident risk. *Safety Science,* 68(1), 108-120.

- Dupuis, L., McKean, H., y Chow, H. (2018). Quitting the smoke break: a successful partnership with the construction industry. *Canadian Journal of Public Health*, 19(1), 128-133

- Asfar, T. et al. (2018). A cluster randomized pilot trial of a tailored worksite smoking cessation intervention targeting Hispanic/Latino construction workers: Intervention development and research design. *Contemporary clinical trials*, 67, 47-55.

- Goullé JP, Morel F. (2017). Addictions en milieu professionnel. *Bulletine de L´Académie Nationale de médecine*, 201(7-9), 941-955.

- Mohankumar, P., Gopalakrishnan, S., Muthulakshmi, M. (2018). Morbidity profile and associated risk factors among construction workers in an urban area of Kancheepuram district, Tamil Nadu, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research,* 12(7), 06-09.

- Buxton, Ch., Hagan, JE. (2012) A survey of energy drinks consumption practices among student -athletes in Ghana: lessons for developing health education intervention programmes. *Journal of the International Society of Sports Nutrition,* 9, 1-8.

- Reid, J. L., McCrory, C., White, C. M., Martineau, C., Vanderkooy, P., Fenton, N., & Hammond, D. (2017). Consumption of caffeinated energy drinks among youth and young adults in Canada. *Preventive medicine reports*, *5*, 65-70.

- Attila, S., & Çakir, B. (2011). Energy-drink consumption in college students and associated factors. *Nutrition*, *27*(3), 316-322.

- Guilbeau, J. R. (2012). Health risks of energy drinks: What nurses and consumers need to know. *Nursing for women's health*, *16*(5), 423-428.

- Du Plessis, K., Corney, T., & Armatas, C. (2014). Consumption of energy drinks, and alcohol mixed with energy drinks among Australian construction industry apprentices. *Journal of Health, Safety and Environment*, *30*(1), 39-49.

- Tziraki S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionado con el uso crónico de cannabis. *Neurol*, 54 (12), 750-760.

- Rineer, J., Clarke, S., Cluff, L., Peiper, N. (2018) Comparing medical and recreational cannabis use among employees: associations with health and work-related outcomes, *International Review of Psychiatry*, 30(3), 268-276

- Khashaba, E., El-Helaly, M., El-Gilany, A. H., Motawei, S. M., Foda, S. (2018). Risk factors for non-fatal occupational injuries among construction workers: A case–control study. *Toxicology and industrial health*, *34*(2), 83-90.

- Sue, X., Wang, X., Largay, J. (2015). Occupational and non-occupational factors associated with work-related injuries among construction workers in the USA. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 21(2), 142-150

- Kowalski, M., Green, J., Pandalai, S., Schulte, P. (2017). Characterizing the Interrelationships of Prescription Opioid and Benzodiazepine Drugs With Worker Health and Workplace Hazards. *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 59(11), 1114–1126

- Morey, M., Mejía, X, Cañellas, X, Santos, J. Moreno, G. (2011).Protocolo de Elaboración de Planes de Prevención en las Empresas, Proyecto Hombre

- Marqués, Jesús, Olea, Vairinhos y Jacinto (2014). Efeito do rastreamento do uso de álcool e drogas entre trabalhadores.

- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction, 88*, 791-804.

- PNSD - Plan Nacional Sobre Drogas (2018). Encuestas sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

- Observatorio Español sobre Drogas [OEDT] (2015). Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Valente, P., Mipatrini, D., Mannocci, A., Ruscitti, L. E., Sernia, S., Ceccanti, M., & La Torre, G. (2018). Perception of alcohol problem among workers of the transportation, healthcare and building sectors in the Lazio Region. *La Medicina del lavoro*, *109*(3), e6902-e6902.

- Cheng, W. y Cheng, Y. (2016). Alcohol drinking behaviors and alcohol management policies under outsourcing work conditions: a qualitative study of construction workers in Taiwan. *International Journal of Drug Policy*, *28*(1), 43-47

- Banwell, C., Dance, P., Quinn, C., Davies, R., y Hall, D. (2006). Alcohol, other drug use, and gambling among Australian Capital Territory (ACT) workers in the building and related industries. *Drugs: education, prevention and policy*, *13*(2), 167-178.
- Fundación Laboral de la Construcción (2018). Ocupación y formación en el sector de la construcción. Recuperado de: http://www.observatoriodelaconstruccion.com/uploads/media/j6amZSkOBn.pdf
- Reid, J. L., McCrory, C., White, C. M., Martineau, C., Vanderkooy, P., Fenton, N., & Hammond, D. (2017). Consumption of caffeinated energy drinks among youth and young adults in Canada. Preventive medicine reports, 5, 65-70.
- Attila, S., & Çakir, B. (2011). Energy-drink consumption in college students and associated factors. Nutrition, 27(3), 316-322.
- Guilbeau, J. R. (2012). Health risks of energy drinks: What nurses and consumers need to know. Nursing for women's health, 16(5), 423-428.
- Syamlal, G, King BA, and Mazurek, J.M; (2018) Tobacco product use among workers in the construction industry, United States, 2014-2016. American Journal of Industrial Medicine. (61(11):939-951) Recuperado en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30229974
- Fundación Laboral de la Construcción (2018) Recuperado en: http://www.fundacionlaboral.org/actualidad/noticias/sector/solo-el-88-de-las-personas-que-trabajan-en-la-construccion-son-mujeres-segun-los-ultimos-datos-de-la-epa
- Wickizer, M. Kopjar, B, Franklin, G, and Joesch J. (2004). Do Drug-Free Workplace Programs Prevent Occupational Injuries? Evidence from Washinton State. 1475(39).
- Bauer, JE, Hyland A, Li Q, Stegger, C. and Cummings, KM. (2005). A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use, 95(6):1024-9
- Moskowitz, J.M, Lin, Z and Hudes, E.S (2000). The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. 90 (5):757-761.
- Rodríguez-Martos, A. (1999). Educación Médica sobre Alcohol: perspectiva de futuro. Pla d'Acció sobre Drogues. Institut Municipal de Salut Pública.
- Pérez Bilbao, J, Martín Daza, F. (1999). NTP439: El apoyo social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

BIBLIOGRAFÍA **CONSULTADA**

- "Guía para la Implantación de un Plan de Prevención de las Adicciones en la Empresa" (2014) Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. OSALAN.
- Taléns Visconti, E.E. (2013) "La vigilancia de la salud del trabajador y el respeto a su intimidad en el supuesto de consumo de drogas". Universitat de Vàlencia.
- "Protocolo de Intervención y Prevención de la Drogodependencia en el Ámbito Laboral" (2017) UGT.
- Fernández Domínguez, J.J. (2015) "Informe Ejecutivo sobre Consumo de Alcohol, Drogas y Otras Sustancias en el Ámbito Laboral". CEOE.
- "Guía de Abordaje de la Drogodependencia en el Ámbito Laboral" (2015) Foment del Treball Nacional.
- "Orientaciones sobre Intervención Sindical en Drogodependencias" (2010) CC.OO.
- "Percepción y Actitud de las Empresas Españolas ante el Alcohol y Otras Drogas" (2006) Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. CCOO.
- "Prevención del Consumo de Drogas en el Sector de la Construcción: Datos y Propuestas" (2014) Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Benavides F., Ruiz Forès, N., Delclós, J. y Domingo-Salvany, A., (2012) "Consumo de Alcohol y Otras Drogas en el Medio Laboral en España". Gac Sanit. 2013; 27(3):248–253.

ANEXOI



